

Année 2024/2025

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Vincent COURAT**

Né le 24 Mai 1996 à Limoges (87)

---

#### TITRE

Les rôles du médecin généraliste dans l'accompagnement du patient  
endeuillé en dehors du champ biomédical : étude qualitative auprès de  
médecins généralistes.

---

Présentée et soutenue publiquement le **26 Juin 2025** devant un jury  
composé de :

Président du Jury : Professeur Anne BERNARD, Cardiologie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Cécile RENOUX, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Clotilde LOISON, Médecine Générale, Soings en Sologne

**Directeur de thèse : Docteur Ludivine BARBEAU, Médecine Générale, MCA – Faculté de  
Médecine de Tours**

# UNIVERSITE DE TOURS

## FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

### DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

### VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

### ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*  
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*  
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*  
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

### RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

### DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014  
Pr Patrice DIOT - 2014-2024

### PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Patrice DIOT  
Pr Luc FAVARD  
Pr Bernard FOUQUET  
Pr Yves GRUEL  
Pr Frédéric PATAT  
Pr Loïc VAILLANT

### PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - D. BABUTY - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - P. DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - G. LORETTE - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAIN - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - P. ROSSET - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

|                                      |                                                                 |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| AMELOT Aymeric .....                 | Neurochirurgie                                                  |
| ANDRES Christian.....                | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| ANGOULVANT Denis.....                | Cardiologie                                                     |
| APETOH Lionel.....                   | Immunologie                                                     |
| AUDEMARD-VERGER Alexandra.....       | Médecine interne                                                |
| AUPART Michel.....                   | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                        |
| BACLE Guillaume.....                 | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BAKHOS David.....                    | Oto-rhino-laryngologie                                          |
| BALLON Nicolas.....                  | Psychiatrie ; addictologie                                      |
| BARILLOT Isabelle.....               | Cancérologie ; radiothérapie                                    |
| BARON Christophe.....                | Immunologie                                                     |
| BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....       | Pharmacologie clinique                                          |
| BERHOUE Julien.....                  | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BERNARD Anne.....                    | Cardiologie                                                     |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle..... | Biologie cellulaire                                             |
| BLASCO Hélène.....                   | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique.....     | Physiologie                                                     |
| BOULOUIS Grégoire.....               | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| BOURGUIGNON Thierry.....             | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                        |
| BRILHAULT Jean.....                  | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BRUNAULT Paul.....                   | Psychiatrie d'adultes, addictologie                             |
| BRUNEREAU Laurent.....               | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| BRUYERE Franck.....                  | Urologie                                                        |
| BUCHLER Matthias.....                | Néphrologie                                                     |
| CAILLE Agnès.....                    | Biostat., informatique médical et technologies de communication |
| CALAIS Gilles.....                   | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| CAMUS Vincent.....                   | Psychiatrie d'adultes                                           |
| CORCIA Philippe.....                 | Neurologie                                                      |
| COTTIER Jean-Philippe.....           | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| DEQUIN Pierre-François.....          | Thérapeutique                                                   |
| DESMIDT Thomas.....                  | Psychiatrie                                                     |
| DESOUBEUX Guillaume.....             | Parasitologie et mycologie                                      |
| DESTRIEUX Christophe.....            | Anatomie                                                        |
| DI GUISTO Caroline.....              | Gynécologie obstétrique                                         |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....  | Anatomie & cytologie pathologiques                              |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri.....          | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition                      |
| EHRMANN Stephan.....                 | Médecine intensive - réanimation                                |
| EL HAGE Wissam.....                  | Psychiatrie adultes                                             |
| ELKRIEF Laure.....                   | Hépatologie - gastroentérologie                                 |
| ESPITALIER Fabien.....               | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence              |
| FAUCHIER Laurent.....                | Cardiologie                                                     |
| FOUGERE Bertrand.....                | Gériatrie                                                       |
| FRANCOIS Patrick.....                | Neurochirurgie                                                  |
| GATAULT Philippe.....                | Néphrologie                                                     |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine.....         | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière                   |
| GOUPILLE Philippe.....               | Rhumatologie                                                    |
| GUERIF Fabrice.....                  | Biologie et médecine du développement et de la reproduction     |
| GUILLON Antoine.....                 | Médecine intensive - réanimation                                |
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....       | Epidémiologie, économie de la santé et prévention               |
| GUYETANT Serge.....                  | Anatomie et cytologie pathologiques                             |
| GYAN Emmanuel.....                   | Hématologie, transfusion                                        |
| HALIMI Jean-Michel.....              | Thérapeutique                                                   |
| HERAULT Olivier.....                 | Hématologie, transfusion                                        |
| HERBRETEAU Denis.....                | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| HOURIOUX Christophe.....             | Biologie cellulaire                                             |
| IVANES Fabrice.....                  | Physiologie                                                     |
| LABARTHE François.....               | Pédiatrie                                                       |
| LAFFON Marc.....                     | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert.....                    | Chirurgie infantile                                             |
| LARIBI Saïd.....                     | Médecine d'urgence                                              |
| LARTIGUE Marie-Frédérique.....       | Bactériologie-virologie                                         |
| LAURE Boris.....                     | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                       |
| LE NAIL Louis-Romée.....             | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| LECOMTE Thierry.....                 | Gastroentérologie, hépatologie                                  |

|                               |                                                                 |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| LEFORT Bruno.....             | Pédiatrie                                                       |
| LEGRAS Antoine.....           | Chirurgie thoracique                                            |
| LEMAIGNEN Adrien.....         | Maladies infectieuses                                           |
| LESCANNE Emmanuel.....        | Oto-rhino-laryngologie                                          |
| LEVESQUE Éric.....            | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LINASSIER Claude.....         | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| MACHET Laurent.....           | Dermato-vénéréologie                                            |
| MAILLOT François.....         | Médecine interne                                                |
| MARCHAND-ADAM Sylvain.....    | Pneumologie                                                     |
| MARRET Henri.....             | Gynécologie-obstétrique                                         |
| MARUANI Annabel.....          | Dermatologie-vénéréologie                                       |
| MEREGHETTI Laurent.....       | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                  |
| MITANCHEZ Delphine.....       | Pédiatrie                                                       |
| MOREL Baptiste.....           | Radiologie pédiatrique                                          |
| MORINIERE Sylvain.....        | Oto-rhino-laryngologie                                          |
| MOUSSATA Driffa.....          | Gastro-entérologie                                              |
| MULLEMAN Denis.....           | Rhumatologie                                                    |
| ODENT Thierry.....            | Chirurgie infantile                                             |
| OUAISSI Mehdi.....            | Chirurgie digestive                                             |
| OULDAMER Lobna.....           | Gynécologie-obstétrique                                         |
| PAINTAUD Gilles.....          | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique              |
| PARE Arnaud.....              | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                       |
| PASI Marco.....               | Neurologie                                                      |
| PERROTIN Franck.....          | Gynécologie-obstétrique                                         |
| PISELLA Pierre-Jean.....      | Ophtalmologie                                                   |
| PLANTIER Laurent.....         | Physiologie                                                     |
| REMERAND Francis.....         | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence              |
| ROINGEARD Philippe.....       | Biologie cellulaire                                             |
| RUSCH Emmanuel.....           | Epidémiologie, économie de la santé et prévention               |
| SAINT-MARTIN Pauline.....     | Médecine légale et droit de la santé                            |
| SALAME Ephrem.....            | Chirurgie digestive                                             |
| SAMIMI Mahtab.....            | Dermatologie-vénéréologie                                       |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....   | Biophysique et médecine nucléaire                               |
| SAUTENET-BIGOT Bénédicte..... | Thérapeutique                                                   |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre.....  | Pédiatrie                                                       |
| TOUTAIN Annick.....           | Génétique                                                       |
| VOURC'H Patrick.....          | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| WATIER Hervé.....             | Immunologie                                                     |
| ZEMMOURA Ilyess.....          | Neurochirurgie                                                  |

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie  
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

## PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

|                                      |                                                    |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|
| CANCEL Mathilde .....                | Cancérologie, radiothérapie                        |
| CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo .....    | Rhumatologie                                       |
| CHESNAY Adélaïde .....               | Parasitologie et mycologie                         |
| CLEMENTY Nicolas .....               | Cardiologie                                        |
| DE FREMINVILLE Jean-Baptiste .....   | Cardiologie                                        |
| DOMELIER Anne-Sophie .....           | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière      |
| DUFOUR Diane .....                   | Biophysique et médecine nucléaire                  |
| FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....    | Anatomie et cytologie pathologiques                |
| GARGOT Thomas .....                  | Pédopsychiatrie                                    |
| GOUILLEUX Valérie .....              | Immunologie                                        |
| HOARAU Cyrille .....                 | Immunologie                                        |
| KERVAREC Thibault .....              | Anatomie et cytologie pathologiques                |
| KHANNA Raoul Kanav .....             | Ophtalmologie                                      |
| LE GUELLEC Chantal .....             | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEDUCQ Sophie .....                  | Dermatologie                                       |
| LEJEUNE Julien .....                 | Hématologie, transfusion                           |
| MACHET Marie-Christine .....         | Anatomie et cytologie pathologiques                |
| MOUMNEH Thomas .....                 | Médecine d'urgence                                 |
| PIVER Éric .....                     | Biochimie et biologie moléculaire                  |
| RAVALET Noémie .....                 | Hématologie, transfusion                           |
| ROUMY Jérôme .....                   | Biophysique et médecine nucléaire                  |
| STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie ..... | Anatomie et cytologie pathologiques                |
| STEFIC Karl .....                    | Bactériologie                                      |
| TERNANT David .....                  | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VAYNE Caroline .....                 | Hématologie, transfusion                           |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure .....   | Génétique                                          |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

|                                |                                                       |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... | Neurosciences                                         |
| BLANC Romuald .....            | Orthophonie                                           |
| EL AKIKI Carole .....          | Orthophonie                                           |
| NICOLOU Antonine .....         | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald .....          | Biologie cellulaire                                   |
| RENOUX-JACQUET Cécile .....    | Médecine Générale                                     |

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| AUMARECHAL Alain .....   | Médecine Générale |
| BARBEAU Ludivine .....   | Médecine Générale |
| CHAMANT Christelle ..... | Médecine Générale |
| ETTORI Isabelle .....    | Médecine Générale |
| MOLINA Valérie .....     | Médecine Générale |
| PAUTRAT Maxime .....     | Médecine Générale |
| PHILIPPE Laurence .....  | Médecine Générale |
| RUIZ Christophe .....    | Médecine Générale |
| SAMKO Boris .....        | Médecine Générale |

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

|                             |                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
| BECKER Jérôme.....          | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253           |
| BOUAKAZ Ayache .....        | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253        |
| BOUTIN Hervé .....          | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253        |
| BRIARD Benoît.....          | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100           |
| CHALON Sylvie.....          | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253       |
| DE ROCQUIGNY Hugues .....   | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259           |
| ESCOFFRE Jean-Michel .....  | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253           |
| GILLOT Philippe .....       | Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282             |
| GOMOT Marie.....            | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |
| GOUILLEUX Fabrice .....     | Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100          |
| GUEGUINOU Maxime .....      | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069           |
| HAASE Georg.....            | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253           |
| HENRI Sandrine.....         | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100       |
| HEUZE-VOURCH Nathalie ..... | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100       |
| KORKMAZ Brice.....          | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100           |
| LABOUTE Thibaut .....       | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253           |
| LATINUS Marianne .....      | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |
| LAUMONNIER Frédéric .....   | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253        |
| LE MERRER Julie .....       | Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253         |
| MAMMANO Fabrizio.....       | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259        |
| PAGET Christophe.....       | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100        |
| RAOUL William.....          | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069           |
| SECHER Thomas.....          | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100           |
| SI TAHAR Mustapha .....     | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100        |
| SUREAU Camille.....         | Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259 |
| TANTI Arnaud .....          | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253           |
| WARDAK Claire .....         | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

### *Pour l'éthique médicale*

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

### *Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale*

LAMANDE Marc .....

### *Pour l'orthophonie*

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste  
 CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste  
 CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste  
 HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste  
 IMBERT Mélanie.....Orthophoniste  
 SIZARET Eva .....

### *Pour l'orthoptie*

BOULNOIS Sandrine .....

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes de  
cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et  
de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne  
verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à  
corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je  
rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si je  
suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert(e) d'opprobre  
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs si  
j'y manque.

## **Remerciements :**

**A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Ludivine BARBEAU**, merci d'avoir accepté de m'accompagner dans la réalisation de ce travail ainsi que dans l'apprentissage de la médecine générale. Vous avez été là pour répondre à mes questions et pour en soulever d'autres dans une démarche réflexive. Merci d'avoir trouvé les mots et les images qui me permettent de mieux appréhender mon chemin personnel et professionnel. Travailler avec vous fût un plaisir.

**A Madame le Professeur Anne BERNARD**, je vous prie de recevoir toute ma reconnaissance pour avoir accepté de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez pu porter à ce travail et vous prie de croire en l'expression de ma respectueuse considération.

**A Madame le Docteur Cécile RENOUX**, je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci de m'avoir accueilli au sein de la médecine générale dans mes moments de doutes, de m'avoir accompagné avec tant de bienveillance au cours de ces années de formation. Merci de m'avoir aidé à me construire en tant de praticien et que personne.

**A Madame le Docteur Clotilde LOISON**, je vous remercie d'accepter de juger ce travail. Merci de m'avoir tant appris au cours de ce stage, merci de m'avoir transmis la passion de la médecine générale. Me sortir de mes habitudes m'a ouvert à d'autres modes de pratiques et m'a permis de progresser dans la mienne.

Merci aux **participants de cette étude** d'avoir accepté de se livrer.

**En l'honneur de Monsieur le Docteur Pierre OESCHNER**, pour m'avoir ouvert à une pratique si humaine et complète de la médecine générale. J'espère perpétuer vos précieux enseignements.

**A mes Maîtres de Stage Universitaires de SASPAS**, parce que vous méritez bien de figurer deux fois dans ces remerciements. Je n'ai pas suffisamment de mots pour décrire toute la gratitude et le respect que j'ai envers vous.

A ces services qui m'ont vu passer et grandir durant toutes ces années d'internat :

**Au service de Médecine Intensive Réanimation du CHR d'Orléans**, même si mon parcours m'a éloigné de la pratique de la réanimation, votre gentillesse et vos enseignements ne me quitteront jamais.

**Au service d'Anesthésie du CH de Blois,**

**Au service d'accueil des Urgences du pôle santé Oréliance,**

**Au Centre d'Orthogénie du CHR d'Orléans,**

**Au service des Urgences Pédiatriques du CHR d'Orléans,**

**Au service de Médecine Polyvalente Post Urgence du CHR d'Orléans,**

Votre accueil chaleureux et votre professionnalisme m'ont permis de progresser en tant que médecin.

A tous ceux qui ont été là tout au long de mon parcours en Soins Palliatifs

**A l'Unité de Soins Palliatifs du CH de Blois...** comment vous dire merci ? Ces quelques mots ne seront jamais suffisants pour exprimer à chacune et chacun, sans vous citer un à un, toute ma gratitude pour ces six mois de bonheur.

**A l'EMSPA du CHU d'Orléans**, merci de m'avoir accueilli et de m'avoir soutenu dans mes moments de doute dans la pratique de cette médecine palliative parfois difficile.

**A Monsieur le Professeur MALLET et Monsieur le Docteur CHAUMIER**, pour m'avoir suivi au cours de mon parcours en Soins Palliatifs, pour votre écoute bienveillante et votre attention à mes aspirations en intégrant cette formation.

**A mes parents, Marianne et Michel** : Vous m'avez porté toutes ces années au propre comme au figuré et continuez de le faire. Vous avez toujours cru en moi, sans vous je n'en serais pas où j'en suis à l'heure actuelle. Je suis fier d'être votre fils, mon amour pour vous est inconditionnel.

**A ma sœur, Marine** : Depuis toutes ces années nous sommes unis, tu es un soutien sans nom pour moi et un modèle. Nous avons avancé ensemble. Je suis fier que tu puisses être la témoin de ce travail accompagnée de ceux qui font ton bonheur aujourd'hui et participent forcément au mien. **Merci Ezaline, merci Aloïs...**

**A mes grands-parents disparus, Arlette et Bernard** : j'espère que vous êtes fiers de la personne que je suis devenue. J'aurais aimé partager le bonheur de cet instant avec vous.

**A mes grands-parents, Denise et Guy** : vous m'accompagnez depuis mon enfance dans ma vie et êtes toujours fiers de moi.

**A ma marraine, Pascale** : Je sais que je pourrai toujours compter sur toi pour me soutenir. **A Quentin, Benjamin et Olivier**

**A mon parrain, Pierre** : Je comprends pourquoi ma mère a souhaité que tu tiennes cette place à mes côtés. Peu de mots suffisent pour que tu me comprennes, me transmettes ton bonheur et ta joie de vivre. **A Hugo et Corine.**

**A mes tantes et mon oncle, Brigitte, Sylvie et Laurent** : Merci pour votre bienveillance, votre soutien et pour tous ces moments agréables passés à vos côtés.

**A ma belle-famille** : Merci pour cet accueil chaleureux et ces moments conviviaux, riches de sourires.

**A ces amis qui ont été là pour moi depuis le lycée, Antoine, Thomas, Tristan, Pauliana, Baptiste** : Merci pour ces moments passés avec vous. Au milieu d'un emploi du temps parfois chargé, le temps n'a jamais manqué pour nous retrouver. Nos pas nous ont toujours ramenés vers ce petit bout de notre histoire commune qu'est le O'briens. J'espère que nous continuerons de forger notre avenir ensemble.

**A Paul Henri :** Merci pour tous ces moments, il t'en aura fallu du courage et de la patience pour me supporter. A ce voyage à Porto qui un jour ne manquera pas de se concrétiser ! Saches que tu es et resteras une personne formidable et que je ne te souhaite que du bonheur.

**A mes amis qui ont accompagné mes années de faculté à Limoges : Sébastien, Ziyad, Flavien, Arthur, Pierre,** pour avoir rendu ces années de faculté plus faciles à traverser. Ces moments passés en amphi, à la BU, à la cafète, en stage et en dehors ont rendu ces études plus agréables et plus belles.

**A ceux qui ont partagé avec moi ces années d'internat : Mélanie, Kévin, Mylène, Isa, Nadine, Marie et tant d'autres :** Ces années passées à arpenter les couloirs des hôpitaux n'auraient pas été les mêmes sans vous. Vous êtes un grand soutien pour moi. Ces moments à refaire le monde ont forgé mon futur. Merci à vous.

**A Manon :** Pour ta gentillesse, pour ton sourire, pour ton humour et tout ce qui fait que tu as marqué chaque seconde de ces années passées à tes côtés. Merci de partager ma vie et de m'avoir accepté avec mes défauts et mes projets devenus nos projets. Tu es ma plus belle histoire, ma plus belle rencontre, mes plus beaux souvenirs. Je t'aime

**A tous ceux que je n'ai pas cités.**

## **Résumé :**

**Introduction :** Le médecin généraliste est un des premiers interlocuteurs vers lesquels se tournent les personnes endeuillées. Elles attendent de lui un abord de thèmes divers tels que la finitude, la spiritualité, un soutien psychologique et social, sans forcément de demande de soins somatiques. L'objectif de cette étude est d'explorer les rôles que s'attribuent les médecins généralistes dans l'accompagnement du deuil des patients hors du champ biomédical.

**Méthode :** Etude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative par entretiens individuels semi-dirigés chez neuf médecins généralistes ayant pour expérience commune l'accompagnement d'un patient endeuillé.

**Résultats :** Les médecins généralistes s'attribuent un rôle d'apaisement des émotions négatives par l'ouverture d'un espace d'expression, par l'échange avec le patient sur les circonstances du décès et par facilitation de la mobilisation des ressources internes du patient. Ils évoquent un rôle de coordination du réseau de soutien du patient par la potentialisation du soutien présent et par l'orientation vers d'autres ressources de soutien. Ils facilitent l'adaptation du patient aux perturbations de la vie quotidienne par la réalisation de certaines tâches, par des conseils et un soutien moral. Ils apportent des repères sur le deuil, le rendent réel. Ils norment le processus, normalisent les émotions et besoins tout en prenant en compte la singularité du patient.

**Conclusion :** Les médecins s'attribuent des rôles divers qui illustrent l'approche globale inhérente à la pratique de la médecine générale. Ce travail peut donner aux praticiens des repères sur leurs propres pratiques et sur leurs représentations.

**Mots clés :** Médecin Généraliste, Deuil, Rôle, Accompagnement

**Title:** Role of general practitioner in bereaved people support: qualitative study among general practitioners

**Abstract:**

**Introduction:** General practitioner is one of the main interlocutors for bereaved people. They are expecting to speak about various topics such as finitude, spirituality and are expecting social and psychological support without expecting somatic cares. The purpose of the study is to explore the role that in committed themselves general practitioners in bereaved people support withdrawing biomedical care.

**Method:** Qualitative study based on interpretative phenomenology by conducting semi-structures interviews with nine general practitioners who had experienced bereaved care.

**Results:** General practitioners claim a role in appeasing negative emotions by opening an expression space, discussing about circumstances surrounding the death and facilitate mobilization of internal resources of the patient. Limits in this role are also standing out. They also mention the role of coordinating patient's support network by potentiating patient's support and orient the patient toward other support resources. They think they facilitate the adaptation of the patient to disruption of daily life by acting, advising and provide moral support. The provide reliable marks by making grief real, norming grieving processes, normalizing emotions and taking into account the singularity of each patient.

**Conclusion:** General practitioners assign themselves a role as a part of a comprehensive approach. This work can provide practitioners with benchmarks on their own practices.

**Key Words:** General Practitioner, Grief, Role, Support

## **Table des matières :**

|                                        |           |
|----------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>               | <b>14</b> |
| <b>MATERIEL ET METHODE.....</b>        | <b>17</b> |
| <b>RESULTATS .....</b>                 | <b>19</b> |
| Caractéristiques de la population..... | 19        |
| Entretien 1 .....                      | 20        |
| Entretien 2 .....                      | 23        |
| Entretien 3 .....                      | 25        |
| Entretien 4 .....                      | 27        |
| Entretien 5 .....                      | 29        |
| Entretien 6 .....                      | 31        |
| Entretien 7 .....                      | 33        |
| Entretien 8 .....                      | 35        |
| Entretien 9 .....                      | 37        |
| Analyse intégrative.....               | 39        |
| <b>DISCUSSION .....</b>                | <b>44</b> |
| A propos des résultats .....           | 44        |
| A propos de la méthode .....           | 46        |
| Perspectives.....                      | 47        |
| <b>CONCLUSION .....</b>                | <b>49</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>              | <b>50</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>                   | <b>52</b> |
| Annexe 1 .....                         | 52        |
| Annexe 2 .....                         | 53        |
| Annexe 3 .....                         | 54        |

## **INTRODUCTION :**

Le deuil est « l'état affectif, physique et social dans lequel est placé un individu à la suite de la perte d'un être cher. L'être cher peut avoir été aimé ou avoir eu une place importante dans la vie de l'individu (respect ou désamour) » (1). Toutefois de multiples définitions existent, ce qui montre la complexité du concept même de deuil.

Cette complexité se voit au travers du langage. Les anglo-saxons utilisent plusieurs mots pour désigner ce que les francophones regroupent sous ce terme (2) :

- *Bereavement* : est la perte d'un proche, au sens de la situation objective de la disparition sans notion d'affect associé.
- *Grief* : est la part émotionnelle, l'affect en lien avec la perte, exprimant le chagrin, la tristesse, la douleur.
- *Mourning* : est la notion sociale du deuil, les rites autour de la mort (porter le deuil, participer aux funérailles...).

Selon un sondage de 2016, 42 % des personnes interrogées déclarent avoir été particulièrement affectées par un deuil (3). Selon l'INSEE le nombre de décès en 2023 était de 631 000 (4). Certaines études établissent une épidémiologie du deuil à partir des études du veuvage. Toutefois, l'épidémiologie exacte du deuil est difficile à établir car il ne concerne pas que les conjoints de ces 631 000 défunts mais également les membres de leur famille, leurs amis, leurs collègues...

Le deuil entraîne des conséquences somatiques sur la santé de l'individu. Les études montrent une surmortalité des endeuillés d'environ 15 % dans les 2 ans suivant la perte d'un proche (5), (6), (7). Il existe également une majoration d'apparition ou de décompensation de pathologies somatiques notamment cardio-vasculaires. (5), (8), (9).

Les complications du deuil sont également psychologiques. Il s'agit des deuils pathologiques. Ils se manifestent par une majoration de consommation de substances psychoactives (8), (10) des syndromes dépressifs, des syndromes anxieux, des syndromes de stress post traumatiques (8), (10), (11), (12) et des idées suicidaires (8).

Le deuil peut également se compliquer dans son évolution propre. Ceci représente environ 5 à 15% des deuils. Il s'agit des deuils compliqués. Ils sont des entités pathologiques distinctes du syndrome dépressif caractérisé et des autres pathologies psychiatriques (12), (13), (14). Ces deuils compliqués sont les deuils différés (refus de la réalité de la mort), inhibés (refus des affects liés à la perte) ou chroniques (persistance de la détresse dans le temps). (1), (15), (16)

Le déroulement social et culturel du deuil est organisé par des rites. Ces rites ont un rôle social de transition et de réunification du groupe menacé par la perte d'un de ses membres. Ils ont également un rôle individuel de prise de conscience de la mort, de mise en sens de la perte, d'encadrement de l'expression de la peine et d'organisation du soutien autour du proche endeuillé (17), (18), (19). Les rites entourant la mort sont imprégnés du contexte social, culturel et spirituel de la société et de l'époque. Ils évoluent en même temps que le contexte. Aujourd'hui, les rites sont plus individuels. Ils se pratiquent dans l'intimité d'un entourage social et familial souvent dispersé. Ils sont marqués par une laïcisation avec un retrait des rites religieux.

L'organisation est déléguée à des professionnels des pompes funèbres proposant des rites personnalisés. De nouvelles formes de rites apparaissent, tels que les hommages en ligne. Le risque de cette évolution est la perte du soutien, de la cohésion sociale et de la place du deuil dans la société avec une majoration des deuils compliqués. (2), (15), (17), (18), (19), (20)

Louis Vincent THOMAS décrit à l'époque de la Renaissance, un retrait du médecin à l'approche de la mort. Le temps de l'agonie, de la mort et du deuil n'est pas celui du médecin mais du prêtre, de la famille et du notaire (21). Freud insiste sur le fait que le deuil n'est pas une pathologie. Il pense donc que le médecin n'a pas sa place et peut même être néfaste auprès de l'endeuillé. Le deuil évolue de lui-même vers une résolution avec le temps et le soutien social (22).

De nos jours, les études montrent que le médecin généraliste ou « médecin de famille » est l'un des premiers interlocuteurs vers lequel les personnes endeuillées se tournent (23), (24). Ils attendent de lui un abord des thèmes de la mort, un soutien psychologique et social sans forcément de demande de soins somatiques ou de prescription médicamenteuse (25), (26), (27).

Au cours de mon stage de médecine générale, j'ai été confronté à de multiples situations évoquant un contexte de deuil : un patient venu pour déséquilibre de diabète m'informant avoir récemment perdu son frère dans un contexte familial complexe qui ressurgit au décours du décès ; une patiente voulant des somnifères pour enfin dormir suite à l'enterrement de sa mère, afin d'être en forme pour réaliser l'ensemble des tâches administratives qui lui étaient demandées ; une femme venant chercher un arrêt de travail ... à la suite du décès de sa sœur et ne souhaitant pas que son employeur soit au courant du motif de son arrêt ; un patient venu en consultation pour remercier son médecin traitant d'une lettre qu'il lui avait adressée pour le décès de son épouse ; une jeune fille amenée par ses parents car posant des questions sur la mort à la suite de celle de sa grand-mère et les parents ne sachant quoi répondre et se demandant si leur fille ne présentait pas une « dépression à la suite du deuil » ; un patient venu évoquer son rapport à la religion et à Dieu car ressentant une crise de croyance à la suite du décès injuste de son proche . Le sujet du deuil était toujours en filigrane sans être le motif principal de la consultation.

J'ai été interpellé par les patients évoqués précédemment sur un plan social autour de l'entourage proche ou éloigné du patient, sur le domaine administratif mais également, sur des domaines tels que la spiritualité, du rapport à la mort et à la religion.

Au cours de mes études de médecine le deuil a pu être abordé mais plus sur un plan biomédical abordant le deuil pathologique, la médicalisation de celui-ci, et les théories psychologiques du deuil.

Certaines études s'intéressent à la prise en charge du deuil par les médecins généralistes sur un aspect pratique (lettre de condoléances, prescription d'arrêt de travail, prescription médicamenteuse...) (28), (29), (30) ou émotionnel (29), (30). D'autres articles proposent des recommandations sur la manière d'aborder le patient endeuillé en consultation. (31), (32). Toutefois aucune étude à notre connaissance ne s'intéresse au rôle que s'attribuent les médecins généralistes dans cette prise en charge.

Notre étude a pour objectif de décrire les rôles que s'attribuent les médecins généralistes dans l'accompagnement du patient endeuillé en dehors du champ biomédical et des complications du deuil.

## **MATERIEL ET METHODE :**

### **Etude qualitative :**

Un modèle d'étude qualitative inspiré de la phénoménologie interprétative est choisi afin d'étudier des facteurs subjectifs, et d'appréhender en profondeur les motivations et le sens donné par les médecins généralistes à leurs expériences d'accompagnement d'un patient endeuillé.

### **La population :**

La population étudiée est un échantillon homogène de médecins généralistes ayant comme expérience commune l'accompagnement d'un patient endeuillé. Les participants choisis sont les plus diversifiés possibles : âge, sexe, nombre d'années d'exercice, type d'exercice (interne, remplaçant, installé), activité universitaire, formation et/ou exercice en soins palliatifs, milieu d'exercice (rural, urbain). Les caractéristiques sont recueillies en début d'entretien par l'investigateur.

Le questionnaire des caractéristiques du participant est disponible en Annexe 1.

Le recrutement est fait par appel téléphonique ou par contact direct au cabinet d'exercice des praticiens dans la région Centre Val de Loire. Les données personnelles ayant permis le recrutement ont été détruites à la fin de l'étude.

Au cours du premier contact, seul le thème de l'étude « deuil » est énoncé sans plus de détail, ainsi que la forme de l'entretien. La lettre de recrutement est disponible en Annexe 2.

### **Entretien semi dirigé :**

Le recueil de données est fait sous forme d'entretiens individuels semi structurés, afin d'amener le praticien à s'exprimer librement.

L'entretien se déroule sous forme de questions ouvertes. Des questions de relances sont prévues afin d'approfondir les thèmes et sous thèmes abordés par les médecins interrogés.

L'ordre des thèmes abordés s'adapte aux réponses de l'interviewé, permettant un déroulement plus fluide de la conversation.

### **Guide d'entretien :**

Le guide d'entretien est élaboré à partir de données extraites de la littérature à la suite d'un premier travail de recherche bibliographique.

Le guide d'entretien est revu avec l'aide du Dr BARBEAU Ludivine, directrice de thèse avant la première utilisation en entretien.

Les ouvrages *L'entretien* de A. Blanchet et A. Gotman (33) ainsi que *L'entretien compréhensif* de J-C Kaufman (34) ont aidé à l'élaboration de ce guide d'entretien.

Le guide d'entretien se trouve en Annexe 3

### Recueil des données :

Les entretiens ont été réalisés dans un lieu choisi selon la convenance du participant afin de faciliter une expression libre. Un entretien a été réalisé par visio-conférence du fait de la disponibilité de la personne interrogée. Les entretiens ont été réalisés par un unique enquêteur, interne en médecine générale.

Chacun des entretiens a été enregistré à l'aide d'un dictaphone, après consentement oral du participant. Les entretiens ont été intégralement retranscrits en format Word et anonymisés. Les données non verbales ont été intégrées en crochet. Tous les entretiens ont été numérotés de 1 à 9. Les retranscriptions n'ont pas été soumises à relecture aux participants pour correction.

Un carnet de bord a été rédigé au cours de l'étude afin de recueillir les ressentis et observations de l'enquêteur à la suite des entretiens ainsi que les échanges avec la directrice de thèse.

A partir du verbatim et des données du carnet de bord, une analyse a été réalisée. Le codage a été réalisé manuellement. Il a permis de faire émerger des thèmes puis de créer des connexions entre ces différents thèmes, ce qui a conduit à l'élaboration d'un modèle explicatif pour chaque entretien. L'ensemble des modèles des entretiens a été étudié dans le but de mettre en évidence des caractéristiques communes.

Le codage et l'interprétation ont été supervisés par la directrice de thèse.

### Ethique et réglementaire :

Dans la mesure où les entretiens étaient complètement anonymes et ne contenaient pas de données permettant de remonter à l'identité des patients par la liste de correspondance entre le numéro d'identification de l'entretien et l'identité des patients, la déclaration CNIL n'était pas nécessaire. Les enregistrements ont été détruits à la fin de la réalisation de l'étude. L'étude est non interventionnelle, sortant du cadre de la loi Jardé. Un avis a été pris auprès de la cellule : "Recherches Non Interventionnelles" du CHRU de Tours.

## **RESULTATS :**

### **Caractéristiques de la population :**

La population étudiée est constituée de 9 médecins généralistes, 5 femmes et 4 hommes. Parmi eux 8 sont des médecins diplômés et 1 interne en dernier semestre d'internat de Médecine Générale. Parmi les médecins diplômés, 5 sont installés, 1 en cumul emploi retraite, 1 est adjoint dans un cabinet, 1 a une activité de remplaçant itinérant. Le nombre d'années d'activité va de 1 à 39 ans. 2 d'entre eux ont une activité universitaire (Maitre de conférences associé, Maitre de stage universitaire). 2 d'entre eux ont suivi une formation diplômante en Accompagnement et Soins Palliatifs (Formation supplémentaire transversale, Diplôme d'études spécialisées complémentaires).

2 médecins contactés n'ont pas donné suite au premier contact réalisé en cabinet sans explication concernant cette absence de retour.

De juillet à décembre 2024, 9 entretiens individuels ont été réalisés. Les entretiens ont duré entre 32 et 55 minutes. La durée moyenne des entretiens est de 41 minutes excluant le questionnaire d'échantillonnage.

Les caractéristiques de la population étudiée et des entretiens figurent dans le tableau 1.

| Praticien | Age    | Sexe  | Nombre d'années d'exercice | Mode d'exercice     | Activité Universitaire | Formation ou exercice en soins palliatifs                  | Rural / Urbain | Durée entretien |
|-----------|--------|-------|----------------------------|---------------------|------------------------|------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 1         | 27 ans | Femme | 1 an                       | Interne             | Non                    | Non                                                        | Rural          | 55 minutes      |
| 2         | 40 ans | Femme | 8 ans                      | Médecin installée   | Non                    | Non                                                        | Urbain         | 32 minutes      |
| 3         | 29 ans | Homme | 2 ans                      | Remplaçant          | Non                    | FST d'Accompagnement et Soins Palliatifs                   | Rural          | 40 minutes      |
| 4         | 34 ans | Femme | 6 ans                      | Médecin installée   | Non                    | -DESC Soins Palliatifs<br>-USP 2 ans / EMSPA 9 mois (40 %) | Rural          | 39 minutes      |
| 5         | 53 ans | Femme | 25 ans                     | Médecin installée   | MCA / MSU              | Non                                                        | Urbain         | 45 minutes      |
| 6         | 32 ans | Femme | 3 ans                      | Adjoint             | Non                    | Non                                                        | Urbain         | 34 minutes      |
| 7         | 67 ans | Homme | 39 ans                     | Médecin installé    | MSU                    | Non                                                        | Rural          | 42 minutes      |
| 8         | 77 ans | Homme | 48 ans                     | Retraité + Salariat | Non                    | Non                                                        | Urbain         | 47 minutes      |
| 9         | 48 ans | Homme | 20 ans                     | Médecin installé    | Non                    | Non                                                        | Rural          | 36 minutes      |

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens**

## **Entretien 1 :**

### **Apaiser les émotions négatives :**

**P1 ouvre un espace d'expression des émotions qui sont des tabous de la société.** *« C'est ce qu'on lui a dit, c'est que c'était l'endroit ou ... ou elle pouvait lâcher [...] parce qu'elle ne pouvait pas le faire ailleurs. ».*

Pour lui, les émotions négatives du deuil ne sont pas exprimées dans notre société actuelle. Il pense qu'il est important qu'il les fasse exprimer au patient pour qu'elles s'apaisent. Il aborde lui-même les thèmes tabous dans la société qui entraînent des émotions négatives. Il permet au patient d'exprimer ces tabous. Il crée des conditions favorables à l'expression en consultation, en développant la relation thérapeutique médecin-patient, en adaptant le temps de consultation et en pratiquant l'écoute active.

**P1 perçoit ses limites pour apaiser la colère et la culpabilité car il ne connaît pas les circonstances du décès.** *« Oui la première consultation elle a passé son temps à évoquer ... le contexte... et puis cette culpabilité de savoir ce qu'elle aurait pu faire autrement [...] on l'a laissé un peu euh... parler »*

Il pense que comprendre les circonstances du décès permet à l'endeuillé de dépasser la colère et la culpabilité en lien avec la fin de vie. N'ayant pas d'informations sur les circonstances du décès, il ne peut pas agir sur ces émotions. Il poursuit l'accompagnement, conscient de son impuissance et recueille des informations sur le décès auprès de l'endeuillé. Le médecin fait face à son impuissance et laisse le patient s'exprimer.

**P1 appréhende ses limites dans ses capacités professionnelles, pour aborder certains thèmes difficiles tels que la finitude ou la mortalité.** *« je me souviens avoir lu la brochure [Mon cahier pour en parler] en me disant que dans cette situation je peut-être serais très embêtée »*

Il considère avoir des limites dans ses capacités de communication pour aborder certains thèmes comme la mort et la finitude. Il pense qu'il va être amené à discuter les thèmes angoissants avec un patient endeuillé. Il ne se pense pas capable de mener une discussion sur ces sujets. Il réfléchit à la manière de combler ses limites et apprend de ses expériences.

### **Coordonner le réseau de soutien :**

**P1 s'identifie comme une ressource de soutien potentiel pour le patient.** *« Dire que c'était légitime [...] sa présence et notre suivi ».*

Il propose son soutien aux membres de sa patientèle dans le cadre du deuil. Il laisse les patients décider de la place que prend le médecin dans l'accompagnement de son deuil. Il accepte un refus d'accompagnement du patient. Il suit le deuil de ses patients dans le temps. Il aborde le deuil au cours de consultations ultérieures, reprend des nouvelles et est disponible en cas de besoin.

**P1 potentialise l'action des soutiens déjà présents autour du patient.** *« Donc on avait essayé de lui dire que, voilà, ça pouvait être quelqu'un [son frère] qui pouvait faire une ressource pour elle ».*

Il identifie les ressources de soutien autour du patient. Il encourage le patient à les investir. Il propose au patient d'appeler les ressources de soutien. Il propose un espace de parole commun aux membres du réseau de soutien afin de faciliter la mise en place et les effets positifs de ces soutiens.

**P1 oriente vers d'autres ressources de soutien adaptées aux besoins spécifiques de son patient.** *« On avait également parlé de psychothérapie ... De soutien pour elle ».*

Il identifie les besoins de son patient. Il connaît les ressources présentes sur le territoire où il exerce. Il adapte les ressources qu'il propose aux besoins du patient (autre médecin, psychologue, association, assistante sociale, agents du culte...).

#### **Faciliter l'adaptation aux perturbations de la vie quotidienne :**

**P1 propose son soutien pour accomplir des tâches qui incombent à la personne endeuillée dans un contexte de disparition d'un proche.** *« lui donner des pistes comme on peut, pour faire les démarches administratives ... »*

Il peut apporter des conseils sur la gestion des formalités administratives et l'organisation des obsèques si le patient le souhaite. Il propose au patient de l'accompagner dans des discussions familiales (échanges sur le mort avec les enfants) lorsque l'endeuillé est en difficulté. Il propose au patient un arrêt de travail afin que celui-ci ait le temps et soit dans de bonnes conditions pour remplir certaines tâches administratives et organiser les obsèques. Il laisse le patient libre d'investir ou non le soutien qu'il propose (réfréner ses conseils, ne pas se mettre à la place du patient, laisser le patient réaliser les tâches qu'il souhaite remplir en autonomie).

**P1 met en place des conditions favorables pour que le patient puisse réorganiser son quotidien avec l'aide éventuelle de ses proches.** *« On a été dans cette validation de dire que oui c'était nécessaire de se poser, d'écarter [le travail pour s'adapter à sa nouvelle vie] »*

Il prescrit un arrêt de travail pour organiser un retrait social initial, laisser le temps au patient de s'adapter à ses nouveaux rôles et de reprendre les activités de la vie quotidienne. Il encourage le patient à investir l'aide qui lui est proposée par ses proches (amis, famille...). Il laisse le patient libre dans la réorganisation de son quotidien et dans l'investissement du soutien.

#### **Donner des repères :**

**P1 rend le deuil réel.** *« Je pense que nommer ça permet de faire réfléchir [...] ça ouvre. Pour revenir sur ce sujet ».*

Il considère le deuil comme un phénomène ignoré par la société et les patients. Il nomme le deuil au patient pour l'acter et réorienter la consultation sur ce thème. Il repère un deuil derrière un autre motif de consultation (motif caché de consultation, consultation pour plaintes somatiques inexpliquées, consultation pour troubles psychologiques inexpliqués...).

**P1 norme le processus de deuil pour donner un cadre.** *« Mais en tout cas donner des... informations générales sur la période de deuil [...] elle avait borné un petit peu »*

Il transmet des informations livresques sur le processus de deuil à son patient. Il identifie et nomme les étapes du deuil chez son patient pour apporter un cadre conceptuel au vécu du patient. Il permet au patient de se situer dans un processus.

## **Entretien 2 :**

### **Apaiser les émotions négatives :**

**P2 ouvre un espace d'expression de ce que le patient ne peut exprimer avec ses proches.**

*« Comme elle avait un peu de mal à en parler avec sa famille et vu que je le connaissais, elle a pu se tourner vers moi pour évoquer les souvenirs. »*

Il pense que le deuil engendre des émotions négatives, qui sont apaisées par l'expression auprès des soutiens sociaux. Il pense que toutes les émotions du deuil ne sont pas exprimées par l'endeuillé à cause de tabous des proches ou du patient. Il pense, en tant que médecin être un interlocuteur privilégié pour échanger sur ces tabous familiaux et pour participer à leur apaisement. Il identifie les émotions non exprimées (manque, tristesse, souvenir, rapport à la mort, questionnements sur le sens de la vie...). Il facilite l'expression des tabous en les abordant en consultation. Il crée un climat favorable à l'expression libre en consultation.

**P2 perçoit ses limites pour apaiser la colère et la culpabilité car il ne connaît pas les circonstances du décès.** *« J'ai essayé de la déculpabiliser »*

Il ne connaît pas les circonstances du décès d'une personne car les patients décèdent à l'hôpital ou en institution. Il ne peut pas apporter d'éléments au patient pour apaiser la colère et la culpabilité liées à la mort d'un proche. Il est en difficulté. Il apporte des éléments au maximum de ses possibilités en acceptant ses limites dans ce domaine.

**P2 essaye de pallier ses limites professionnelles.** *« J'ai appelé le 31 14 pour avoir des conseils [sur la manière de prendre en charge un patient endeuillé] »*

Il pense avoir des limites dans ses capacités professionnelles : psychothérapeutiques, communicationnelles pour aborder certains sujets (mort...). Il continue à se former auprès de personnes ressources.

### **Coordonner le réseau de soutien :**

**P2 n'interagit pas avec le soutien social du patient.** *« J'allais pas interagir mais je voulais m'assurer qu'elle allait bien à ses rendez-vous. Qu'elle voyait du monde, qu'elle ne s'était pas isolée... »*

En tant que médecin de famille, il connaît les proches du patient. Il craint d'être intrusif dans la vie du patient en entrant en contact avec eux. Il n'a pas d'action sur les proches en ce qui concerne l'accompagnement du deuil. Il surveille que son patient investisse le soutien autour de lui. Il identifie les limites de ce soutien.

**P2 oriente vers d'autres ressources de soutien selon les limites de l'accompagnement présent.** *« Je me sens un peu démuni je n'ai pas les outils pour le faire bien. Donc j'adresse facilement »*

Il connaît et tient compte de ses limites (de compétences, relationnelles) et de celles du soutien des proches. Il oriente le patient vers d'autres ressources (psychologue, référent religieux, associations d'endeuillés, équipes spécialisées) selon les limites qu'il identifie.

### **Faciliter l'adaptation aux perturbations de la vie quotidienne :**

**P2 surveille la réorganisation du quotidien qui est aidée par les proches.** *« Son mari décidait tout avec elle des choses comme ça ... Prendre des décisions... Les démarches c'était lui ... Faire des choses que lui faisait [...] elle est entourée, elle a ses amis, ses collègues qu'elle va voir régulièrement »*

Il pense que le deuil engendre des modifications de la vie quotidienne auxquelles le patient doit s'adapter, aidé par ses proches. Il s'assure que le soutien à cette adaptation est investi par le patient. Il s'assure que le patient reprend des activités sociales et une vie quotidienne en intégrant l'absence de son proche. Il n'agit pas sur la mise en place de nouvelles habitudes de vie. Il laisse le patient et ses proches réorganiser le quotidien.

### **Donner des repères :**

**P2 n'apporte pas de normes.** *« Des étapes du deuil, j'en ai entendu parler mais je ne les connais pas très bien ... »*

Il a peu de connaissances théoriques sur les processus psychologiques du deuil et ne pense pas être une source d'informations fiables. Il n'est pas à l'aise pour transposer les concepts théoriques du deuil au vécu de son patient. Il craint qu'une explication de concepts théoriques soit vécue par le patient comme une banalisation de sa souffrance.

**P2 appréhende la singularité de chaque situation.** *« Ce n'est pas la même chose de perdre ses parents, de perdre son conjoint avec lequel on est depuis plus de 60 ans... »*

Il pense que le deuil n'est pas un processus stéréotypé mais varie d'un individu à l'autre selon plusieurs éléments comme la relation de l'endeuillé au défunt, les conditions du décès, etc. Il n'applique pas de modèles préétablis car chaque deuil est un processus unique. En consultation, il a une approche centrée sur le vécu personnel de son patient.

### **Entretien 3 :**

#### **Apaiser les émotions négatives :**

**P3 ouvre un espace d'expression des émotions et travaille dessus avec ses compétences psychothérapeutiques.** « *On a un rôle de soutien moral, parler de ses émotions, on a un rôle d'échange avec le patient* »

Il crée des conditions favorables à l'expression du patient en consultation. Il utilise ses compétences psychothérapeutiques pour travailler sur les émotions et permettre au patient de faire le point dessus.

**P3 échange avec l'endeuillé sur la fin de vie de son proche et les circonstances du décès pour calmer la colère et la culpabilité.** « *[...] que je connaissais l'histoire de son mari qui était derrière ça m'a aidé* »

Il pense, en tant que médecin de famille, accompagner les fins de vie et le deuil de ses patients dans la continuité l'un de l'autre. Il connaît les circonstances du décès car il accompagne les patients en fin de vie ou dispose d'information du fait de sa place dans la communauté territoriale. Il apporte des explications sur les circonstances du décès et calme la colère et la culpabilité du patient endeuillé en lien avec la fin de vie.

**P3 facilite la mobilisation des ressources internes apaisant une souffrance existentielle.** « *Mon rôle c'est surtout de faire le point avec eux sur ce qu'elle est [la spiritualité du patient] pour les aider à avancer...* »

Il pense que le deuil est une occasion d'aborder avec le patient certains thèmes qu'il considère comme angoissants comme la finitude, le sens de la vie et la spiritualité. Il pense que les personnes réfléchissent peu à ces thèmes en dehors de la confrontation à la mort, ce qui engendre une forme de souffrance existentielle. Il amène le patient à réaliser une réflexion personnelle sur ces thèmes. Il est un substrat des réflexions propres du patient par l'échange.

#### **Coordonner le réseau de soutien :**

**P3 organise sa présence en tant que médecin de famille.** « *en proposant des consultations très régulières, voire en programmant à chaque fin de consultation la prochaine avec un délai que je vais vraiment adapter en fonction du besoin* »

Il est à l'origine de la démarche de consultation médicale dans le cadre du deuil. Il rend visite aux endeuillés ou les appelle par téléphone. Il légitimise une consultation médicale pour motif de deuil. Il organise des consultations spécifiques pour le deuil. Il s'informe indirectement de l'évolution du deuil auprès des proches du patient ou au cours de consultations pour un autre motif.

**P3 potentialise le soutien déjà présent autour du patient.** « *Je l'ai par contre vraiment incitée, elle, à aller parler et à trouver du soutien auprès d'eux. J'ai proposé également, s'ils en avaient envie ou besoin qu'ils me contactent pour qu'on puisse faire ... euh comment ... un soutien de groupe.* »

Il pense que la famille joue un rôle primordial dans l'aide au processus de deuil. Il fait en sorte que le soutien soit plus présent et plus efficient qu'il ne l'est déjà. Il encourage le patient à investir le

soutien familial qu'il a identifié. Il maintient le patient proche de ses personnes ressources en incitant l'endeuillé à leur rendre visite. Il propose des rencontres ou contacts avec la famille. Il organise des consultations familiales.

**P3 oriente vers d'autres ressources de soutien selon les limites du soutien familial.** *« Les enfants sont très très loin ou parfois les enfants, tout a explosé et donc là ça va être le lien avec des amis ou avec des voisins »*

Il pense que le soutien familial du patient a des limites. Il identifie les limites de ce soutien et cherche à y pallier. Il encourage le patient à aller vers de potentielles ressources extra-familiales comme les voisins ou les amis.

#### **Faciliter l'adaptation aux perturbations de la vie quotidienne :**

**P3 met en place des conditions favorables pour que les proches aidants et le patient réorganisent ensemble le quotidien.** *« Et du coup de leur permettre de pouvoir prendre du temps pour eux, pour prendre soin d'eux en dehors du travail, ça peut avoir un aspect positif »*

Il pense que le décès d'un proche modifie le quotidien de la personne endeuillée auquel elle doit s'adapter. Il prescrit un arrêt de travail qui permet au patient d'être auprès de ses proches aidants.

#### **Donner des repères :**

**P3 rend le deuil réel.** *« Et là à force de creuser, à force de discuter avec le patient, on a pu mettre le doigt sur le fait que c'était cette situation, ce moment de deuil qui a pu déclencher ses douleurs. »*

Il pense que le deuil et ses conséquences sont des phénomènes non reconnus par la société et les patients endeuillés eux même. Il identifie les patients en deuil dans sa patientèle. Il reconnaît ce motif de consultation caché. Il fait le lien entre le deuil et des symptômes biologiquement indéterminés. Il connaît les liens sociaux de ses patients. Il dépiste systématiquement le deuil. Il nomme le deuil aux patients.

**P3 normalise le processus de deuil et légitimise les besoins de l'endeuillé.** *« C'est normal de pas aller bien quand on a perdu un proche, c'est normal de pas aller bien quand il y a un évènement important dans votre vie [...] suivre le processus physiologique »*

Il pense que la population manque de repères sur le deuil en considérant toute tristesse comme pathologique. Il ne médicalise pas une situation de tristesse normale malgré une demande des patients. Il légitimise les besoins, les émotions et le temps nécessaire dans un contexte de deuil.

#### **Entretien 4 :**

##### **Apaiser les émotions négatives :**

**P4 échange avec l'endeuillé sur la fin de vie de son proche et les circonstances du décès et répond aux questionnements.** *« Le fait d'avoir pu vivre les derniers temps médicaux de son mari et de voir la patiente dans un second temps ça facilite un peu le suivi dans le sens où on a des éléments de réponse à apporter. »*

Il pense que le décès d'un proche entraîne des incompréhensions, des questionnements sur les circonstances du décès, de la culpabilité et de la colère. Quand il accompagne un patient en fin de vie, il détient des informations sur la manière dont il est décédé. Il prend contact avec les proches qu'il connaît ou non d'un patient décédé. Il apporte des explications aux proches endeuillés sur les circonstances du décès et calme la colère et la culpabilité en lien avec la fin de vie.

**P4 facilite la mobilisation des ressources internes par le patient.** *« Quand il y a quelqu'un qui a pratiquement le même âge que vous qui décède, ça questionne toujours sur votre vie [...] on aime bien aussi rassurer le patient et en même temps on n'a pas cette boule de cristal. »*

Il pense que le deuil est une confrontation à la mort qui engendre des craintes et des réflexions sur sa propre mortalité. Il ne pousse pas le patient à se projeter sur sa propre mortalité (n'aborde pas les directives anticipées ou la personne de confiance). Il accepte l'échange sur ces sujets s'ils sont abordés par le patient. Il laisse la personne endeuillée élaborer son rapport à la spiritualité et à la mort. Il est un substrat des réflexions propres du patient car il ne peut apporter de réponse absolue. Il approuve les réflexions du patient et lui permet de trouver du réconfort dans ses réflexions.

##### **Coordonner le réseau de soutien :**

**P4 s'identifie comme une ressource de soutien potentiel pour le patient.** *« C'est-à-dire qu'on peut laisser aussi une porte ouverte dans le sens que on peut faire aussi un premier temps d'échanges que ce soit ... ou téléphonique »*

Il prend contact avec les personnes endeuillées qu'il ne connaît pas forcément ou dont il n'est pas forcément le médecin traitant pour échanger sur le décès. Il laisse la personne qu'il contacte décider si le médecin a un rôle à jouer dans l'accompagnement du deuil. Il n'impose pas sa présence et n'organise pas de consultation de suivi. Il est disponible si la personne endeuillée le souhaite.

**P4 n'interagit pas avec le soutien social du patient.** *« Je n'ai pas eu de lien avec le fils mais elle elle l'évoque... que c'est pas facile non plus pour lui mais c'est ses paroles à elle, on a pas d'intervention. »*

Il pense que la famille et les amis sont des soutiens importants pour les personnes endeuillées. Il pense que les proches soutenant sont eux aussi des personnes endeuillées. Son patient et ses proches se soutiennent mutuellement par le partage de leur vécu d'une situation commune. Il pense ne pas avoir de place au sein du réseau social de soutien du patient. Il laisse le réseau s'organiser de manière autonome. Il n'entre pas en contact avec le réseau de soutien.

**P4 oriente vers d'autres ressources de soutien.** « *Je l'oriente vers quelqu'un d'autre [...] On vient chercher aussi la compétence parce que moi je n'ai pas la compétence* »

Il pense qu'il ne doit pas être seul à accompagner le deuil d'un patient. Il pense que d'autres ont des compétences pour accompagner un deuil qu'il n'a pas (psychologues, équipe mobile de soins palliatifs, équipes ayant accompagnées le décès). Il propose un maillage avec d'autres formes de soutien. Il continue à accompagner la personne endeuillée après cet adressage.

#### **Faciliter l'adaptation aux perturbations de la vie quotidienne :**

**P4 anticipe une altération de l'autonomie et de la possibilité de maintien à domicile.** « *Ben si c'est l'aidant principal qui décède, ben comment cela va se passer pour la suite...* »

Il connaît le milieu de vie des patients, les situations des personnes âgées et des proches aidants. Il anticipe des situations sociales complexes liées au décès d'une personne ressource dès l'accompagnement de la fin de vie. Il exprime ses craintes sur le maintien à domicile en cas de décès du proche aidant. Il évoque des mesures adaptées à la perte d'autonomie d'une personne avant le décès du proche aidant, comme la mise en place d'aides à domicile ou une institutionnalisation. Il laisse la famille initier et réaliser ou non les démarches.

**P4 surveille la réorganisation du quotidien.** « *Elle n'est pas complètement seule mais dans son quotidien ça pèse. Je pense que l'isolement nous en tant que médecin on ne peut pas y faire grand-chose.* »

Il pense que le deuil entraîne des perturbations des habitudes de vie de l'endeuillé, en lien avec l'absence d'un proche. Il pense que le deuil engendre de la solitude, des modifications des relations sociales, une nécessité de se réapproprier les tâches de la vie quotidienne. Il pense ne pas pouvoir agir sur la vie quotidienne du patient. Il évoque avec le patient la réorganisation et les difficultés qui y sont liées sans pouvoir agir. Il pense que la réorganisation du quotidien se fait avec l'aide des proches et de la famille.

#### **Donner des repères :**

**P4 normalise le processus de deuil et rassure le patient.** « *[...] redire que voilà cliniquement avec les données que l'on a les choses vont bien* »

Il pense que la société actuelle limite les confrontations au deuil et donc que les personnes endeuillées n'ont pas de repères sur ce sujet. Il pense que les personnes endeuillées s'interrogent sur la normalité du vécu et du processus de leur deuil. Il rassure le patient sur l'absence d'évolution atypique ou pathologique du deuil et sur la bonne évolution de celui-ci.

## **Entretien 5 :**

### **Apaiser les émotions négatives :**

**P5 échange avec l'endeuillé sur la fin de vie de son proche et les circonstances du décès pour répondre aux questionnements.** *« Donc la fin de vie. Ou là on est, il n'y a pas cet effet de surprise hein... Enfin de mauvaise surprise. Et ... et ou la ...le deuil se fait dans la suite naturelle de l'accompagnement palliatif »*

Il reprend et explique les circonstances du décès avec la personne endeuillée pour répondre aux questionnements. Il pense que pour avancer dans le deuil, il est nécessaire de comprendre la fin de vie. Il a accès à des informations sur la fin de vie car il l'a accompagnée. Il anticipe les questionnements sur les circonstances du décès au cours de l'accompagnement de la fin de vie en expliquant l'évolution des phases palliatives.

**P5 ouvre un espace d'expression des émotions parmi d'autres pour permettre de les décharger.** *« [...] avoir cet espace d'expression [...] Avec une partie d'expression ... d'expression seule »*

Il pense que le deuil entraîne une charge émotionnelle intense. Il pense être un interlocuteur parmi d'autres qui permet l'expression des émotions. Il pense que l'expression permet de décharger les émotions négatives et la transition vers des émotions et des souvenirs positifs. Il crée des conditions favorables à l'expression en consultation, en développant sa relation avec la personne endeuillée, en adaptant le temps de consultation, en pratiquant l'écoute active.

**P5 facilite la mobilisation des ressources internes** par le patient. *« Donc déjà c'est une première occasion... de ... de ... d'aller sur ce sujet-là [...] de mettre sur le tapis un peu notre finitude. »*

Il pense que le deuil est une première confrontation à la mort et engendre une projection angoissante sur sa propre finitude. Il pense qu'il doit encourager le patient à réfléchir à sa propre finitude. Il brise le tabou de la mortalité, du sens de la vie et de la spiritualité et aborde ces thèmes en consultation. Il permet au patient d'en parler, de réfléchir. Il discute de manière neutre et respectueuse. Il aide le patient à élaborer son propre rapport au sens de la vie et à la mort.

### **Coordonner le réseau de soutien :**

**P5 organise sa présence** en tant que soutien médical. *« La nécessité de se mettre à disposition immédiatement le jour même dès qu'on est ... dès qu'on est informé du drame. » « Je devais être disponible et j'ai pu aller tout de suite sur place... »*

Il pense être un membre du réseau social de soutien du patient. Il se doit d'être présent dans l'accompagnement du deuil d'un de ses patients. Il se signale auprès du patient en tant que ressource en prenant contact ou en rendant visite à l'endeuillé. Il organise une consultation spécifique en urgence pour accueillir les proches d'une personne décédée. Il adapte tout son emploi du temps pour cette urgence psychologique.

**P5 réfléchit avec le patient, lui donne les moyens d'organiser son réseau de soutien.** *« Donc mettre des stratégies en place ... hein... des stratégies pour ne pas s'exposer à ... à certains qui peuvent ne pas forcément être aidants. »*

Il identifie avec le patient les personnes ressources. Il l'encourage à investir les ressources de soutien identifiées. Il incite le patient à rechercher d'autres ressources de soutien. Il identifie avec le patient les personnes qui empêchent une évolution favorable du deuil. Par des conseils de communication, il donne au patient des moyens de mettre à distance ces personnes sans perdre le lien avec elles.

**P5 oriente vers d'autres ressources de soutien de manière systématique.** *« Le suivi est fait en parallèle avec d'autres acteurs. Que je... que je propose tout de suite »*

Il pense nécessaire que la personne endeuillée soit accompagnée par diverses ressources de soutien. Il propose rapidement d'autres ressources de soutien pour diversifier les possibilités (psychologues, associations de bénévoles, groupes de paroles d'endeuillés, psychiatres, services ayant accompagnés le décès). Il laisse le patient décider des soutiens qu'il souhaite mobiliser.

#### **Faciliter l'adaptation aux perturbations de la vie quotidienne :**

**P5 aide le patient à se projeter** dans une nouvelle organisation de la vie quotidienne. *« Comment je vais pouvoir reprendre mes activités, reprendre mon travail ? Comment va se passer la première journée au travail ? »*

Il pense que le deuil est un évènement qui perturbe le parcours de vie des patients, la dynamique familiale, les réseaux amicaux, la vie sociale et professionnelle. Il aide le patient à appréhender les perturbations par l'échange. Il échange avec le patient sur les difficultés quant à la réorganisation de la vie quotidienne, familiale, sociale et essaye de faire ressortir les éléments positifs. Il anticipe les moyens d'un retour serein au travail et d'une reprise des activités quotidiennes avec le patient.

#### **Donner des repères :**

**P5 appréhende la singularité de chaque situation.** *« [...] ça dépend de la façon dont quelqu'un va être traumatisé par un deuil en fait. La façon dont le vécu émotionnel va être... »*

Il pense que chaque deuil est un processus unique. Il pense que chaque patient trouve son propre chemin pour avancer. Il appréhende chaque situation et chaque patient de manière différente.

## **Entretien 6 :**

### **Apaiser les émotions négatives :**

**P6 ouvre un espace d'expression** des émotions qui sont des tabous de la société. *« [...] de les faire craquer la carapace, le masque qui est en place ... Permettre l'expression des émotions sous-jacentes... »*

Il pense que pour être apaisées, les émotions négatives doivent être exprimées. Pour lui, les émotions négatives ne sont pas exprimées dans notre société. Il permet au patient de s'exprimer librement en consultation sans tabous. Il met en place des conditions favorables à l'expression des tabous en consultation en abordant ces sujets, en adaptant le temps de consultation, en développant une relation de confiance avec le patient et en étant dans l'écoute empathique.

**P6 facilite la gestion des émotions** par le patient. *« [...] leur apprendre à gérer l'anxiété et les ruminations »*

Il pense que le deuil engendre des réflexions anxiogènes. Il prodigue des conseils au patient qui permettent une autogestion des angoisses par des méthodes de relaxation (application : Petit Bambou). Il laisse le temps au patient de mener ses réflexions sur la mort par l'arrêt de travail. Il n'aborde pas ces thèmes en consultation avec le patient. Il le laisse y réfléchir seul mais est ouvert pour en discuter.

**P6 perçoit les limites de ses capacités professionnelles.** *« Enfin tu es un peu démuni...Et il n'y a pas forcément de solution des fois pour les faire avancer [...] mais tu continues »*

Il pense avoir des limites sur ses capacités psychothérapeutiques. Il pense que sa relation avec le patient a des limites. Il développe la relation thérapeutique médecin-malade. Il accompagne le patient en étant conscient de ses limites et en les acceptant.

### **Coordonner le réseau de soutien :**

**P6 organise sa présence** en tant que soutien dans le temps. *« Tu sais que tu vas instaurer un suivi sur le long terme. »*

Il considère être un membre du réseau de soutien du patient. Il incite le patient à venir le consulter dans le cadre du deuil en le contactant. Il laisse le patient libre d'investir ou non le soutien qu'il propose. Il organise des consultations de suivi avec un intervalle défini. Il utilise l'arrêt de travail et les renouvellements de traitement pour revoir le patient et réévaluer le deuil. Il est disponible en urgence pour les patients qui ont besoin de consultation dans le cadre du deuil.

**P6 n'interagit pas avec le soutien social** du patient. *« S'ils ont des gens pour les aider, les écouter, des soutiens vers qui on peut les pousser... un support... »*

Il considère que le réseau de soutien est déjà présent autour du patient. Il laisse le patient organiser son réseau de soutien. Il incite le patient à investir les soutiens autour de lui.

**P6 oriente vers d'autres ressources de soutien.** *« Une préconisation d'un suivi psychologique parce qu'on ne peut pas tout »*

Il est conscient d'avoir des limites. Il n'est pas certain de bien identifier l'entièreté de ses propres limites. Il oriente le patient pour pallier ses limites. (Psychologue, sophrologue, association,

membres du clergé...) Il cherche à diversifier les ressources de soutien autour du patient. Il propose systématiquement des ressources de soutien.

#### **Faciliter l'adaptation aux perturbations de la vie quotidienne :**

**P6 aide à l'accomplissement des tâches qui incombent à la personne endeuillée** dans un contexte de disparition d'un proche. « *Un peu plus technique que ce qu'on peut répondre [...] Des pensions de réversion, des choses très techniques pour les démarches à faire par rapport aux obsèques* »

Pour lui, le deuil engendre une charge pour la personne endeuillée comme l'organisation des obsèques ou des démarches administratives. Il prodigue des conseils sur certaines démarches. Il donne le temps au patient de réaliser ces tâches par l'arrêt de travail. Il oriente vers des personnes ressources dans le domaine administratif.

**P6 met en place des conditions favorables qui aident à l'adaptation aux perturbations du quotidien.** « *On peut reprendre le travail s'il a repris sa vie rapidement* »

Il pense que le deuil entraîne des perturbations de la vie quotidienne auxquelles le patient doit s'adapter. Il donne le temps au patient de s'adapter par l'arrêt de travail. Il laisse le patient réorganiser son quotidien de manière autonome, sans interagir.

**P6 aide le patient à se projeter** dans une nouvelle organisation de la vie quotidienne. « *Ça peut-être bien de les relancer dans ces activités-là, pour éviter qu'ils ne se replient sur eux* »

Il pense que les perturbations du quotidien liées à la disparition du proche, sont mal vécues par le patient. Il encourage le patient à investir les activités sportives, ludiques, culturelles et sociales. Il anticipe la reprise du travail. Il imagine avec le patient les conditions d'un retour serein au travail.

#### **Donner des repères :**

**P6 n'apporte pas de normes.** « *Tu sais les grandes lignes d'un cours [...] tu ne l'abordes pas spécialement* »

Il n'est pas certain de ses connaissances théoriques sur le processus de deuil. Il ne pense pas pouvoir transposer ses connaissances théoriques au vécu du patient. Il n'utilise pas ces repères dans sa pratique clinique.

**P6 appréhende le vécu de chaque patient.** « *Je pense que chaque médecin fait un peu à sa sauce au fil de son expérience et du patient.* »

Il se fie à son ressenti du vécu de chaque patient en consultation plutôt qu'à des approches théoriques préétablies.

## **Entretien 7 :**

### **Apaiser les émotions négatives :**

**P7 échange avec l'endeuillé sur la fin de vie de son proche et les circonstances du décès.**

*« La compréhension de ce qui s'était passé déjà dans un premier temps pour lui, pour qu'elle puisse déjà accepter son départ. »*

Il pense être au courant des circonstances du décès du fait de sa place dans la communauté dans laquelle il exerce. Il fait verbaliser à l'endeuillé son vécu de la fin de vie (colère, culpabilité) et ses incompréhensions concernant son déroulement. Il apporte des explications sur les éléments verbalisés par le patient.

**P7 facilite la mobilisation des ressources internes** par le patient. *« [...] les accompagner pour trouver ce sens ... Oui ... Essayer de mettre un peu de trouver la joie dans ce ... dans le temps qui est à venir et le moyen d'y parvenir. »*

Il pense que le deuil entraîne, chez l'endeuillé, une remise en question du sens de sa vie et une projection sur sa propre mort. Il les fait verbaliser au patient en consultation. Il échange avec le patient en se basant sur son expérience humaine et non sur sa formation médicale. Il fait réfléchir le patient sur les incertitudes concernant la vie. Il lui fait élaborer son rapport à la finitude, au sens de la vie et de la mort au cours de leurs échanges. Il souhaite lui permettre d'avancer dans la vie de manière épanouie.

### **Coordonner le réseau de soutien :**

**P7 est présent** auprès de son patient. *« On est LA !!! Voilà c'est cela on est là. »*

Il pense être un membre incontournable de la communauté au sein de laquelle il exerce. Il pense que les patients le considèrent de fait comme un membre de leur réseau de soutien. Il est donc consulté spontanément par les patients endeuillés. Il n'a pas à se signaler auprès du patient ou à organiser de suivi.

**P7 aide le patient à organiser son réseau de soutien.** *« J'essaie de la préserver et je lui dis d'essayer de se préserver un minimum. [vis-à-vis de personnes néfastes pour l'évolution du deuil] »*

Il identifie les personnes ressources avec le patient. Il incite le patient à investir leur aide. Il encourage le patient à réaliser des activités (sportives, ludiques, travail, religion...) qui lui permettent de rencontrer d'autres personnes ressources. Il identifie les personnes autour du patient qui exercent une influence négative sur l'évolution du deuil. Il incite le patient à prendre de la distance par rapport à ces personnes. Il propose au patient des moyens lui permettant de les mettre à distance (arrêt de travail, intervention du médecin : discussion...)

**P7 oriente vers d'autres ressources de soutien.** *« Je lui ai proposé de voir quelqu'un en psychothérapie mais c'est compliqué parce qu'elle a très peu de revenus. [...] mais du coup c'est pas mal moi qui m'en occupe »*

Il identifie certains besoins spécifiques du patient. Il propose des ressources de soutien selon les besoins qu'il a identifiés. Il est conscient des limites d'accès aux ressources qu'il propose

(financières, distance, réticences personnelles...). Il se propose en tant que substitut aux ressources vers lesquelles il a orienté le patient en cas d'inaccessibilité.

**Faciliter l'adaptation aux perturbations de la vie quotidienne :**

**P7 aide le patient à se projeter** dans une nouvelle organisation de sa vie quotidienne. *« Et ben quelles attitudes thérapeutiques entre guillemets. C'est-à-dire... sortir de son isolement par exemple, éventuellement avoir des activités extra ... Enfin en dehors d'elle-même, aller vers l'extérieur. »*

Il identifie les répercussions du deuil sur la vie quotidienne du patient (isolement social, dynamique familiale perturbée, incapacité au travail...). Il fait exprimer au patient ses difficultés d'adaptation aux répercussions. Il incite le patient à réaliser des activités à connotation positive (sport, activités sociales, reprise progressive du travail). Il fait exprimer au patient les éléments positifs de la réorganisation pour l'aider à se projeter de manière favorable.

**Donner des repères :**

**P7 appréhende la singularité de chaque situation.** *« La spécificité de la médecine générale c'est d'accompagner les gens dans leur vie »*

Il pense que chaque processus de deuil est unique. Il envisage chaque patient comme un univers. Il évite d'enfermer un patient dans un cadre mais l'appréhende dans sa globalité qui fait la singularité de son deuil.

## **Entretien 8 :**

### **Apaiser les émotions négatives :**

**P8 ouvre un espace d'expression des émotions parmi d'autres.** *« Mais bon les gens ils s'expriment, à l'occasion de la rencontre c'est cela. Pouvoir s'exprimer... Parler son chagrin, s'exprimer ça c'est bien ! »*

Il pense que pour apaiser les émotions négatives, le patient doit les exprimer. En tant que médecin généraliste, il pense être un interlocuteur parmi d'autres pour parler des émotions. Il est ouvert à la discussion, neutre et proche de ses patients. Il met en place des conditions favorables à l'expression en consultation en adaptant le temps de consultation, en écoutant le patient de manière empathique, en développant sa relation thérapeutique.

**P8 appréhende les limites ses capacités professionnelles** comme le manque de temps ou ses capacités communicationnelles. *« On peut être un peu pris par le temps et c'est vrai qu'on peut être ... C'est ça toute la difficulté du métier hein. »*

Il pense avoir des limites de temps pour aborder tous les sujets. Il poursuit un accompagnement en acceptant les limites temporelles. Il pense que les limites de sa communication peuvent restreindre son accompagnement. Il échange avec des confrères sur leur manière de gérer ces consultations. Il apprend de ses expériences et les partage avec ses confrères.

**P8 perçoit ses limites** pour apaiser la colère et la culpabilité sans connaître les circonstances du décès. *« C'est quand même le plus souvent à l'hôpital que l'on [...] A l'hôpital ou à la maison de retraite hein... En EHPAD ... Et il y a toujours une personne qui accompagne peut-être mieux que les autres. Qui connaît le mieux la situation »*

Il n'accompagne pas le décès des patients. Il n'est pas informé des circonstances du décès. Il ne peut pas répondre aux questions ou apaiser la culpabilité, la colère concernant la fin de vie. Il se sent en difficulté pour aborder les circonstances de la fin de vie. Il considère que les personnes ayant accompagnées la fin de vie (HAD, EHPAD, EMSPA) sont plus aptes que lui à échanger sur ce thème. Il laisse ces personnes reprendre les circonstances du décès avec le patient endeuillé.

### **Coordonner le réseau de soutien :**

**P8 organise sa présence** en tant que soutien médical. *« Une personne qui n'est pas forcément accompagnée de son côté ça il faut le voir. Donc ça il faut le [rendez-vous] programmer ça c'est sûr »*

Il pense être membre important du réseau de soutien du patient. Il garde contact avec les proches d'un patient atteint d'une pathologie grave. Il programme les consultations de suivi de deuil à un rythme défini. Il adapte le rythme des consultations selon les besoins du patient.

**P8 facilite la mise en place du réseau de soutien** autour du patient. *« Je donne un arrêt de travail de travail quand même. Quand je sens qu'ils sont fatigués, qu'ils ne sont pas bien, qu'ils ont besoins d'un peu plus de distance [au travail] quoi ».*

Il pense que le réseau de soutien du patient va se mettre en place spontanément autour du patient. Toutefois, pour lui, certaines entraves peuvent ralentir cette mise en place. Il donne le temps au réseau de soutien de se mettre en place par l'arrêt de travail. Il permet au patient de se

rendre aux obsèques pour réunir le réseau social. Il met en place des conditions favorables qui aident à l'organisation du soutien. Il n'interagit pas avec le réseau de soutien du patient.

**P8 n'oriente pas** vers d'autres ressources de soutien. *« Bon les gens parfois ont connu des périodes difficiles donc ils vont connaître un psychologue. Qu'ils vont éventuellement retourner voir. »*

Il pense que le patient connaît déjà les ressources de soutien dont il a besoin pour l'accompagner dans le deuil. Il laisse le patient organiser son réseau de soutien et aller vers les ressources dont il a besoin.

#### **Faciliter l'adaptation aux perturbations de la vie quotidienne :**

**P8 met en place des conditions favorables qui aident à l'adaptation aux perturbations du quotidien.** *« Enfin moi je donne facilement l'arrêt de travail. [...] il y a des démarches à faire hein... parfois il y a des gens seuls qui sont obligés de faire tous les papiers. Pleins de choses et ils ne sont pas aidés... Dés fois il y a des difficultés même ... »*

Il pense que le deuil engendre des perturbations de la vie quotidienne de la personne endeuillée. Il pense que l'endeuillé fait face de manière autonome à ces perturbations. Il prescrit des somnifères pour aider au sommeil et améliorer la capacité de concentration du patient. Il prescrit un arrêt de travail pour donner le temps au patient de s'adapter à ces modifications. Il laisse le patient réorganiser lui-même son quotidien.

#### **Donner des repères :**

**P8 rend le deuil réel.** *« Et puis je l'écris « DEUIL » [...] Oui "DEUIL" c'est important oui. Ça rajoute de l'écrire, de l'affirmer. »*

Il pense que le deuil est un phénomène nié par la société et que les patients qui ne l'identifient pas. Il identifie les patients endeuillés dans sa patientèle. Il nomme le deuil à ses patients.

**P8 norme le processus psychologique du deuil pour donner un cadre.** *« Et nous médecin il faut qu'on le rappelle [les phases du deuil] »*

Il pense que les patients manquent de repères sur le deuil. Il connaît et transmet au patient des informations sur les processus psychologiques du deuil, notamment les stades de Kubler Ross. Il encourage le patient à se renseigner sur les processus psychologiques du deuil.

**P8 normalise les émotions et besoins du patient.** *« cette situation ne doit pas nous angoisser, plus que cela. Dans le sens ou ... c'est un phénomène normal, bien sûr régulier... »*

Il pense que le deuil est un phénomène normal de la vie d'un être humain. Les patients ont un sentiment d'anormalité des situations de deuil et de leurs répercussions. Il pense que les patients ont tendance à souhaiter une solution médicamenteuse pour faire taire les émotions liées au deuil. Il légitimise les émotions négatives et affirme leur nécessité dans l'avancement du deuil. Il ne prescrit pas de médicaments dans une situation de tristesse normale qu'est le deuil.

## **Entretien 9 :**

### **Apaiser les émotions négatives :**

**P9 ouvre un espace d'expression des émotions que le patient ne s'autorise pas à exprimer ailleurs.** « Ben par rapport à leur vécu émotionnel... Ils expriment leur deuil on va dire... »

Il pense que le deuil entraîne des émotions négatives qui sont peu exprimées du fait d'une auto-censure du patient. Il pense être un interlocuteur privilégié pour parler de ce que le patient se limite à exprimer ailleurs. Il permet au patient de s'exprimer en consultation. Il facilite la levée des limites par une relation de confiance qui permet au patient de s'exprimer sans auto-censure.

**P9 échange avec l'endeuillé sur la fin de vie de son proche et les circonstances du décès.** « C'est important ça peut apporter des réponses pour mieux comprendre. C'est aussi accepter un peu les choses »

Il pense être au courant des circonstances du décès du fait de l'accompagnement de la fin de vie des patients. Il cherche des renseignements sur les circonstances d'un décès s'il ne l'a pas accompagné lui-même. Il pense que l'endeuillé peut disposer d'informations mais ne pas les comprendre. Il apporte un éclairage sur les éléments médicaux avec des termes adaptés au patient grâce à ses connaissances médicales et ses compétences en communication. Il répond aux questionnements et apaise la colère concernant la fin de vie.

**P9 facilite la mobilisation des ressources internes** par le patient. « Notamment sur la mort [...] avec le patient qui à lui son propre concept des choses [...] on tend un miroir un peu à l'autre »

Il pense que le deuil engendre une projection sur sa propre mort, sur la finitude et une remise en question du sens de l'existence. Il est ouvert à une discussion sur des sujets complexes sans la provoquer. Il échange avec le patient sur ces thèmes pour lui permettre de développer sa pensée. Il n'interagit pas avec la réflexion mais est substrat de la réflexion. Il aide le patient à surmonter ces projections.

### **Coordonner le réseau de soutien :**

**P9 est présent** auprès de son patient si le patient le sollicite. « Les gens savent venir s'ils ont besoin »

Il est membre de la communauté de vie au sein de laquelle il exerce. Les patients le consultent spontanément ou sont orientés par un proche en cas de deuil. Il est disponible pour des patients selon les besoins. Il n'initie pas de démarches lorsqu'un patient est endeuillé.

**P9 n'interagit pas avec le soutien social** du patient. « Spontanément je ne vais pas [avoir de lien avec l'entourage] »

Il pense que le soutien communautaire est primordial dans le cadre du deuil. Il ne connaît pas forcément les proches d'un patient endeuillé. Il pense que le soutien social se met en place spontanément. Il considère ne pas avoir besoin d'agir.

**P9 oriente vers d'autres ressources de soutien de manière systématique.** « C'est vrai que la psychologue c'est un appui supplémentaire avec une compétence que l'on n'a pas. »

Il diversifie le maillage de soutien autour du patient de manière à avoir un accompagnement le plus global possible. Il propose diverses ressources de soutien avec des compétences variées. Il laisse le patient décider de la place des ressources qu'il propose. Il est conscient de ne pas être informé de l'ensemble des ressources de soutien consultées par le patient.

### **Faciliter l'adaptation aux perturbations de la vie quotidienne :**

**P9 aide à l'accomplissement des tâches qui incombent à la personne endeuillée** dans un contexte de disparition d'un proche. *« Puis alors voilà on les conseille et il y a des dossiers nous aussi à remplir de notre côté ... ça fait partie des ... Et on leur laisse le temps de faire tout ça avec l'arrêt de travail. »*

Il pense que le décès d'un proche engendre des tâches pour la personne endeuillée comme des démarches administratives et l'organisation des obsèques. Ces tâches mettent le patient en difficulté. Il prodigue des conseils sur la réalisation de certaines d'entre elles. Il met en place des conditions favorables qui permettent à la personne endeuillée de réaliser ces tâches par l'arrêt de travail. Il aide la personne endeuillée à accomplir certaines tâches en les réalisant (remplir certains formulaires).

**P9 anticipe une altération de l'autonomie** et de la possibilité de maintien à domicile. *« Après en fin de vie ça peut être lié soit parce que les gens ont des troubles cognitifs un peu avant et il faut prendre la main sur un certain nombre d'actes de la vie courante quoi. Des placements aussi... »*

Dans de nombreuses situations, un décès est celui d'un proche aidant. Dans cette situation, le décès engendre pour l'endeuillé une perte d'autonomie. Le médecin connaît la communauté dans laquelle il exerce. Il anticipe les situations sociales complexes lors de l'approche de la mort. Il aborde avant le décès les difficultés qu'il anticipe. Il propose de réaliser certaines démarches et aide à faire certaines d'entre elles, comme la mise en place d'aides à domicile ou le remplissage de dossiers d'EHPAD.

### **Donner des repères :**

**P9 n'apporte pas de norme.** *« Je n'ai pas l'impression d'appliquer un modèle psychanalytique ou pré fait sur mes entretiens de personnes endeuillées, quoi voilà. »*

Il pense avoir une conception préétablie du deuil, inspirée de modèles psychanalytiques enseignés au cours de ses études. Il a été confronté aux limites des modèles, au cours de son parcours professionnel. Il cherche à se détacher de ces repères préétablis qu'il considère comme limités, en se forgeant sa propre expérience. Il pense que chaque deuil est un processus unique. Il appréhende la singularité de chaque deuil.

### Analyse intégrative :

|    | <b>Apaiser les émotions négatives</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Coordonner le réseau de soutien</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Faciliter l'adaptation aux perturbations du quotidien</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Donner des repères</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P1 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ouvre un espace d'expression</b> des émotions qui sont des tabous de la société</li> <li>- <b>Perçoit ses limites</b> pour apaiser la colère et la culpabilité sans connaître les circonstances du décès.</li> <li>- <b>Appréhende ses limites</b> dans ses capacités professionnelles en y réfléchissant et en apprenant de ses expériences</li> </ul>                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>S'identifie comme une ressource</b> de soutien potentielle pour les patients endeuillés</li> <li>- <b>Potentialise l'action des soutiens déjà présents</b> : il renforce le patient et peut prendre contact avec les aidants</li> <li>- <b>Orienté vers d'autres ressources de soutien</b> adaptées aux besoins : association, psychologue, agents du culte, etc</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Propose son soutien à la personne endeuillée</b> dans la réalisation des tâches administratives par des conseils et en donnant le temps de les réaliser</li> <li>- <b>Met en place des conditions favorables</b> aidant la personne endeuillée à réorganiser de manière autonome sa vie quotidienne</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rend le deuil réel</b> : il nomme le deuil au patient pour acter ce deuil et réorienter la consultation.</li> <li>- <b>Norme le processus de deuil</b> : Il suit les modèles pré établis et permet au patient de se situer</li> </ul>                                 |
| P2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ouvre un espace d'expression</b> de ce que le patient ne peut exprimer auprès de ses proches : manque, tristesse, sens de la vie, etc</li> <li>- <b>Perçoit ses limites</b> pour apaiser la colère et la culpabilité sans connaître les circonstances du décès.</li> <li>- <b>Pallie ses limites professionnelles</b> en apprenant auprès de personnes ressources</li> </ul>                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>N'interagit pas avec le soutien social</b> : Il surveille que son patient investisse le soutien autour de lui</li> <li>- <b>Orienté vers des ressources</b> : il n'est pas à l'aise pour pallier les lacunes du réseau de soutien et oriente vite vers les personnes adaptées.</li> </ul>                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Surveille la réorganisation du quotidien</b> : il n'intervient pas car la réorganisation du quotidien est aidée par les proches</li> </ul>                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>N'apporte pas de norme</b> : il n'est pas à l'aise avec les concepts théoriques du processus de deuil.</li> <li>- <b>Appréhende la singularité</b> : il a une approche centrée sur le vécu personnel de son patient.</li> </ul>                                       |
| P3 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ouvre un espace d'expression</b> des émotions pour travailler dessus avec ses compétences psychothérapeutiques</li> <li>- <b>Echange sur la fin de vie et le décès</b> : si la fin de vie est comprise la culpabilité et la colère sont apaisées</li> <li>- <b>Facilite la mobilisation des ressources internes</b> : il amène le patient à mener une réflexion personnelle apaisante sur des thèmes qui engendrent une souffrance existentielle...</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Organise sa présence</b> il est à l'origine de la démarche de consultation et de la programmation du suivi</li> <li>- <b>Potentialise le soutien présent</b> : Il crée les occasions qui permettent au réseau de soutien d'être plus présent et plus efficient</li> <li>- <b>Orienté vers des ressources</b> (amis, voisins) pour pallier les limites du soutien familial</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Met en place des conditions favorables</b> pour que les proches aidants et le patient réorganisent ensemble le quotidien.</li> </ul>                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rend le deuil réel</b> : il identifie les patients endeuillés : motifs de consultations cachés, deuils réprimés...</li> <li>- <b>Normalise le processus de deuil</b> : Il légitimise les besoins, les émotions et le temps nécessaire pour faire son deuil</li> </ul> |

**Tableau 2.1 : Récapitulatif des thèmes super ordonnés et thèmes de P1 à P3**

|    | <b>Apaiser les émotions négatives</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Coordonner le réseau de soutien</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Faciliter l'adaptation aux perturbations du quotidien</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Donner des repères</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P4 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Echange sur la fin de vie et le décès</b> : pour répondre aux questionnements et incompréhensions des proches qu'il connaît ou non</li> <li>- <b>Facilite la mobilisation des ressources internes</b> : il laisse le patient libre d'aborder ou pas en consultation des thèmes angoissants soulevés par le deuil afin d'y réfléchir. Elle n'interagit pas avec ses réflexions et ne peut le rassurer.</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>S'identifie</b> comme une ressource de soutien potentielle pour le patient</li> <li>- <b>N'interagit pas avec le soutien du patient</b> : il n'a pas de place au sein du réseau de soutien et le laisse s'organiser de manière autonome</li> <li>- <b>Orienté</b> rapidement vers d'autres ressources et il propose un maillage diversifié</li> </ul>                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Anticipe une perte d'autonomie</b> : elle évoque ses craintes sur une situation sociale et laisse les proches faire les démarches</li> <li>- <b>Surveille la réorganisation du quotidien</b> sur lequel elle ne peut agir car la réorganisation est aidée par le réseau de soutien du patient</li> </ul>                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Normalise le processus de deuil</b> : elle rassure le patient sur l'absence d'évolution atypique ou pathologique du deuil</li> </ul>                                                                                                                |
| P5 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Echange sur la fin de vie et le décès</b> : il explique les circonstances du décès pour répondre aux questionnements.</li> <li>- <b>Ouvre un espace d'expression</b> parmi d'autres pour permettre de décharger des émotions négatives</li> <li>- <b>Facilite la mobilisation des ressources internes</b> : il incite le patient à mener une réflexion sur la mort, la finitude dans le contexte de deuil</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Organise sa présence</b> et est immédiatement auprès du patient</li> <li>- <b>Réfléchit avec le patient, lui donne les moyens d'organiser son réseau de soutien</b> : il identifie avec le patient les personnes ressources et les personnes néfastes et conseille le patient dans la manière de les gérer</li> <li>- <b>Orienté rapidement vers d'autres ressources</b> de manière systématique pour élargir le réseau de soutien.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aider à se projeter dans une nouvelle organisation</b> : il aide le patient à appréhender les perturbations par la discussion et l'anticipation.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Appréhende la singularité de chaque situation</b> : il pense que chaque patient chemine de manière unique dans le deuil.</li> </ul>                                                                                                                 |
| P6 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ouvre un espace d'expression</b> des émotions qui sont des tabous de la société</li> <li>- <b>Facilite la gestion des émotions</b> par le patient face aux questionnements existentiels</li> <li>- <b>Perçoit ses limites</b> en psychothérapie et continue à accompagner le patient en les acceptant.</li> </ul>                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Organise sa présence</b> en faisant en sorte d'être consulté et de réévaluer sur le long terme le deuil de son patient</li> <li>- <b>N'interagit pas avec le réseau de soutien</b> : il incite le patient à investir le soutien déjà présent</li> <li>- <b>Orienté vers qu'autres ressources</b> : il pallie les limites de son accompagnement</li> </ul>                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aide la personne endeuillée</b> dans la réalisation des tâches administratives par des conseils, en donnant du temps, en orientant dans les démarches administratives</li> <li>- <b>Met en place des conditions favorables</b> en laissant le temps à l'endeuillé de réorganiser de manière autonome sa vie quotidienne</li> <li>- <b>Aide le patient à se projeter</b> par l'anticipation et l'incitation à reprendre des activités sociales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>N'apporte pas de norme</b> : il n'utilise pas les approches théoriques du deuil dans sa pratique clinique mais se base sur son ressenti</li> <li>- <b>Appréhende la singularité de chaque patient</b> selon son ressenti en consultation</li> </ul> |

**Tableau 2.2 : Récapitulatif des thèmes super ordonnés et thèmes de P4 à P6**

|    | Apaiser les émotions négatives                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Coordonner le réseau de soutien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Faciliter l'adaptation aux perturbations du quotidien                                                                                                                                                                                                                                                                               | Donner des repères                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P7 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Echange sur la fin de vie et le décès</b> : il fait verbaliser ses incompréhensions au patient et apporte des explications sur celles-ci</li> <li>- <b>Facilite la mobilisation des ressources internes</b> : il fait verbaliser au patient ses inquiétudes sur la mort et le sens de la vie pour l'amener à une réflexion personnelle sur ces sujets</li> </ul>                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Est présent</b> : il est consulté spontanément par les patients sans avoir à se signaler ou organiser sa présence</li> <li>- <b>Aide le patient à organiser son réseau de soutien</b> : il identifie les ressources et personnes néfastes avec le patient et guide le patient dans l'organisation du soutien</li> <li>- <b>Orienté vers d'autres ressources de soutien</b> adaptées aux besoins et aux limites d'accès</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aide à se projeter dans une nouvelle organisation</b> : il incite le patient à investir positivement les événements de son quotidien</li> </ul>                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Appréhende la singularité de chaque situation</b> : il considère chaque patient comme un univers qui ne peut être appréhendé de manière suffisante en se limitant à une conception théorique</li> </ul>                                                                     |
| P8 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ouvre un espace</b> d'expression parmi d'autres dont la singularité est sa proximité avec le patient et sa neutralité</li> <li>- <b>Appréhende les limites</b> dans ses capacités professionnelles par l'échange avec ses pairs et son expérience</li> <li>- <b>Perçoit ses limites</b> pour apaiser la colère et la culpabilité sans connaître les circonstances du décès.</li> </ul>                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Organise sa présence</b> de manière adaptée aux besoins du patients</li> <li>- <b>Facilite la mise en place</b> du réseau de soutien qui s'organise spontanément</li> <li>- <b>N'oriente pas</b> : il pense que le patient connaît déjà les soutiens qui lui sont nécessaires</li> </ul>                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Met en place des conditions favorables</b> aidant la personne endeuillée à réorganiser de manière autonome sa vie quotidienne.</li> </ul>                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rend le deuil réel</b> : il nomme le deuil à ses patients</li> <li>- <b>Norme le processus de deuil</b> : il transmet des informations conceptuelles</li> <li>- <b>Normalise le deuil</b> : il légitimise les émotions et nomme leur caractère non pathologique.</li> </ul> |
| P9 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ouvre un espace</b> d'expression de ce que le patient ne s'autorise pas à exprimer par ailleurs</li> <li>- <b>Echange sur la fin de vie et le décès</b> : il se renseigne sur le décès et explique les éléments biomédicaux non compris par l'endeuillé.</li> <li>- <b>Facilite la mobilisation des ressources internes</b> en étant ouvert à un échange initié par le patient lui permettant de développer ses pensées sur la mort</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Est présent</b> auprès des patients endeuillés qui le consultent spontanément ou orientés par un proche</li> <li>- <b>N'interagit pas avec le réseau de soutien</b> : il n'a pas besoin d'agir sur le réseau qui s'organise spontanément</li> <li>- <b>Orienté vers d'autres ressources</b> : il propose un maillage de soutien de manière systématique</li> </ul>                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aide à l'accomplissement de certaines tâches</b> en les réalisant (remplir des formulaires), en conseillant et en donnant le temps au patient de les réaliser</li> <li>- <b>Anticipe une perte d'autonomie</b> en exprimant ses craintes et en réalisant certaines démarches</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>N'apporte pas de norme</b> : il se détache des approches normatives qu'il considère comme limitées.</li> </ul>                                                                                                                                                              |

**Tableau 2.3 : Récapitulatif des thèmes super ordonnés et thèmes de P7 à P9**

L'analyse transversale met en lumière des similitudes et des différences entre les différents profils des médecins interviewés.

Pour l'ensemble des médecins, un de leur rôle est **d'apaiser les émotions négatives engendrées par le deuil**. Ces émotions négatives ont différentes origines. Les médecins envisagent ce rôle différemment selon la capacité d'action qu'ils considèrent avoir sur le facteur déclenchant.

Certains agissent sur les émotions négatives liées à la perte du proche (tristesse, manque). Les participants ouvrent un espace d'expression des émotions afin de les apaiser. Cette ouverture est caractérisée pour chaque participant par la représentation spécifique de la place des émotions et de leur expression dans notre société.

Certains praticiens répondent à l'incompréhension et la colère en lien avec les circonstances du décès de leur proche. Cet échange est caractérisé par l'accès du praticien aux informations sur la fin de vie et par les questionnements du patient.

D'autres jouent un rôle d'échange avec le patient sur les questions existentielles engendrées par la confrontation à la mort qu'est le deuil. Ils facilitent les réflexions des patients et leur permet de faire face à ces questionnements. Ils n'interagissent pas avec ces réflexions car elles sont propres à chaque patient, à sa culture et à sa spiritualité. Pour certains praticiens, cette réflexion est nécessaire, pour d'autres possible ou souhaitable. Cette perception influe la manière dont la discussion est initiée : par eux ou par le patient.

Au cours des entretiens, les participants ont fait ressortir leurs limites dans l'apaisement des émotions de leurs patients. Ils ne pensent pas pouvoir agir sur l'ensemble des éléments déclenchant des émotions négatives. Ils appréhendent de manière singulière leur sentiment d'impuissance en cherchant à y pallier ou en accompagnant le patient, conscient de ces limites et en les acceptant.

Les médecins considèrent qu'il est de leur rôle de **coordonner le réseau de soutien du patient**. Ce réseau est un élément important dans le cadre du deuil et de son évolution favorable. Ce rôle est caractérisé pour chaque praticien selon l'importance de l'interaction qu'il pense avoir avec les autres membres de ce réseau de soutien.

Les participants pensent tous être membre du réseau de soutien du patient. Toutefois certains sont actifs dans l'organisation de leur présence en programmant une consultation, tandis que d'autres sont passifs en restant disponibles et en laissant au patient le choix de prendre rendez-vous.

Les médecins généralistes interrogés ont une perception variable de leur interaction avec le réseau de soutien. Ils pensent jouer un rôle dans l'élargissement du réseau de soutien afin qu'il soit le plus diversifié possible. Pour certains, cet élargissement est réalisé par des actions qui potentialisent le réseau de soutien déjà présent. Pour d'autres, il est réalisé en orientant vers de nouvelles ressources d'appui.

Pour les participants de l'étude, un de leur rôle est de **faciliter l'adaptation du patient aux perturbations de la vie quotidienne engendrées par le deuil**. Les médecins peuvent intervenir de manière plus ou moins active dans cette facilitation.

Certains réalisent des démarches ou conseillent le patient dans certaines actions. Certains sont même pro-actifs dans ce rôle en anticipant les perturbations à venir. D'autres apportent un soutien moral afin que le patient reprenne une vie quotidienne en l'aidant à s'y projeter. Enfin certains considèrent ne pas pouvoir agir et réalisent une simple surveillance de cette réorganisation.

Toutefois, les médecins considèrent tous que le patient reste le principal acteur de la réorganisation et de l'adaptation de sa vie quotidienne.

Pour les participants, leur rôle est **d'apporter des repères sur le deuil au patient**. Pour eux, le deuil est un phénomène qui est caché et non pris en compte dans notre société. Une personne endeuillée fait face à un phénomène auquel elle n'a pas ou peu été confrontée antérieurement et qu'elle ne connaît pas bien.

Les praticiens aident les patients à se situer dans un processus. Certains apportent une approche normative de ce processus de deuil avec des repères pré construits transmis aux patients. D'autres normalisent les émotions, besoins et nomment leur caractère non pathologique. D'autres ont une approche basée sur la singularité et le vécu du processus de deuil expérimenté par chaque patient.

## **DISCUSSION :**

### **A propos des résultats :**

**Le premier rôle trouvé dans notre étude est celui d'apaiser les émotions négatives engendrées par le deuil.**

Les participants font ressortir leur rôle dans l'ouverture d'un espace d'expression des émotions. Cet aspect est également trouvé par une étude quantitative réalisée par questionnaire auprès de médecins généralistes. Cette étude montre en effet qu'une majorité de médecins encouragent les patients à parler de leurs sentiments au cours de la première consultation pour deuil. Cette action d'expression est étiquetée comme faisant partie du rôle psychothérapeutique du médecin. Toutefois cette classification est attribuée par les acteurs sans que les médecins expriment le sens qu'ils donnent à cette action. (24) Notre recherche a pu mettre en évidence ces différents sens : Expression des tabous sociaux, expression des tabous familiaux, travail psychothérapeutique... En outre, l'ouverture d'un espace d'expression est un des éléments préconisés par un protocole de prise en charge de la personne endeuillée en soins primaires. Ce même protocole apporte des conseils à mettre en place en consultation, pour faciliter l'expression. Ces conseils sont souvent concordants avec les éléments mis en place par les participants de notre étude dans la poursuite de cet objectif. (31) L'ouverture d'un espace d'expression permet selon les experts, une transition des émotions négatives vers des émotions positives et d'avancer dans le deuil. (35) Cet objectif est également celui poursuivi par les participants de notre étude, ce qui montre l'importance de l'espace d'expression.

Les médecins parlent également de leur rôle d'échange sur les circonstances du décès permettant d'apaiser les colères et les incompréhensions. Ce rôle d'information des proches sur le décès est également évoqué dans une revue systématique de la littérature sur les outils qui facilitent la communication avec un patient endeuillé en médecine générale. (36) Les experts citent l'importance des explications sur les circonstances du décès car elles permettent à l'endeuillé de dépasser le déni initial, d'initier le processus de deuil sans colère ni culpabilité. Ils partagent l'opinion des participants de notre étude sur l'objectif et l'importance de ces échanges. (35)(37) De plus, des études montrent que les patients ont un vécu positif des échanges sur les circonstances de la fin de vie avec le médecin généraliste. Cela leur permet d'avancer dans l'acceptation du décès du proche. (25) On peut donc constater une concordance entre le vécu des patients et l'importance donnée par les praticiens dans ces échanges

De plus, les médecins interrogés mettent en avant leur rôle d'aide à la mobilisation des ressources du patient sur les questions existentielles et spirituelles, engendrées par la confrontation à la mort. Une étude quantitative montre que les médecins sont majoritairement ouverts à un échange avec les patients sur les questions existentielles et spirituelles dans le cadre du deuil. Toutefois, cette étude ne précise pas le rôle que pensent tenir les médecins sur ces questions, ni le rôle que tiennent ces échanges dans l'accompagnement du deuil. Dans cette même étude, les questions spirituelles et existentielles sont abordées de manière indépendante par rapport aux émotions. Il ressort de nos résultats un lien entre spiritualité, finitude et émotions. Cette différence peut provenir du caractère quantitatif des données publiées faisant ressortir des thèmes sans explorer le sens donné par les praticiens à ceux-ci. (24)

### **Un autre rôle est celui de coordonner le réseau de soutien.**

Dans notre étude, les praticiens considèrent être une ressource de soutien pour les personnes endeuillées. Certains praticiens jouent un rôle actif dans l'organisation de leur présence auprès du patient en organisant des consultations. D'autres sont passifs, se signalant auprès du patient et laissant au patient le libre choix de les consulter dans le cadre du deuil. Cette disponibilité du médecin généraliste dans le cadre du deuil est un élément important du protocole proposé par Charlton, dans le cadre de l'accompagnement de patient endeuillé en médecine générale : « to understand and be available ». (31) Une revue systématique de la littérature montre également que la disponibilité du médecin généraliste est facilitante dans la communication avec un patient endeuillé. (36) L'aspect actif ou passif de l'organisation de sa présence par le praticien a déjà été observé. Dans de nombreuses études, les praticiens sont partagés sur l'initiation du premier contact à la suite d'un deuil. Certains prennent contact avec la personne endeuillée (lettre de condoléance ou visite) tandis que d'autres n'ont pas d'action et laissent le patient initier le contact. (24). Une étude qualitative de 2000 auprès de patients endeuillés montre qu'ils attendent de leur médecin généraliste qu'il soit à l'origine du premier contact à la suite du décès d'un proche, quel que soit le moyen utilisé. Ceci montre une discordance entre les attentes des patients et le rôle que s'attribuent certains médecins dans notre étude. (38)

Les médecins que nous avons interviewés interrogent les patients sur l'organisation du réseau de soutien et cherchent parfois à potentialiser ce soutien. Cette observation concorde avec les résultats d'une étude réalisée auprès de patients endeuillés dans laquelle le recueil de données montre un intérêt des médecins pour le soutien familial et amical. (25) Cette concordance se retrouve également dans une étude qui montre qu'une majorité des praticiens encouragent leur patient à rechercher du soutien auprès de leur famille et amis. (24) Ce rôle des médecins généralistes est en adéquation avec les études qui décrivent l'importance de la famille, des amis et des autres ressources sociétales de soutien dans l'accompagnement du deuil. (5)

Les médecins interrogés font ressortir un rôle d'orientation des patients vers d'autres ressources de soutien. Une étude quantitative trouve que 83,2 % des médecins orientent leur patient vers une autre ressource de soutien (psychologue, association, agent du culte, psychiatre) au cours de la première consultation pour deuil. Ceci montre également l'importance de ce rôle d'orientation retrouvée dans notre étude. (24) De plus un protocole élaboré en 1995 par des experts corrobore l'importance du rôle du médecin généraliste en préconisant aux médecins de famille de disposer d'une brochure indiquant aux patients les différentes ressources dans le cadre du deuil (associations, psychologues...). Ce rôle est en adéquation avec un besoin exprimé par les patients d'être informés sur les soutiens disponibles et d'être orientés dans le cadre du deuil. (39) En outre l'orientation est l'une des six compétences fondamentales du médecin généraliste définies en 2002 par la WONCA. En effet, elle définit que le médecin généraliste « coordonne les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés ». Ceci montre une nouvelle fois l'importance de ce rôle dans la définition même de la médecine générale. (40)

### **Nous retrouvons également un rôle de faciliter l'adaptation aux perturbations de la vie quotidienne.**

Dans notre étude, les médecins évoquent leur rôle de conseil sur la réalisation de tâches administratives et sur l'anticipation d'une perte d'autonomie. Le protocole proposé par Charlton pour l'accompagnement du deuil en soins primaire met également en avant la possibilité pour le médecin généraliste d'aider les patients dans la réalisation de certaines tâches. Il recommande aux médecins généralistes de disposer d'une brochure d'information concernant ces démarches ainsi que d'une liste des ressources locales pouvant apporter un soutien administratif. (31) Notre étude trouve une hétérogénéité de pratiques des praticiens dans ce domaine, du fait d'une perception différente des limites de leur rôle. Or une étude quantitative montre également que ce rôle de conseil du médecin traitant n'est pas bien délimité. En effet, aucune précision n'est apportée concernant les tâches sur lesquels les médecins conseillent ou agissent. (24)

Dans notre étude, les médecins évoquent leur rôle dans l'aide aux endeuillés pour s'adapter à la vie quotidienne en l'absence de leur proche. Dworkind dans son avis d'expert sur le rôle du médecin de famille dans l'accompagnement du deuil, confirme ce même rôle d'aide à l'ajustement à un environnement dans lequel le défunt est absent et à un accompagnement vers une reprise d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. (35)

### **Enfin un rôle que nous identifions est celui de donner des repères.**

Certains rendent le deuil réel pour les patients et norment le processus du deuil. Cette approche est partagée par un avis d'experts qui proposent un protocole pour les médecins qui accompagnent leurs patients en deuil. Ils évoquent l'importance pour le praticien de parler avec ceux-ci des processus psychologiques du deuil et de les rassurer sur la normalité de leur situation. Ceci favorise pour eux une réassurance et donne une perspective aux patients sur une évolution prévisible non pathologique. (37) On peut également voir une approche similaire dans la brochure de l'hôpital Saint Jude proposée aux patients endeuillés et décrivant les étapes du deuil. (42)

D'autres praticiens de notre étude ont une approche non systématisée, sans repères préétablis, et se penchent sur la singularité de chaque patient.

Il semble que ces deux approches puissent répondre aux attentes des patients. En effet, une thèse de médecine générale de 2017 portant sur les attentes des patients endeuillés envers leur médecin traitant révèle une attente de repères sur le processus psychologique du deuil et de normalisation des émotions, mais également un souhait d'une approche centrée sur leur situation singulière et leur vécu. (26)

### **A propos de la méthode :**

Pour répondre à la question de recherche, une étude qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique semblait appropriée pour explorer le point de vue des médecins généralistes.

Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle afin de permettre aux praticiens de s'exprimer de manière libre, sans l'appréhension de jugement d'un autre participant, en concordance avec la méthodologie choisie. Les lieux des entretiens ont été choisis par les

participants et adaptés à leur emploi du temps pour leur permettre d'être à l'aise pour discuter. Un entretien a été réalisé en visioconférence et présente des inconvénients. Il limite l'appréciation par l'investigateur du langage non verbal au cours de l'entretien. Les entretiens n'ont pas été réalisés « en ouvert », mais sous forme d'entretiens semi-dirigés avec l'utilisation d'un guide d'entretien qui semblait plus accessible à un enquêteur novice.

L'enquêteur a essayé d'être le moins directif possible au cours des entretiens, toutefois son inexpérience a pu le mener à avoir des interventions inadaptées au cours des entretiens : non-respects des silences, questions fermées, interventions inopinées. Des relectures et échanges entre les différents entretiens avec la directrice de thèse ont permis une amélioration progressive de la qualité de ceux-ci. Ces échanges et l'expérience ont permis à l'investigateur de mieux utiliser les questions de relance pour approfondir les différents thèmes, de mieux respecter les silences afin de laisser aux participants des moments d'introspection et de réflexion leur permettant de développer leur pensée. Ils ont également amélioré la capacité de l'investigateur à poser des questions ouvertes afin de limiter les biais de suggestion. Le guide d'entretien n'a pas été modifié au cours de l'étude.

La population d'étude est diversifiée avec des médecins de profil (âge, sexe) de mode d'exercice (interne, salariat, remplacement, installation, retraite) et d'expériences antérieures ou présentes variés (activité universitaire, formation soins palliatifs...) afin de représenter au mieux la multiplicité des praticiens en médecine générale en France. Trois interviewés sont choisis parmi les connaissances de l'investigateur. Les autres sont choisis par contact au travers de diverses listes de praticiens pré existantes (internet, enseignants facultaires...) afin de diversifier les profils. Un biais de recrutement peut être présent, malgré l'impression d'une population diversifiée. En effet deux personnes contactées pour participer n'ont pas donné suite au premier contact. Le nombre d'entretiens est de 9, ce qui est un chiffre habituel dans les études inspirées d'une analyse interprétative phénoménologique. La suffisance des données est assumée par le chercheur.

La retranscription, le codage et l'interprétation sont réalisés par l'enquêteur sous supervision de la directrice de thèse. Toutefois il n'y a pas eu de réel double codage. Cette absence de triangulation a pu conditionner le codage et l'interprétation des données par les préjugés du chercheur et donc induire un biais d'interprétation. La conduite des entretiens par la même personne réalisant le codage et interprétant les résultats facilite la justesse de ces étapes et la pertinence de celles-ci.

### Perspectives :

Cette étude a exploré le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement du deuil hors du champ biomédical. Cette lecture peut permettre aux praticiens une introspection sur leurs propres pratiques en s'interrogeant sur le sens qu'ils donnent à leurs actions au cours d'une consultation avec un patient endeuillé. Il peut fournir aux praticiens une trame de relecture de leurs consultations avec un patient endeuillé et des pistes pour envisager leurs rôles dans cet exercice.

Plusieurs moyens qui permettent d'accomplir les différents rôles sont ressortis au cours de cette étude. Toutefois il ne s'agit pas de l'objet de notre exploration. Il pourrait être intéressant d'étudier ces moyens utilisés.

Au cours de cette étude, l'importance du réseau de soutien non médical ainsi que des autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux sont ressortis. En tant que coordinateur, les médecins généralistes devraient connaître les rôles que s'attribuent chacun auprès du patient endeuillé. Pour cela il pourrait être intéressant de les étudier.

## **CONCLUSION :**

Ce travail montre que les médecins envisagent leur rôle dans l'apaisement des émotions négatives engendrées par le deuil. Ce rôle est caractérisé différemment par les participants. Certains ouvrent un espace d'expression des émotions, d'autres échangent avec les patients sur les circonstances du décès et d'autres permettent au patient de mobiliser ses ressources face aux questions existentielles. Les praticiens font ressortir le fait d'appréhender ou de pallier leurs limites dans l'apaisement des émotions de leur patient. Un autre rôle cité par les médecins est de coordonner le réseau de soutien autour du patient. Ils se considèrent comme membre du réseau de soutien et organisent leur présence au sein de celui-ci de manière plus ou moins active. Ils potentialisent le soutien déjà présent et orientent vers d'autres ressources de soutien. Les praticiens interrogés évoquent leur rôle de facilitation à l'adaptation du patient aux perturbations du quotidien engendrées du deuil. Ils apportent une aide à l'endeuillé, certains par des actions, d'autres des conseils ou encore un soutien moral afin que le patient reprenne une vie quotidienne en l'absence de son proche. Enfin notre étude retrouve un rôle d'apport des repères sur le processus de deuil. Cet apport de repères peut se baser sur une approche normative, d'autres normalisent le deuil et certains ont une approche par la singularité de chaque patient.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

- 1) BACQUE MF. Qu'est-ce que le deuil ? ; Cairn info
- 2) BACQUE MF. HANUS M. Le deuil. 8eme édition. PUF / Humensis; 2020
- 3) Mathe T, Francou A, Hebel P. Le deuil une réalité vécue par 4 français sur 10. Consommation et modes de vie. 2016 ;(286) :1-4
- 4) Papon S. Bilan démographique 2023. INSEE première n°1978. 2024 ; ISSN 0997 – 6252
- 5) Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. Lancet. 2007 Dec 8;370(9603):1960-73.
- 6) Jacobs S, Ostfeld A. An epidemiological review of the mortality of bereavement. Psychosom Med. 1977 Sep-Oct;39(5):344-57.
- 7) Helsing KJ, Szklo M. Mortality after bereavement. Am J Epidemiol. 1981 Jul;114(1):41-52.
- 8) Woof WR, Carter YH. The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (Part 1). Br J Gen Pract. 1997 Jul;47(420):443-8.
- 9) Shear MK. Clinical practice. Complicated grief. N Engl J Med. 2015 Jan 8;372(2):153-60. doi: 10.1056/NEJMcp1315618.
- 10) Clayton PJ. Mortality and morbidity in the first year of widowhood. Arch Gen Psychiatry. 1974 Jun;30(6):747-50.
- 11) Jacobs S, Hansen F, Berkman L, Kasl S, Ostfeld A. Depressions of bereavement. Compr Psychiatry. 1989 May-Jun;30(3):218-24
- 12) Le deuil : referentiels inters régionaux en soins oncologiques de support - [Internet]. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support ; 2018. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/le-deuil/>.
- 13) Boelen PA, van de Schoot R, van den Hout MA, de Keijser J, van den Bout J. Prolonged Grief Disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. J Affect Disord. 2010 Sep;125(1-3):374-8.
- 14) American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. DSM5-5 edition. Washington DC: American Psychiatric Association
- 15) Hanus M., Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques. Annales Médico-Psychologiques. 2006 ; 164 :349–356
- 16) Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. J Affect Disord. 2011 Jun;131(1-3):339-43
- 17) Hanus M., 2004, Face à la mort des ritualités nouvelles, Laennec, 2004/4, Tome 52
- 18) Dupont V., Centre De Ressources National soins palliatifs François-Xavier, Les rites funéraires en France et dans le monde occidental, 2004
- 19) Hanus, M., « Évolution du deuil et des pratiques funéraires », Études sur la mort, n° 121, 2002, p. 63-72.
- 20) Bacqué M.F., (2013) Parler du deuil pour éviter de parler de la mort ? La société occidentale face aux changements démographiques et culturels du XXIe siècle. Annales MédicoPsychologiques. 2013 ; (171) :176–181
- 21) Louis Vincent Thomas. La mort. Que sais-je ? ; 2003
- 22) Sigmund FREUD ; Deuil et Mélancolie, Extrait de Métapsychologie Éditions, De Boeck Supérieur ISSN 0765-3697 ISBN 2-8041-4487-9
- 23) Guldin MB, Vedsted P, Jensen AB, Olesen F, Zachariae R. Bereavement care in general practice: a cluster-randomized clinical trial. Fam Pract. 2013 Apr;30(2):134-41.

- 24) Lemkau JP, Mann B, Little D, Whitecar P, Hershberger P, Schumm JA. A questionnaire survey of family practice physicians' perceptions of bereavement care. *Arch Fam Med*. 2000 Sep-Oct;9(9):822-9
- 25) de Montgolfier L. Deuil et médecine générale : enquête auprès de 244 endeuillés adultes. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2013 ;171(3) :189-92.
- 26) PERRIN Elise ; Identification des attentes des patients en deuil envers leur médecin généraliste. Thèse d'Etat de Docteur en Médecine, Université de Nantes ; 2017
- 27) De Jacquelot S. Les Français pensent de plus en plus souvent à la mort. *Le Quotidien du Médecin* 1998 ; 6370 : 32-33
- 28) Harris T, Kendrick T. Bereavement care in general practice: a survey in South Thames Health Region. *Br J Gen Pract*. 1998 Sep;48(434):1560-4.
- 29) Strzalkowski C. Prise en charge du deuil récent en médecine générale. [Thèse de doctorat en médecine [France]]: Université Bretagne Loire, Rennes 1; 2016
- 30) JACOB Katarzyna. Les représentations et la prise en charge du deuil par les médecins généralistes en Drôme et en Ardèche ; [Thèse de doctorat en médecine [France]] : Université Lyon 1 ; 2023
- 31) Charlton R, Dolman E. Bereavement: a protocol for primary care. *Br J Gen Pract*. 1995 Aug;45(397):427-30.
- 32) Catherine Plotton<sup>1</sup>, Julien Maitre<sup>1</sup>, Xavier Gocko. Communiquer avec les patients endeuillés *Revue systématique de la littérature*. *Exerc* 2024;199:30-7.
- 33) Blanchet A., Gotman A. L'entretien. 2<sup>e</sup> Ed. Paris : Armand Colin ; 2007
- 34) Kaufmann JC. L'Entretien Compréhensif. Paris : Armand Colin ; 2011
- 35) Michael A. Dworkind, MDCM, CCFP, FCFP. Bereavement Counseling . The Role of the Family Physician ; *The Canadian Journal of CME* / May 2001;13(5):141-50.
- 36) Plutton C., Maitre J., Gocko X. Communiquer avec les patients endeuillés : *Revue systématique de la littérature*, *exerc* 2024;199:30-7
- 37) Institute of Medicine (US) Committee for the Study of Health Consequences of the Stress of Bereavement. Bereavement: Reactions, Consequences, and Care. Osterweis M, Solomon F, Green M, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 1984.
- 38) Main J. Improving management of bereavement in general practice based on a survey of recently bereaved subjects in a single general practice. *Br J Gen Pract*. 2000 Nov;50(460):863-6.
- 39) Wainwright V, Cordingley L, Chew-Graham CA, Kapur N, Shaw J, Smith S, McGale B, McDonnell S. Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2020 Jan 30;70(691):e102-e110.
- 40) Microsoft Word – European definition\_F.doc – WONCA.pdf [Internet].[cite 14 juill 2017]. Disponible sur : <http://www.parisouest.cnge.fr/doc/WONCA.pdf>
- 41) Ando M, Sakaguchi Y, Shiihara Y, Izuhara K. Changes experienced by and the future values of bereaved family members determined using narratives from bereavement life review therapy. *Palliat Support Care*. 2015 Feb;13(1):59-65.
- 42) Snaman JM, Kaye EC, Levine DR, Cochran B, Wilcox R, Sparrow CK, Noyes N, Clark L, Avery W, Baker JN. Empowering Bereaved Parents Through the Development of a Comprehensive Bereavement Program. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Apr;53(4):767-775

## **ANNEXES :**

### **ANNEXE 1 : Questionnaire sur le profil des participants :**

Age :

Sexe :

Nombre d'années d'exercice :

Mode d'exercice :

- interne / remplaçant / médecin installé

Activité universitaire : oui /non (précision)

Formation ou exercice en soins palliatifs : oui/non (précision)

Milieu d'exercice :

- rural / urbain

**ANNEXE 2 : Lettre de présentation à l'attention des participants :**

COURAT Vincent

(numéro personnel)

(courriel universitaire)

**Objet : Demande entretien thèse Médecine Générale**

Bonjour,

Je suis Vincent COURAT, interne de médecine générale à la Faculté de Médecine de Tours.

Je me permets de vous contacter afin de solliciter votre participation à mon travail de thèse.

Pendant mon internat, j'ai vu en consultation des patients ayant perdu un proche. Ces accompagnements m'ont beaucoup questionné sur la prise en charge du patient endeuillé en tant que médecin généraliste. J'ai donc souhaité réaliser ma thèse sur ce thème.

Ce travail est une étude qualitative basée sur des entretiens individuels et anonymisés d'une durée de 30 à 45 minutes. Un entretien avec vous me permettra de mieux comprendre votre expérience sur le sujet. Les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude. Vous pouvez vous opposer à tout moment à l'utilisation de vos données.

Si vous acceptez de participer ou souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez me joindre par mail à l'adresse : (courriel universitaire), ou par téléphone au (numéro personnel).

Je reprendrai contact avec vous dans quelques jours afin d'obtenir votre retour.

Dans l'espoir d'une réponse positive de votre part,

Cordialement,

Vincent COURAT

### **ANNEXE 3 : Canevas d'entretien :**

#### **1) Racontez-moi un suivi d'un patient endeuillé qui vous a particulièrement marqué**

*Relances : Qu'est ce qui fait que cette situation vous a marqué ? Quels thèmes abordés au cours de votre suivi vous ont semblés importants ? En quoi ces thèmes vous paraissent ils importants ?*

#### **2) Dites-moi ce que signifie pour vous : « accompagner un deuil » en consultation de médecine générale ?**

*Relances : Est-ce que vous voyez d'autres choses que vous mettez derrière cette expression « accompagner un deuil en médecine générale » ?*

*Comment cela se passe avec l'entourage social du patient endeuillé ? Voyez-vous d'autres soutiens qui interviennent ? En voyez-vous d'autres ? Et les autres soutiens ?*

*Et concernant l'administratif et emploi ? Comment cela se passe avec les autres aspects de la vie du patient ?*

#### **3) Que pensez-vous du rapport à la mort des patients ? :**

*Relances : Qu'elle est votre attitude face à des questionnements sur le rapport à la mort ? Pourquoi parlez-vous du rapport à la mort avec vos patients endeuillés ? Que pensez-vous apporter sur le rapport à la mort ?*

#### **4) Qu'en est-il de l'accompagnement spirituel ?**

*Relances : En quoi parler de religion concerne votre pratique médicale ? En quoi un accompagnement spirituel est-il important dans l'accompagnement du deuil ?*

#### **5) En quoi ces éléments font sens pour vous dans votre métier ? Que pensez-vous que cela vous apporte d'aborder ces éléments avec votre patient ?**

*Questions de relance :*

*Et pour vous en quoi cela participe à l'accompagnement ?*

*Et quelle part prend ... dans votre pratique ?*

*Pour quelle raison abordez-vous ... ?*

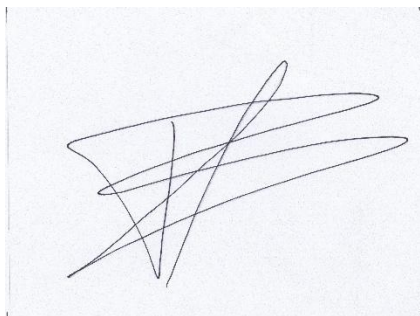
*Comment prenez-vous ... en compte ?*

*Pour quelles raisons réalisez-vous (action) ?*

Avis favorable de la Commissions des thèses  
du Département de Médecine Générale  
en date du 25 Avril 2024

**Vu, le Directeur de Thèse**

Dr Ludivine Barbeau

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned on a light blue background.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de  
Tours Tours, le**



## COURAT Vincent

57 Pages – 4 Tableaux – 3 Annexes

### **Résumé :**

**Introduction :** Le médecin généraliste est l'un des premiers interlocuteurs vers lesquels se tournent les personnes endeuillées. Elles attendent de lui un abord de thèmes divers tels que la finitude, la spiritualité, un soutien psychologique et social, sans forcément de demande de soins somatiques. L'objectif de cette étude est d'explorer les rôles que s'attribuent les médecins généralistes dans l'accompagnement du deuil des patients hors du champ biomédical.

**Méthode :** Etude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative par entretiens individuels semi-dirigés chez neuf médecins généralistes ayant pour expérience commune l'accompagnement d'un patient endeuillé.

**Résultats :** Les médecins généralistes s'attribuent un rôle d'apaisement des émotions négatives par l'ouverture d'un espace d'expression, par l'échange avec le patient sur les circonstances du décès et par facilitation de la mobilisation des ressources internes du patient. Ils évoquent un rôle de coordination du réseau de soutien du patient par la potentialisation du soutien présent et par l'orientation vers d'autres ressources de soutien. Ils facilitent l'adaptation du patient aux perturbations de la vie quotidienne par la réalisation de certaines tâches, par des conseils et un soutien moral. Ils apportent des repères sur le deuil, le rendent réel. Ils norment le processus et normalisent les émotions et besoins tout en prenant en compte la singularité du patient.

**Conclusion :** Les médecins s'attribuent des rôles divers qui illustrent l'approche globale inhérente à la pratique de la médecine générale. Ce travail peut donner aux praticiens des repères sur leurs propres pratiques et sur leurs représentations.

**Mots clés :** Médecin Généraliste, Deuil, Rôle, Accompagnement

### **Jury :**

Président du Jury : Professeur Anne BERNARD

Directeur de thèse : Docteur Ludivine BARBEAU

Membres du Jury : Docteur Clotilde LOISON  
Docteur Cécile RENOUX

Date de soutenance : 26 Juin 2025