



HAL
open science

Ressenti et attitudes des médecins généralistes confrontés à la découverte d'une maladie grave

Claude Scheppler

► **To cite this version:**

Claude Scheppler. Ressenti et attitudes des médecins généralistes confrontés à la découverte d'une maladie grave. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01770895

HAL Id: hal-01770895

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770895>

Submitted on 28 Mar 2023

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Claude SCHEPPLER

Le 04 Novembre 2013

**RESSENTI ET ATTITUDES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES CONFRONTÉS À
LA DÉCOUVERTE D'UNE MALADIE GRAVE**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Président

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ

Juge

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Directeur

Monsieur le Docteur Alain LAUGROS

Juge

Monsieur le Docteur Hervé MARCHAL

Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ
Professeur Michel STRICKER- Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET- Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY

Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER

Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT,

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Professeur de Psychiatrie adulte

Nous vous sommes profondément reconnaissante d'avoir accepté la présidence de cette thèse. Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail, de vos encouragements lors de sa rédaction et des améliorations que vous avez bien voulu y apporter. Nous voulons vous exprimer ici de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ

Professeur de Neurologie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Nous vous sommes reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de l'aide que vous avez apportée à son accomplissement.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Nous tenons à vous exprimer notre sincère reconnaissance pour la confiance que vous nous avez faite en acceptant de diriger cette thèse.

Votre engagement à nos côtés n'a fait que croître au fur et à mesure du temps.

Vos remarques toujours judicieuses et précises ont permis de faire évoluer ce travail, et votre soutien tout au long de sa réalisation ont été d'une aide précieuse.

Pour tout cela, recevez ici l'expression de ma sincère gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Docteur Alain Laugros

Docteur en Médecine

Nous tenons à vous manifester toute notre gratitude pour avoir accepté d'être membre de notre jury de thèse.

Vous avez été pour nous un modèle "du savoir être" du médecin toujours à l'écoute de ses patients et de leur famille.

Nous voulons vous renouveler nos sincères remerciements pour nous avoir permis d'apprendre à vos côtés.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Docteur Hervé Marchal

Maître de Conférences en sociologie, Docteur en sociologie et habilité à diriger des recherches, Laboratoire lorrain de sciences sociales (2L2S)

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Nous voulons vous exprimer notre sincère reconnaissance pour vos conseils et votre grande disponibilité.

Votre soutien et votre enthousiasme nous ont été d'une aide précieuse.

Un immense remerciement aux 19 médecins que j'ai rencontrés lors de ces entretiens,
Vous avez fait preuve de disponibilité en me recevant après de longues et dures journées,
Vous m'avez livré votre vécu sur ce moment difficile de votre vie de médecin,
Merci de m'avoir fait confiance,
Sans vous ce travail n'aurait pu voir le jour.

Je tiens également à adresser un remerciement sincère et profond

Au Docteur Crumbach et à toute l'équipe soignante d'oncologie de Freyming-Merlebach,
Merci de m'avoir tant appris. Je garde un souvenir ému de mon passage chez vous...

Au Docteur Mathieu et au Docteur Masius,
Merci de m'avoir permis d'apprendre à vos côtés.

Au Docteur Munier et au Docteur Dollard,
Merci de m'avoir toujours soutenue lors de ce fameux SASPAS et de le faire encore
aujourd'hui.

Au Docteur Lamouille et à toute l'équipe soignante de soins palliatifs de Nancy,
Merci pour votre confiance et votre soutien lors de mon dernier semestre d'internat.
Chacune de ces belles rencontres m'a permis de grandir et de faire de moi ce que je suis
aujourd'hui...

A William,
Merci pour ton amour de tous les jours,
Merci d'avoir cru en moi quand moi je n'y croyais plus.
Je t'aime.

A Maman et Papa,
Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui, et d'avoir toujours été là à mes côtés
dans les joies et les peines de toutes ces années de dur labeur...
Vous êtes un modèle de réussite pour tous et encore plus pour moi,
Merci d'être vous tout simplement.

Au petit Pitchounet,
Merci pour ton soutien de tous les jours,
Je n'oublierai jamais ces 3 jours à Strasbourg où heureusement tu étais là...
Je serai toujours là pour toi.

A ma petite Soeurette,
Merci de n'avoir jamais douté de moi,
Malgré nos différences, tu resteras toujours dans mon cœur.

A Mamy, Papé et Mine,
Merci pour vos félicitations après chaque examen et pour avoir toujours cru en moi,
Votre reconnaissance et votre soutien m'ont été précieux tout au long de ce chemin difficile.

A Mercedes, Alicia, Jany, Sandra et Véro,
Merci de m'avoir accueillie si chaleureusement dans votre famille,
Votre attention à mon égard et votre soutien m'ont beaucoup touchée.

A Josiane et Dédé,
Merci pour ces si bons moments de notre enfance que nous n'oublierons jamais.

A Marie-Claude,
Merci de nous aimer tous les 5 comme tu le fais depuis si longtemps.

A Adeline,
Merci d'être là depuis toutes ces années et de me comprendre sans avoir besoin de tout dire.

A Noémie,
Heureusement que tu étais là pour cette fameuse bibliographie...
Un grand merci pour ta disponibilité.

A Julie, Valou, Marie, Matthieu et Elise,
Merci d'avoir supporté mon stress avant chaque exam depuis la P1 et d'avoir toujours cru en moi.
Nous avons parcouru ce long chemin ensemble et ce jour tant attendu est enfin arrivé...
Vous serez tous de brillants médecins et je vous souhaite plein de bonheur pour la suite...

A Caro,
Un grand merci à celui qui a permis notre rencontre lors de notre internat.
Sans toi, rien n'aurait été pareil,
Merci pour ton sourire de tous les jours.

A Sophie, Matthieu, Véro et Benoit,
Merci pour ces franches rigolades qui m'ont permis d'oublier un peu les fameuses gardes...

A Senem,
Merci pour ton soutien de ces dernières semaines...
Ça y est, on peut aller allumer notre cierge à Notre Dame...
Enfin, je te souhaite un joyeux anniversaire et beaucoup de bonheur pour la suite.

A Guillaume,
Merci d'avoir supporté mon caractère pendant les 6 derniers mois de notre internat,
Et surtout d'avoir eu les mots pour apaiser mes angoisses et Dieu sait qu'il y en a eu...

A Farid,
Merci de me comprendre et de m'avoir toujours rassurée sur mes choix.

A Elise,
Merci pour ton soutien dans les moments difficiles de la réalisation de cette thèse,
Et surtout un grand merci pour nos fous rires et j'espère qu'il y en aura encore bien d'autres !

A Emilie,
Merci pour ton soutien et ta confiance lors de mon dernier semestre à tes côtés.

A Marc-Antoine,
Merci de m'avoir initiée à la cardiologie encore toute jeune externe que j'étais...
Tu resteras ma belle rencontre de l'externat...

A Fabienne,
Merci d'avoir été une écoute et un soutien de tous les jours dans des moments pas toujours faciles.

A Marie-Jo et Stéphanie,
Merci de m'avoir accueillie si chaleureusement dans votre cabinet.
Vous m'avez permis de prendre confiance en moi... Merci !

Merci à vous tous qui m'avez entourée de votre affection.

SERMENT

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

« Oserait-on encore parler de détresse pour ceux que la douleur et la souffrance n'atteignent
pourtant ni dans leur corps ni dans celui d'un être aimé. »

Martine Ruszniewski

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	22
INTRODUCTION	23
SUJETS ET MÉTHODES	24
RÉSULTATS	25
1. Représentation de la maladie grave pour les médecins	25
2. Situations de découverte d'une maladie grave	26
3. Ressenti des médecins à la découverte d'une maladie grave chez un de leurs patients et facteurs influençant ce ressenti	27
3.1. Ressenti des médecins	27
3.2. Facteurs influençant ce ressenti	29
3.2.1. Facteurs liés au patient	29
3.2.2. Facteurs liés à la relation médecin-patient préexistante.....	32
3.2.3. Facteurs liés à la maladie	33
3.2.4. Facteurs liés au médecin.....	33
4. La perception du rôle de médecin et ses difficultés	34
4.1. Les médecins ont la charge de l'annonce de la maladie grave à leurs patients au quotidien et ils l'assument comme un devoir.....	34
4.2. Le médecin généraliste se sent responsable de l'orientation de la prise en charge et du choix de l'équipe à qui il confie son patient.....	36
4.3. La découverte est le premier temps de l'accompagnement du patient	36
5. Moyens permettant aux médecins de gérer ces situations difficiles	37

DISCUSSION	40
CONCLUSION.....	45
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXES	51
1. Grille d'entretien.....	51
2. Classification des codes d'analyse.....	52
3. Caractéristiques des médecins interrogés.....	58
4. Rédaction sous forme d'article scientifique synthétique en vue de publication.....	59

PRÉAMBULE

En accord avec le Président et le Directeur de Thèse, nous avons décidé de rédiger ce travail sous forme d'article scientifique.

Une version synthétique est proposée en annexe pour la soumettre à publication.

INTRODUCTION

Chaque médecin généraliste est un jour ou l'autre confronté à l'accompagnement de patients atteints d'une maladie grave, et en particulier au moment décisif où le diagnostic en est posé. Nombreux sont les travaux qui mettent en avant les difficultés ressenties par les médecins lors de l'annonce comme l'étude de A. Desauw et al de 2009 [1] objectivant le vécu de l'annonce de mauvaises nouvelles et les stratégies de régulation émotionnelle de praticiens en oncologie. Bien qu'assumée comme un devoir, l'annonce d'une maladie grave n'en reste pas moins une expérience douloureuse pour le médecin. Quelles que soient les recommandations et les procédures standardisées pour annoncer une mauvaise nouvelle comme celles écrites par R. Buckman [2], les médecins appréhendent toujours ce moment.

De la même façon, leurs réactions face à la mort d'un patient font l'objet de nombreux travaux. M. Ladevèze et G. Levasseur (2008) [3] soulignent le contraste des émotions ressenties par les médecins généralistes vis-à-vis de la mort de leurs patients. A ce sujet M. Ruzniewski [4] déclare : « En dépit de la connaissance et de l'apprentissage, de la répétition et de l'accoutumance parfois, l'expérience du voir mourir demeure toujours pour les soignants un trou noir dans lequel s'ensevelissent un à un les efforts accomplis et les échecs successifs, une défaite au regard de l'espoir d'un sujet que la maladie a vaincu en triomphant du soignant lui-même. »

Mais en amont de l'annonce et du suivi de la fin de vie, les médecins sont confrontés à la découverte de la maladie de leurs patients et c'est ce moment particulier de la vie d'un médecin qui fait l'objet de notre travail.

En effet, peu d'études s'intéressent au vécu émotionnel et psychologique des médecins à la découverte d'une maladie grave chez un de leurs patients, alors que ce moment est un temps très particulier où le regard du médecin sur son patient change de registre.

Dans ce contexte n'est-il pas légitime de penser que la découverte d'une maladie grave chez l'un de ses patients suscite chez le médecin un tumulte émotionnel?

C'est l'hypothèse soutenue par P. Le Coz dans son ouvrage 'Le médecin et la mort' de 2006 [5] : « Il n'est pas nécessaire d'être soi-même médecin pour pressentir l'émotion qui peut le gagner lorsqu'il apprend la maladie grave d'un patient qu'il connaît depuis des années. »

Comment la découverte d'une maladie grave est-elle vécue par les médecins?

C'est pour répondre à cette question que nous avons mené cette étude auprès de médecins généralistes. L'objectif en était d'explorer leur ressenti face à cette situation pour mieux comprendre leurs réactions et en apprécier le retentissement dans la relation médecin-patient.

Cette réflexion nous permettrait peut-être d'améliorer la qualité de la relation médecin-patient par une meilleure gestion des émotions du médecin.

Certains pourraient peut-être y trouver un soutien pour surmonter ces moments douloureux de leur vie professionnelle.

SUJETS ET MÉTHODES

L'objectif de ce travail était d'explorer le ressenti et l'attitude des médecins généralistes lorsqu'une maladie grave était découverte chez un de leurs patients.

La méthode choisie a été une démarche qualitative fondée sur la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés qui ont eu lieu de septembre à décembre 2012 auprès de médecins généralistes de Moselle et de Meurthe et Moselle.

Afin d'assurer une bonne diversité dans notre groupe d'étude, des médecins d'âges et de sexes différents ont été contactés par téléphone sur leur lieu de consultation. Ils exerçaient soit seul, soit en cabinet de groupe. Ils étaient installés depuis peu ou depuis plus longtemps, certains au contraire étaient en fin de carrière. Leur exercice pouvait être urbain pour les uns, rural ou semi-rural pour les autres. Ainsi les sources des données recueillies étaient variées.

Nous leur avons demandé de nous accorder un entretien dans le cadre d'un projet de thèse de médecine générale.

Les entretiens avaient lieu au cabinet ou au domicile des médecins et débutaient par une question sur les critères définissant une maladie grave. Puis il était demandé au médecin de se remémorer le cas d'un patient chez qui il avait été découvert une maladie grave. Il était invité à décrire les circonstances de cette découverte, son ressenti vis à vis de celle-ci. Il était conduit à évoquer l'annonce de la maladie, son attitude vis-à-vis de son patient et de l'éventuelle modification de leur relation après cette révélation. Ensuite, chaque médecin était interrogé sur la possibilité que cet exemple soit ou non représentatif de son expérience habituelle dans ces circonstances. Enfin, il était invité à préciser s'il se sentait plutôt seul ou plutôt soutenu dans ces moments.

Les entretiens étaient enregistrés après accord oral du médecin interrogé. Les récits des deux interlocuteurs ainsi que les manifestations émotionnelles de l'interviewé étaient intégralement retranscrits. Les médecins étaient informés que les données seraient rendues anonymes et ne seraient utilisées que pour la réalisation de notre travail.

L'analyse du contenu des retranscriptions a privilégié l'analyse thématique et a été réalisé selon la méthode dite de « triangulation ». Deux observateurs (étudiant-directeur de thèse) ont analysé séparément le verbatim des entretiens pour obtenir une classification des idées exprimées selon plusieurs thèmes.

RÉSULTATS

Parmi les vingt-sept médecins généralistes sollicités, vingt ont répondu favorablement. Sur les sept qui ont refusé, cinq ont invoqué un manque de temps, et deux ont transmis leur réponse par leur secrétaire sans aucune explication. Un des vingt médecins ayant répondu favorablement n'était pas présent le jour du rendez-vous et n'a donc pas été interrogé.

Dix-neuf médecins ont finalement été interrogés dont les caractéristiques ont été regroupées dans un tableau (Annexe 3).

L'analyse des entretiens décrite ci-dessus nous a permis de mettre en avant plusieurs thèmes :

- La représentation de la maladie grave pour les médecins
- Leur expérience de situations de découverte de maladie grave chez leurs patients
- Leur ressenti à la découverte d'une maladie grave et les facteurs qui l'ont influencé
- La perception du rôle de médecin et ses difficultés
- Les moyens leur permettant de gérer ces situations difficiles.

1. Représentation de la maladie grave pour les médecins

Si la plupart des médecins s'interrogent sur les maladies qu'ils considèrent comme étant des maladies graves, **la mise en jeu du pronostic vital** est citée de façon unanime.

« Est-ce qu'une gammopathie monoclonale chez un homme de 40 ans c'est grave?... » M7L477 « ... une maladie qui met en jeu le pronostic vital... (Grande inspiration) » M8L3

Le retentissement sur la vie quotidienne et la lourdeur des traitements sont deux autres critères évoqués. *« ... une maladie qui va compromettre son avenir, qui va compromettre son avenir professionnel, familial et puis et puis et puis compromettre sa vie. » M7L12*

« Une maladie qui va durer longtemps... avec des soins lourds. » M6L4

Le cancer est considéré par tous comme la maladie grave par définition. Les pathologies cardiovasculaires comme l'infarctus ou l'embolie pulmonaire apparaissent au second plan.

« Bon évidemment cancer, mais sinon ça peut être diabète, infarctus machin comme ça, c'est quand même euh... » M4L13, « J'avoue que c'est quand même plus le CANCER (insiste sur le mot cancer) qui va, parce que... la résonance elle est très négative pour les gens. » M7L486

Les pathologies dégénératives et les pathologies démentielles sont plus rarement citées.

« Vous avez l'autre versant où vous avez les pathologies dégénératives comme les ss... par exemple les scléroses en plaque ou les scléroses latérales amyotrophiques, là c'est pareil. » M18L502, « Après il y a tout ce qui est démence, là aussi c'est difficile. » M6L211

Un seul des médecins évoque la découverte d'une maladie psychiatrique (autisme) chez un de ses patients.

2. Situations de découverte d'une maladie grave

- Plusieurs **circonstances** marquantes de découverte sont mises en avant :

La découverte peut être attendue, où médecin et patient s'attendent au diagnostic.

« En général, ils s'y attendent parce que bon le diagnostic on l'a... mais on l'a parce qu'on l'a cherché quand même, donc ils savent bien ce qu'on cherche hein donc euh... » M4L406

« 'On les adresse aussi pour des examens en ayant ...' 'une arrière-pensée bien sûr... On prépare un peu le terrain...' » M7L376

Par opposition, il y a **la découverte inattendue**, où le médecin réalise un examen complémentaire sans arrière-pensée et celui-ci révèle une maladie grave.

Ils le vivent pour certains comme un choc, pour d'autres plutôt comme une déception.

«... Il y a aussi des découvertes de maladie grave chez des gens jeunes, auxquelles on ne s'attendait pas du tout. On se dit : je l'envoie faire un examen complémentaire, mais de toute façon je sais bien qu'il a rien... ah pis, alors ! Quand il a quelque chose là... On tombe, on tombe des nues parce qu'on se dit : c'est pas possible, quoi... » M6L335

«... Parfois on a fait l'examen complémentaire justement pour éliminer, et puis c'est là que ça rentre et que c'est positif ! Bon ben, il y a de la déception hein... on est déçu, non pas pour soi puisqu'on a fait la bonne démarche... on est déçu pour la personne que ça va toucher hein... » M11L248

En général, la découverte est d'autant plus mal vécue qu'elle a lieu devant le patient.

« On ouvre le scanner, on ouvre l'enveloppe et puis le patient il est devant nous, quoi... On n'a pas le temps de ... c'est souvent comme ça en fait. » M3L201

Enfin, quelques médecins mentionnent **la découverte par un tiers** et le sentiment de culpabilité qui peut en résulter.

« Quand on apprend une maladie grave d'un de nos patients, alors qu'on n'a pas fait le diagnostic et qu'il est fait par autrui, hôpital ou autre, on se pose aussi des questions et notre ressenti est très fort... Culpabilité, euh ! Négligence. » M13L544

- **L'intuition** du médecin est un élément récurrent dans les entretiens.

Parfois **l'intuition du médecin peut le conduire à poursuivre ses investigations** malgré une situation d'allure rassurante. *« Il y avait aussi le fait que je me suis dit : tiens, comment ça se fait que t'as demandé cette prise de sang... je crois que c'est peut-être encore ça qui m'a marqué le plus, quoi, je dirais parce qu'effectivement... c'était quelque chose d'irrationnel, quoi. » M10L315*

D'autres fois, le médecin peut avoir **l'intuition d'une gravité dès la première entrevue**.

« Elle a pris 20 ans en 3 mois, quoi, donc, euh... C'était pas la même personne. Il y avait quelque chose clairement, il y avait quelque chose !... 'Vous avez tout de suite imaginé quelque chose de grave, vous, dans votre tête?' ... Oui, elle avait le teint aussi... » M9L133

Cette intuition pouvant être **renforcée soit par la crédibilité que le patient a auprès de son médecin, soit par l'inquiétude familiale.** « *Mais, ce qui est bizarre, ça fait une semaine... Je suis toujours pas bien* » qu'elle me dit, *'je suis nauséuse et pis, j'ai mal à la tête'* et euh, *c'est pas une dame migraineuse, c'est pas une dame qui se plaint, c'est vraiment, je la vois jamais, quoi, si ce n'est pour son renouvellement de pilule.* » M9L197
« *Comme la fille c'est pas non plus du genre à s'inquiéter... donc pour qu'elle s'inquiète pour son papa, c'est qu'il y avait quand même quelque chose de... (Silence 2 sec)* » M3L175

Pour certains médecins, il est difficile de se résoudre au diagnostic malgré cette intime conviction. « *... J'espérais bien me tromper, mais je me disais qu'il y avait quand même tout un faisceau d'arguments qui me faisait penser que, que c'était quand même bien ça lundi, quand il m'a appelé... et là je me suis dit : oh ! non ! C'est pas vrai, mais en même temps, je me disais, c'était.... c'était une... une évidence quelque part...* » M9L149

- La **charge de travail** que vivent certains médecins les met dans des situations délicates avec l'angoisse de passer à côté d'un diagnostic grave.

« *... on sait qu'est-ce que ça va aussi impliquer dans sa vie à soi, parce que moi des, des gros patients, j'avais jamais envie d'en avoir plus de 2 ou 3 ensembles parce que... »* M7L181, « *Il y a quand même des patients que je vois plus souvent que mes parents... »* M3L633, « *Il y a toujours une angoisse de... quand il y a beaucoup de monde comme ça, que les consultations sont très tenantes comme c'est le cas de plus en plus, plus les heures d'avant de visites à domicile et tout, de passer à côté de quelque chose, ouais ça c'est, ça c'est une angoisse que j'ai depuis toujours, depuis que je suis médecin et j crois que je l'aurai toute ma vie de toute façon!* » M19L245

3. Ressenti des médecins à la découverte d'une maladie grave chez un de leurs patients et facteurs influençant ce ressenti

3.1. Ressenti des médecins

- La **modification de la relation médecin-patient** est au cœur du discours de tous les médecins.

Une **relation renforcée** et l'instauration d'un véritable lien de **confiance** prédominent dans ces situations. « *On tisse quand même des liens avec tous ces patients qui ont une maladie grave. C'est terrible (petit rire ironique), faut attendre que la maladie soit grave pour que les liens soient encore plus, plus tenus...(lapsus : voulait probablement dire plus fort)* » M3L629
« *Dans ce cas particulier elle (la relation) s'est modifiée parce que nous en sommes venus à créer un lien de confiance plus renforcé, un lien d'amitié, un lien de mutuelle compréhension... Ça vient par la relation médecin-malade, par la communication entre le médecin et le malade et la confiance qui s'installe.* » M13L192

La force de cette relation est parfois comparée à celle d'une relation de **famille**, mais en gardant une distance par le fait que ceci est limité au temps de la maladie grave.

« Mais, il y en a, c'est comme si c'était quelqu'un de notre famille, quoi, donc, euh » M6L134,
« Ils font partie de ma famille un temps de leur histoire, le médecin DE famille et on fait partie de leur famille un temps de l'histoire, un temps de LEUR histoire. » M7L289

Seuls quelques-uns n'ont pas le sentiment d'un changement.

« Non j'ai pas eu le sentiment que quelque chose était changé... » M8L84

- **Les émotions et les sentiments** exprimés sont par contre plus contrastés.

Les sentiments d'**injustice** et d'**impuissance** face à ces situations sont exprimés unanimement. « Je suis comme tous les êtres humains, la première chose qu'on peut avoir comme ressenti, c'est la notion d'**INJUSTICE** (insiste sur le mot) la notion d'injustice dans l'apparition d'une maladie grave : pourquoi elle, pourquoi à ce moment ? » M13L265

« Un sentiment d'impuissance, je me suis senti inutile, impuissante et c'est frustrant quoi. » M6L78

Le sentiment d'**échec** et la **déception lors d'un retard de diagnostic** sont cités par plusieurs médecins.

« ... C'est aussi que moi, je me dis que j'ai pas été à la hauteur des événements. » M2L229,
« Ben, je me suis dit que c'était quand même con d'attendre d'être à ce stade là pour faire quelque chose quoi. » M4L160

La **culpabilité** est présente dans la plupart des discours, renforcée selon le cas par les accusations du patient ou de ses proches.

« Oui, de toute façon, il y a.... chez moi il y a toujours un sentiment de culpabilité, même s'il ne dure que quelques secondes, je dirais, mais effectivement la première chose que je me dis, c'est 'Est-ce que j'ai fait tout ce que je pouvais, est-ce que je suis pas passée, quoi, j'ai laissé traîner ? Est-ce que ?... ' » M10L182, « Je me suis fais incendier :... 'Je ne veux plus avoir à faire à vous, je veux avoir un bon médecin ! Jamais, vous m'avez fait faire de prise de sang'... (Grand soupir) » M7L570

La notion de **responsabilité et le renforcement de la peur de passer à côté d'un diagnostic grave** est un point important.

« J'me dis toujours : on a pas le temps de rater, on est pas comme... on est entouré de personne, donc on a pas beaucoup le, j'dis pas le droit à l'erreur, c'est pas ça, mais on doit prendre des décisions très vite et quasiment être sûr de ce qu'on est en train de faire, il est très difficile de rattraper le coup dans ces cas là... c'est de rappeler les gens et dire 'au fait j'me suis trompée, il faudrait refaire des examens et tout ça' » M19L250

«... Voilà c'est tout donc, c'est la crainte ! (Grand soupir) Heureusement je l'ai envoyé....on a peur nous hein... » M2L456

L'impact personnel est indéniable. « *Je crois qu'on pourrait en discuter à bâtons rompus, parce qu'effectivement, il y a des tas de choses à dire sur le sujet, mais je crois qu'on n'est pas indifférent à la maladie de ses patients.* » M7L637

Malgré une volonté de prendre du recul, certains sont affectés personnellement.

« ... moi, ça me touche parce que moi, j'ai du mal à prendre encore même au bout de tant d'années, j'ai du mal à prendre du recul. Je... ça me fait quelque chose, ça me fait toujours quelque chose... *Que ce soit une maladie curable ou incurable.* » M18L200

« *Je pense que je ne prends pas assez de recul, je prends trop les choses à cœur malgré qu'on m'ait dit qu'il fallait qu'on se blinde, et on y arrivera ja... enfin moi, j'y arriverai jamais.* » M18L379

Il leur arrive parfois de repenser à leurs patients gravement malades lorsqu'ils sont à leur domicile et dans certains cas ils évoquent même un **retentissement sur leur sommeil**.

« *Je sais qu'on devrait prendre du recul, et que des fois, ça devrait pas arriver, mais moi, ça m'arrive d'en rêver la nuit par exemple, si c'est vraiment quelqu'un qui me touche... au moment de la découverte ou que ça se passe mal ou voilà quoi.* » M6L139

« *Quand une tuile comme ça m'arrive, bon, c'est une petite nuit d'insomnie, mais après... bon, quand même, hein* » M14L397

Seuls quelques-uns se disent peu préoccupés en rentrant chez eux.

« *Ouais, alors, il y a des choses oui, bien sûr qui, ou quand il y a des choses en cours, disons où, voilà où j'ai l'esprit un petit peu surchargé ou des choses qui remontent mais très, très clairement, je laisse tout ce que je peux au cabinet avec relativement euh... beaucoup de facilité (sourire gêné)* » M15L209

Certains médecins gardent de façon volontaire un **discours positif**. « *J'ai pas été si triste que ça, moi je suis toujours hyper positive moi... ils vont tous s'en sortir, hein ! C'est obligé, hein ! Je suis là pour ça ! (rire)* » M17L317

3.2. Facteurs influençant ce ressenti

3.2.1. Facteurs liés au patient

- **L'âge** du patient est un des facteurs le plus influent.

Plusieurs des médecins pensent être **plus affectés lors du diagnostic d'une maladie grave chez un enfant**.

« *Si jamais j'arrivais, si jamais je devais diagnostiquer un truc comme ça chez un gamin comme ça, je pense que je serais malheureux. C'est un peu ma hantise de médecin... C'est ma hantise de médecin, de toute manière, je le dis clairement et régulièrement ma hantise c'est de découvrir un truc comme ça (plus fort).* » M1L202, « *J'ai pas été confronté depuis très, très longtemps, par exemple à une pathologie super grave chez un enfant... auquel cas je pense que c'est beaucoup plus difficile.* » M5L117

« Ben, c'est sûr qu'effectivement je vais être beaucoup plus affectée par, euh, par une découverte de leucémie chez un enfant que chez une personne de plus de 80 ans... ça c'est évident... (Parle plus doucement) » M10L208

Certains ont des propos plus nuancés, alors qu'un seul pense ne pas être influencé par l'âge de ses patients. « Non quelqu'un qui a une maladie grave qu'il soit jeune, vieux c'est pareil hein... (Silence) C'est pas parce que vous êtes vieux que c'est pas grave c'est euh... » M6L183
« Bon après c'est vrai que ça touche plus quand c'est des enfants ou des jeunes mais euh non moi c'est pareil, quel que soit l'âge. » M6L190

« Je veux dire bon c'est vrai que ça m'a jamais, je me suis jamais sentie en révolte parce qu'un jeune était gravement malade... même avant, je veux dire... » M16L325

- L'**hygiène de vie** du patient est également un élément influençant la perception de la maladie.

Nombreux sont ceux qui disent se sentir **moins empathiques et moins affectés lorsqu'ils découvrent un cancer du poumon chez un patient fumeur par exemple.**

« Je dis pas que celui, que je pense que celui de 60 ans qui a clopé toute sa vie mérite ce qu'il a... mais (plus fort)... J'aurais moins de... je, je (bafouillage) moins d'empathie envers lui qu'envers celle qui a jamais fumé du tout... C'est peut-être un peu dur ça mais je crois que c'est vrai. » M1L278

Le sentiment d'**injustice** est augmenté lorsqu'il s'agit d'un patient n'ayant pris aucun risque et chez lequel on découvre une maladie grave.

« ... mais bon, c'est toujours pareil, on se dit : c'est pas normal, ça tombe sur elle, c'est une dame qui est gentille en plus, qui est très gentille et ça tombe sur elle, elle a jamais fumé, elle a jamais bu, elle a, voilà, c'est ça qui est un petit peu la révolte du médecin qui est en face du cas... un sentiment d'injustice... d'injustice, oui, mais bon, ça, VOILA! » M12L82

Un des médecins évoque la **recherche d'une « faute »** du patient comme un moyen de défense lui permettant de mieux gérer ces situations. « Après, c'est aussi je pense un moyen de, euh, de défense... quand ça arrive comme ça et que, et ben là, on peut pas rejeter la faute sur quelque chose, alors que pour cette dame là, évidemment, il y a de la compassion, il y a tout ça ... mais en même temps ça permet de mettre un... » M9L397

- Les **conditions socio-économiques et familiales** sont évoquées quelquefois comme aggravant le poids ressenti par le médecin en face de la maladie grave.

« ... quelqu'un qui est une femme qui a des enfants, 3-4 enfants, monoparentale, qui vit toute seule, qui est atteinte d'une maladie grave, euh, d'un cancer du foie par exemple... ben... ça sera à mon avis plus dramatique qu'une bonne dame bourgeoise, bien installée dans la vie, qui n'a plus d'enfant à charge, qui a encore son mari, qui sera bien entourée, que cette pauvre femme qui dans la société est tout à fait, euh, EXCLUE... donc il y a les problèmes économiques, sociaux qui interviennent, qui rentrent en compte. Donc tout ça va jouer sur mon ressenti. J'aurais plus tendance, tendance à plaindre d'une manière plus intense, une

personne dans... la ... déshérence sociale, dans le... l'absence de ressource... que une personne, une bourgeoise ou qui est... bien entourée.» M13L309

- Le ressenti des médecins est également influencé par **le comportement des patients**.

Le déni du patient de la gravité de la situation ainsi que **le refus de soins et de prise en charge** sont mal vécus par la plupart des médecins avec parfois même un sentiment de culpabilité. *« Moi j'ai vu des gens redescendre du CAV... le médecin mettant dans sa lettre le patient est informé du diagnostic, et le patient vous dire 'il m'a bien dit le docteur c'est pas un cancer' (tape sur la table), donc, il y a ce que les gens veulent bien entendre, tout dépend aussi de la réaction des gens.» M7L398, « Vous savez convaincre les gens de faire des examens, ils s'y refusent hein... C'est dur pour vous parce que vous vous dites : comment j'aurais pu essayer de la convaincre ? Qu'est-ce que je pouvais faire ? C'est des personnes relativement âgées, mais malgré tout ça... » M2L310*

La charge psychologique du médecin est modulée par le mode de réaction du patient.

« Alors, ou le malade est tout à fait impassible et ne réagit pas et ne prend pas conscience de la gravité de la maladie, ou au contraire, il est très anxieux, avant même l'annonce, c'est un patient anxieux, donc c'est en fonction de son profil que moi je vais avoir un ressenti qui va en MIROIR m'intercepter, intervenir sur ET mon comportement ET mon vécu! » M13L36

Seul un médecin arbore une philosophie d'acceptation des décisions de ses patients.

« Je crois aussi que, en tant que médecin on doit jamais imposer (Silence 2 sec) ; on, on doit convaincre, on doit aider, mais en tout cas on peut pas IMPOSER... euh... des soins, à des gens qui sont sensés et qui n'en veulent pas !... et là est toute la difficulté effectivement de, de savoir ACCEPTER l'acceptation de l'autre... euh... parce que moi j'ai des gens qui m'ont dit 'je ne me soigne pas !' » M16L419

L'attitude de certains patients qui placent le médecin ayant fait le diagnostic sur un piédestal et **le considèrent comme « un sauveur »** est parfois source de malaise.

« En fait pour elle je... je lui ai sauvé la vie... 'Vous m'avez écoutée'... ouais, je sais pas, c'est peut-être un coup de chance, je sais pas... je (Marmonne), mais en tous cas... voilà, je suis sa sauveuse et je lui dis : mais non, je suis pas votre sauveuse, quoi, j'ai fait mon métier... en même temps, c'est vrai que je suis super flattée de ça, mais... mais c'est juste, c'est juste mon métier, quoi... Faut pas non plus que j'imagine que je suis Dieu et que voilà.» M9L235

« Donc, après effectivement sa mère, bon euh, j'étais un peu sur un piédestal, ça, je le reconnais... et effectivement bon, elle considérait que j'avais sauvé son fils, bon, j'ai horreur d'avoir cette position de sauveur, mais... (dit-elle gênée)» M10L304

3.2.2. Facteurs liés à la relation médecin-patient préexistante

- **L'antériorité de la relation** suscite des avis divergents.

En effet, la découverte d'une maladie grave chez un patient suivi depuis longtemps est ressentie comme douloureuse pour la plupart des médecins. « *Ben, le ressenti sera beaucoup plus fort si c'est une personne que je suis depuis longtemps.* » M2L221

Selon certains, elle a l'avantage de permettre une meilleure approche des réactions de son patient. « *C'est plus facile pour moi si je connais le patient et si je sais déjà comment il va réagir.* » M3L432

Le vécu est moins douloureux chez un nouveau patient mais dans ce cas c'est la difficulté vis-à-vis de la méconnaissance de ses réactions qui est mise en avant.

« *Ça peut être un avantage enfin entre guillemets, dans le sens où on est peut-être un peu moins impliqué... enfin affectivement... mais bon, c'est vrai que d'un autre côté on le connaît moins, donc c'est un inconvénient aussi... parce qu'on connaît pas forcément justement sa façon de réagir.* » M8L295

- La préexistence d'une relation de **sympathie avec certains patients rend plus pénible la découverte.**

« *Il y a des gens qui sont adorables et puis il y a des gens qui sont super 'casse-bonbons' et j'dis pas que c'est toujours sur ceux là qu'il faut que ça tombe, parce qu'on ne souhaite la poisse à personne, mais quand c'est des personnes avec qui vous avez plus d'affinités, c'est vrai que c'est plus compliqué, c'est plus dur, et ça fait mal aux tripes.* » M18L193

- La souffrance devant la **découverte d'une maladie grave chez un ami ou un membre de sa famille est signalée par tous.** C'est pourquoi certains refusent de les prendre en charge, alors que d'autres adoptent une attitude professionnelle pour éviter de polluer la prise en charge du patient par leur implication affective.

« *Quand vous trouvez un truc chez un copain, ça fait toujours... c'est toujours un peu pénible... (Chuchotement) c'est quand même toujours un petit peu pénible.* » M1L295,
« *Quand vous soignez votre famille c'est terrible, vaut mieux pas soigner sa famille, parce que le jour où ça va pas, où vous êtes passé, alors là c'est dramatique, c'est encore plus dramatique pour vous si c'est un de vos proches (sous entendu le jour où vous êtes passé à côté)* » M2L265

« *Quand je vais le voir en tant que médecin, sa femme, elle ne comprend pas que je lui parle pas! ... je lui parle pas comme un ami, mais je lui parle comme un médecin... je sais pas c'est comme ça.* » M11L414

3.2.3. Facteurs liés à la maladie

La **gravité** de la maladie découverte et son **évolution** influencent quasiment tous les médecins interrogés.

« Là c'est difficile surtout pour un cancer où on sait que... la, la survie n'est pas toujours au rendez-vous ; pour le cancer du poumon, il y en a finalement très peu qui en réchappent, quoi, donc euh. » M18L275

Il apparaît évident pour tous que le **cancer de la prostate** est considéré comme **moins grave**.
«... Il a un adénocarcinome, il a 80 ans, c'est pas dramatique, il mourra pas de son cancer de la prostate, mais enfin, il a un cancer.» MIL88, « J'ai pas découvert une leucémie à un enfant, quoi ... C'est pas, c'est pas la même chose... » MIL113

« ...Cancer de la prostate, bon, c'est hum... (se racle la gorge) c'est souvent moins grave et plus... le pronostic est moins réservé, mais... (Silence 5 sec) » M14L235

« Après... après tout dépend du cancer... je ... alors par rapport au ressenti, par rapport à une pathologie grave, si on part sur le cancer de la prostate, c'est quelque chose que je relativise plus. » M18L478

3.2.4. Facteurs liés au médecin

- **L'identification et la projection** du diagnostic du patient est inévitable pour plusieurs médecins.

«...dans tout ce qui est cancer du sein, il y a automatiquement... je suis touchée en tant... pas seulement en tant que médecin, mais en tant que femme, et en tant que risque éventuel pour moi.» M10L101

« Bon après il y a d'autres choses aussi qui peuvent intervenir de façon consciente ou moins consciente, parce que ça nous renvoie aussi quelque part à, à nous même et donc aussi à la peur qu'on peut avoir de mourir, ou la peur de la maladie. » M8L169

- Deux d'entre eux ont **vécu personnellement** la souffrance de la maladie grave, ce qui les influence lors des diagnostics graves de leurs patients.

« Alors...(Hésitante) si je vais dans le... c'est anonyme tout ça ? Si je vais jusqu'au fond, en fait, j'ai un enfant qui a un cancer, et euh et c'est pas... voilà lui, c'est... je vais me mettre à pleurer hein, c'est pas... Non mais, voilà, ça lui est tombé dessus aussi, et c'est juste pas juste, et des fois, quand c'est des gens, ils ont tout fait pour que ça arrive, en même temps c'est, euh... Voilà (rire pour dissimuler qu'elle est touchée, yeux brillants). » M9L378

« L'ANGOISSE de toute façon... elle est pas toujours dans l'annonce du diagnostic... et parce que j'ai fait un cancer, je peux aussi vous en parler. » M16L101

- **L'expérience** influence également le ressenti avec une certaine mise à distance des sentiments avec le temps.

« ... au fur et à mesure de la pratique de la médecine, au fur et à mesure je dirais, du temps qui passe, on a de moins en moins d'émotions... parce qu'on est obligé d'avoir une réflexion philosophique sur la vie et on est obligé de se... DISTANCER si on veut rester un professionnel et un soignant. » M16L30

- La **satisfaction intellectuelle** après le diagnostic ayant conduit à la découverte d'une maladie grave chez un de ses patients est rarement exprimée et elle est relativisée par rapport à la gravité de la situation du patient.

« Ben, j'ai trouvé quelque chose, j'ai fait du bon boulot, je suis un bon docteur parce que j'ai creusé, parce que... c'est assez paradoxal ça (ironique)... c'est le côté paradoxal. » M7L523,
 « Qu'est-ce qui aurait comme maladie, qu'on trouve, où on ferait un brillant diagnostic et euh ... (réfléchit) je trouverais pas comme ça, mais, euh, il y a des fois la satisfaction intellectuelle, hein. » M7L532

4. La perception du rôle de médecin et ses difficultés

- 4.1. Les médecins ont **la charge de l'annonce de maladie grave** à leurs patients au quotidien et ils l'assument comme un devoir.

« C'est quelque chose qui est à faire et qui est pas, qui est pas facile à faire, qui est pas marrant et euh voilà, mais qu'il faut faire absolument pour les gens parce que c'est, c'est un devoir. » M3L264, « Maintenant, si vous voulez, je l'assimile comme une obligation de le dire ... un devoir, ouais. » M11L159

Elle est parfois faite **par le spécialiste** et dans ce cas reprise par le médecin généraliste dans un second temps. « Par contre le spécialiste en général annonce mais n'explique pas bien ou alors ils veulent pas entendre... On reprend un petit peu tout ça à plat. » M6L270

Mais trop souvent les généralistes ont le sentiment qu'on leur **délègue cette charge**.

« Et alors là, je suis désolé pour mes amis spécialistes, mais quelquefois (sifflement), on vous passe le bébé hein » M2L307

Souvent ils se **questionnent sur la meilleure attitude** à adopter : « Qu'est-ce que les patients sont capables d'entendre ? Et c'est ça le plus d... le plus compliqué (voulait probablement dire le plus douloureux) c'est qu'est-ce que le patient ou la patiente est capable d'entendre ? Comment annoncer une pathologie grave à quelqu'un ? Comment lui dire ? Que lui dire ? Quoi lui dire ? » M18L104

La majorité des médecins interrogés prônent une **annonce vérité** mais toujours **progressive**.
«... dans ce qui est du... (Silence 2 sec) de l'annonce, je suis pas pour tourner autour du pot, parce que je me dis que les gens sont tellement... je pense qu'ils sont plus en confiance si on leur dit clairement les choses.» M9L75

« Bon alors... bon moi je, je tiens toujours le langage de la vérité au patient.» M12L89
« Rassurer en restant professionnel, c'est-à-dire rassurer en étant juste... il s'agit pas de leur dire 'mais si vous verrez tout ira bien alors que non' ça va pas être le cas ! Donc euh... je crois.... il faut être dans la vérité.... mais pas dans une vérité brute ! Il faut savoir moduler sa façon de dire les choses et... être un peu dans l'empathie, quoi, je veux dire.» M16L241

Parfois ils prennent la décision de **ne pas annoncer sa maladie** au patient après concertation avec sa famille. Mentir pour protéger l'autre comme l'évoque ce médecin : «... Il faut pas oublier qu'il y a aussi tout le contexte de la famille qui est là, et qui est à côté, et où il y a le **MENSONGE** pour éviter la souffrance à l'autre, donc, on s'enferme dans des mensonges qui sont des sources de souffrances multipliées puisque chacun ment à l'autre par amour.» M16L134. Cette décision de dissimuler la vérité peut être, à l'expérience, regrettée: « Sa femme avait dit : 'faut pas lui dire !' ... donc, j'étais jeune... sa femme m'avait dit : faut pas lui dire et moi je suis rentré dans ce jeu là, idiot ! UNE fois, hein, pas deux... » M11L176

L'annonce d'un pronostic suscite le débat : Si beaucoup se sentent incapables d'affirmer un délai d'évolution, certains pensent que le patient a le droit de savoir et de pouvoir prévoir.

« Et justement, je dis, je peux pas dire parce que j'ai vu tellement de choses où c'était parti pour être... peu de temps, à court terme et pis en définitive, ça devient du moyen terme, et pis des choses qui devaient être du moyen terme deviennent du court terme.» M18L770

«... Moi ça m'est arrivé de voir des patients qui m'ont dit 'moi je veux vraiment savoir ce que j'ai...' certains : 'je veux vraiment savoir quel est le pronostic...' j'ai quelqu'un une fois comme ça qui m'a vraiment impressionné, hein, qui m'a dit : moi j'ai des choses à faire, des choses à régler si, si je sais que je dois plus être là dans 2-3 mois... il y a des gens qui sont quand même assez, enfin en tout cas qui montrent... une force de caractère qui est assez impressionnante.» M8L244

Dans tous les cas, c'est un **moment difficile** pour les médecins et certains l'**appréhendent**.

« On appréhendera toujours, on appréhende toujours, je pense... c'est euh, pas, pas... pas prendre les bons termes, pas être trop comme on disait tout à l'heure trop rassurant, trop alarmiste non plus, c'est ça qui est le plus, c'est le côté le plus... pas donner de faux espoirs et pas être trop... trop alarmiste, trop défaitiste non plus.» M18L676

« C'est pas facile, c'est un moment... qui est quand même pesant.» M8L264

« Pour moi, ça reste toujours un... ça reste toujours très difficile. Je peux pas annoncer ça à quelqu'un sans avoir de, de, de sentiments, c'est très ... non.» M19L197

L'un d'eux exprime même son soulagement lorsque l'annonce est faite par quelqu'un d'autre.
«... mais le sale boulot a déjà été un petit peu fait, donc des fois, c'est sympa de passer en deuxième, quoi...» M6L282

Deux médecins seulement n'appréhendent pas ce moment.

« *Oui j'ai toujours eu... J'ai jamais APPRÉHENDÉ ... ce moment là. JAMAIS.* » M16L470

4.2. Le médecin généraliste se sent responsable de l'orientation de la prise en charge et du choix de l'équipe à qui il confie son patient.

« *... là c'est très grave ET je vous envoie directement chez le Pr X à Villejuif (cancérologue)* » M11L38

4.3. La découverte est le premier temps de l'accompagnement du patient. Globalement, il est perçu comme difficile, avec une prise en charge de la famille qui s'ajoute à celle du patient.

« *C'est des gens que vous êtes amenés à revoir... et ACCOMPAGNER en plus, parce que le spécialiste va le voir pour les traitements, mais en définitive, qui c'est qui gère le plus ? C'est quand même le médecin généraliste, donc... faut se mettre une coque, et c'est très difficile de se mettre la coque et se blinder c'est fffouuu (souffle)* » M18L424

« *C'est vrai que c'est pas simple, c'est pas la partie la plus agréable de la médecine, je suis honnête avec vous, hein!* » M19L237

Cet accompagnement est perçu comme un **soutien dans une attitude empathique**, par une approche psychothérapeutique, mais également par la délivrance de soins de support.

« *Faut quand même être le pilier et savoir que les gens peuvent aussi compter sur nous et parfois n'importe quand, quand il y a besoin.* » M9L509

« *Accompagner toujours, guérir parfois, soulager toujours, guérir parfois!* » M14L217

« *... il y a tout l'aspect psychologique, affectif, relationnel qui rentre en jeu... donc euh je suis obligé moi d'avoir une certaine empathie... c'est-à-dire partager la douleur mais en restant relativement euh, partager la douleur et l'angoisse surtout à ce stade, en restant quand même médecin et à distance aussi de ses réactions... mais en les prenant quand même en compte.* » M13L124

Le soutien dans le **combat contre la maladie** est mis en avant par certains médecins interrogés.

« *Je lui dis : par contre là, maintenant, je vous dis qu'il y a un cancer probablement à 99 % ... mais on baisse pas les bras et... et on se bat quoi... c'est ce que je lui expliquais, que j'étais intimement convaincu que le moral jouait pour beaucoup et qu'il fallait qu'on y aille, et puis qu'on va faire tout pour... »* « *Moi j'ai un caractère qui est plutôt battant et donc j'essaie de...* » M9L155

La charge morale de ces situations peut entraîner pour certains un **épuisement psychologique**.

« *(Grande inspiration) oh on a besoin de se protéger des autres, ça, c'est clair. La médecine euh, est ÉPUISANTE sur le plan psychologique, et, et... plus que physique, il y a des moments où moralement on n'en peut plus! Le soignant est quelquefois épuisé ! D'autant plus qu'il y a des exigences de patients qui sont de plus en plus là, et qu'on a malheureusement de moins en*

moins de temps, qu'on est dans un système qui devient de plus en plus difficile parce qu'on est en gros manque.» M16L366

Enfin le constat d'un **manque de formation** à ce genre de situation apparaît également marquant dans le contenu des entretiens.

« C'est des expériences qui ont été surtout marquantes dans le début, parce qu'on n'est pas préparé au niveau de la faculté... pour aborder je dirais tous ces conflits émotionnels qui vont se présenter dans le futur.» M16L69

5. Moyens permettant aux médecins de gérer ces situations difficiles

- Plusieurs médecins mettent en avant **une mise à distance de leurs sentiments** comme un moyen de protection bénéfique.

«... Je sais pas si, je suis pas détaché, mais je mets quand même une certaine distance parce que je pense qu'il faut aussi que le médecin se protège, si on rentre en ... en phase avec tous les patients, on ressort.... C'est un peu le portrait de Dorian Gray, quoi, on est tout délabré... enfin je pense, j'en sais rien... j'ai pas analysé... » M11L254

« Ce qui ferait que ça serait différent euh... ce serait une relation d'affection... qui aurait pu, qui aurait pu se nouer hum... (embarrassée) maintenant je... vous touchez un point un petit peu c'est... je me sens très, très coupée de mes émotions par rapport au diagnostic de maladie grave.» M15L181

Certains justifient cette mise à distance comme le seul moyen de rester professionnel.

« Je crois qu'un professionnel, c'est quelqu'un qui met une barrière émotionnelle... sinon on n'est pas... on n'est pas juste... à partir du moment où vous laissez parler l'émotion... vous n'êtes plus capable d'être, euh, totalement euh (réfléchit) EFFICACE (Rire) voilà j'veux dire... ce qui veut pas dire qu'il y a pas d'empathie, hein » M16L351

- **La possibilité de partager avec autrui paraît nécessaire.**

Que ce soit avec d'autres médecins, avec des infirmières, des psychologues, et même avec le personnel du cabinet, les médecins ressentent le besoin d'échanger, lorsqu'ils découvrent une maladie grave chez un de leurs patients.

« Ça permet de se libérer l'esprit.» M11L173, « On ne peut pas dans notre métier, c'est valable pour toutes les pathologies, mais plus particulièrement pour les pathologies graves, on ne peut pas garder seul ce fardeau.» M13L334

Le partage avec le conjoint, qu'il soit du milieu médical ou non, est récurrent mais toujours dans le respect du secret médical.

« ... je pense que AUCUNE fois, il ne m'est arrivé aucune fois de ne pas partager avec ma femme les diagnostics graves ; je lui ai toujours annoncé, pratiquement dans les 24h, pour me décharger du fardeau comme je vous disais tout à l'heure.» M13L383

« Oui, si il y a des choses voilà qui ont été marquantes ou voilà qui vont faire que je suis préoccupée ou, euh oui, à ce moment là, j'en parlerais avec mon conjoint, hum hum, en respectant le secret professionnel (rire) » M15L242

Le bénéfice des **groupes Balint** est cité par 3 des médecins interrogés avec le regret pour l'un d'entre eux de ne plus y participer.

« C'est un fardeau, faut s'en décharger et la meilleure façon finalement de réagir de manière... je dirais RÉALISTE, c'est à se décharger, donc l'intérêt c'est de participer à des groupes de travail avec d'autres confrères. » M13L337

« Quand j'étais plus jeune, j'avais fait partie des groupes Balint alors, on analysait le pourquoi du comportement du médecin » M11L400, « C'est voilà... c'était ça les groupes Balint » « C'était marrant... on devrait refaire....mais bon. » M11L604

Certains estiment trop intime de parler de leur ressenti *« Non, je crois que le ressenti, c'est quand même quelque chose de personnel. » M12L321*, mais trouvent un équilibre par la **diversité de leurs activités** professionnelles *« et pis bon, on passe d'un cas à un autre. » M12L335*, ou extra professionnelles (activité sportive par exemple) *« Maintenant c'est vrai qu'au niveau stress, on arrive quand même, enfin moi, j'arrive à gérer relativement bien... quand même tous ces stress, bon, on fait du vélo le dimanche, ça nous vide la tête. » M12L331*

- Globalement, les médecins interrogés **apprécient la diversité des situations prises en charge en médecine générale, avec des charges psychologiques très variables** comme ce médecin :

« Chaque instant est riche parce que, parce que voilà il y a ça, on a parlé de tout ce qui était grave, mais aussi il y a tout ce qui n'est pas grave... voilà, le petit gamin qui arrive avec juste le nez qui coule, mais qui est tellement, tellement content d'aller chez le docteur, tellement content de raconter leurs histoires... » M3L656

- L'appartenance à une communauté professionnelle sous-tend le souhait de se **comparer aux autres médecins** interrogés, ce qui ressort de la plupart des entretiens.

« Je suis sûre que vous avez des réponses complètement différentes ; on a pas, on fonctionne pas tous pareil. » M6L394

« Oui justement après, savoir quel est le ressenti de chaque, comment chacun le vit, ça fait du bien de pouvoir se situer et voilà... Est-ce que je suis dans les gens qui sont très sensibles ou pas ??? Voilà ça aussi, je sais pas ça! » M9L525

En résumé,

Ces résultats mettent en évidence que le cancer est considéré comme « la » maladie grave par excellence parce qu'elle implique notamment la mise en jeu du pronostic vital.

La découverte d'une maladie grave chez un patient peut être le résultat d'une intuition du médecin ou au contraire le surprendre, ce qui est plus mal vécu. Quelles que soient les circonstances de découverte, la relation avec les patients se voit renforcée avec l'instauration d'un lien de confiance privilégié.

Les médecins ne sont pas indifférents à la maladie de leurs patients et sont confrontés au sentiment d'injustice et d'impuissance dans certains cas, alors que parfois prédomine plutôt un sentiment de culpabilité.

De nombreux facteurs influencent leur ressenti, notamment l'âge et l'hygiène de vie de leurs patients. Leur vécu est d'autant plus pénible que l'identification est forte.

Par ailleurs, après ce douloureux moment de la découverte, les médecins sont confrontés à leur devoir d'information et à l'annonce de la maladie grave à leur patient. Ils mettent en avant une annonce vérité, mais toujours progressive.

Leur rôle d'accompagnement est perçu comme difficile et la charge morale intense qui en résulte peut parfois conduire à un certain épuisement psychologique. Pour atténuer le retentissement émotionnel de telles situations douloureuses, les médecins ont la volonté, pour garder une certaine distance, de partager leur ressenti avec leur entourage proche : conjoint ou autres confrères.

DISCUSSION

- **La méthode d'étude**

La méthode qualitative nous a semblé la plus pertinente pour notre étude car nous abordions un domaine dans lequel peu de travaux semblent avoir été réalisés. Elle nous a permis d'explorer l'expérience vécue par les médecins à la découverte d'une maladie grave chez un de leurs patients.

Notre échantillon, bien qu'il soit diversifié, comporte majoritairement des médecins âgés de plus de quarante ans : cette caractéristique est représentative des médecins généralistes français [6].

Le refus de certains médecins d'être interrogés lors du premier contact téléphonique constitue un biais de recrutement incontrôlable. Par ailleurs, un des médecins ayant répondu favorablement à notre demande n'était finalement pas présent le jour du rendez-vous et aucune explication sur ce désistement ne nous a été donnée a posteriori.

Par contre la taille de notre échantillon a respecté l'objectif de la saturation des données obtenue après la réalisation de dix-neuf entretiens [7].

Le choix de l'entretien individuel semi-dirigé pour interroger les médecins permettait d'étudier les représentations et les pratiques individuelles. La difficulté principale était d'adopter une attitude non directive et de maîtriser nos propres réactions pour ne pas influencer le discours des médecins. Par ailleurs, notre analyse a porté sur le contenu retranscrit des entretiens ce qui entraîne la perte des données relatives à l'observation notamment les attitudes gestuelles du médecin, les expressions de son visage, et le rythme de la parole et des silences qui eux aussi traduisent le ressenti. Il serait peut-être intéressant de les prendre en compte dans un autre travail.

Enfin, nous avons réalisé une analyse thématique des données par deux observateurs selon la méthode dite de « triangulation » pour renforcer la validité de nos résultats [8].

- **Les résultats**

Les médecins de notre étude étaient unanimes sur leurs critères de définition de la maladie grave. La mise en jeu du pronostic vital était un critère incontestable. Certains ont ajouté que leur définition impliquait le retentissement sur la vie quotidienne et la lourdeur des traitements.

Ils évoquaient spontanément le cancer avant les pathologies cardiovasculaires ce que P. Moulin et J. Rouy expliquent par l'importance épidémiologique du cancer et sa forte charge symbolique [9,10].

Les situations de découverte d'une maladie grave chez l'un de leurs patients étaient d'autant plus mal vécues par les médecins que cette découverte était inattendue. Ils sentaient alors leur fonction d'alerte mise en défaut et s'interrogeaient sur la valeur de leur intuition: intuition à poursuivre des investigations malgré une situation d'allure rassurante ou celle d'une gravité dès la première entrevue avec leur patient. Ce phénomène d'inquiétude décrit chez les médecins du Pays-Bas et de Flandre l'est aussi dans la pratique d'autres médecins européens comme le démontre l'étude d'E. Stolper et al [11].

Par ailleurs, les médecins de notre étude étaient très souvent angoissés à l'idée de passer à côté d'un diagnostic grave du fait d'une charge importante de travail. M. Vannotti [12] illustre cette idée en disant : « La maladie de leurs patients surcharge la plupart des médecins, la crainte de l'erreur les hante et la menace de la mort plane autour d'eux ». H. Dusmesnil y voit l'explication de l'épuisement émotionnel de certains médecins [13].

Quelles que soient les circonstances de la découverte, les médecins avaient le sentiment d'une modification de la relation avec leurs patients. En effet, ils exprimaient l'apparition d'un véritable lien de confiance dans une relation renforcée comme l'évoque S. Perron et M-F. Bacqué dans leurs récits [14,15]. Le changement avant-après et l'instauration d'un lien unique qu'ils décrivent, tiendraient au lien d'attachement décrit par H. Frederiksen et al. [16].

Confronté à la découverte, les médecins éprouvaient un sentiment d'injustice et d'impuissance. Ce sentiment d'impuissance face à ce type de situation fait l'objet de nombreux écrits notamment le livre d'I. Moley-Massol [17]. Selon elle, il est important de faire le deuil de sa toute puissance sur la vie et sur la mort et de renoncer à une vision idéalisée de la médecine et de ses pouvoirs. A ce sujet, M. Delbrouck insiste sur la nécessité de prendre conscience du principe d'incertitude et de l'impossibilité de pouvoir guérir tous les patients pour se protéger au mieux du burn-out [18].

La culpabilité était parfois ressentie, et même renforcée par les accusations du patient ou de ses proches. Selon M. Gros : « Comment expliquer la survenue d'une maladie grave, qui plus est incurable, autrement que par le fait que quelqu'un quelque part dans le parcours de soin a commis une erreur ? » [19]. L'illusion actuelle d'une médecine toute puissante favorise la culpabilisation des médecins.

Concernant les facteurs influençant le ressenti des médecins, ceux liés aux patients prédominaient et notamment ceux liés à l'âge. En effet, alors qu'un seul des médecins disait ne pas être influencé par l'âge de son patient, les autres pensaient être plus affectés lors du diagnostic d'une maladie grave chez un enfant. Cette tendance est également soulignée par M. Ladevèze et G. Levasseur concernant le vécu de la mort d'un patient [3]. Selon P. Canouï et al, le choc émotionnel est d'autant plus important que la logique d'identification à son propre enfant se voit renforcée [20].

Pour certains médecins, l'hygiène de vie du patient pouvait être tenue pour responsable dans l'apparition de la maladie grave et ainsi influencer leur affect. Ce rejet de la faute sur le malade est évoqué par P. Moulin qui insiste sur la suspicion récurrente dans la pensée profane, voire aussi savante, que la personne atteinte a elle-même contribué à ce qui lui arrive [9].

Enfin, le refus de soins et de prise en charge étaient mal vécus par la plupart des médecins qui se culpabilisaient de ne pouvoir convaincre leurs patients. Comme le souligne M. Vannotti, les patients qui ne collaborent pas ou qui refusent les soins sont source de sentiments de frustration, quelquefois d'impuissance, d'autres fois d'irritation [12].

La relation médecin-patient préexistante les influençait également :

En effet, la découverte d'une maladie grave chez un patient suivi depuis longtemps était ressentie comme douloureuse pour la plupart des médecins, même si elle leur permettait une meilleure approche de ses réactions. L'influence de l'antériorité de la relation est bien connue dans d'autres situations et notamment vis-à-vis de la mort d'un patient [21].

Les médecins pouvaient éprouver de la sympathie envers certains patients, ce qui rendait la découverte plus douloureuse. Cette notion de sympathie bien connue de la littérature est exposée par J. Turgeon dans son article : « L'anxiété du médecin de famille » [22].

Lorsque la découverte concernait un membre de la famille ou un ami, elle était vécue comme plus pénible ; c'est pourquoi certains médecins étaient réticents à l'idée de soigner leurs proches. Quelques-uns exprimaient leur angoisse de ne pouvoir porter un diagnostic du fait d'un engagement émotionnel ce que souligne également M-T Lussier [23].

Souvent, la gravité et l'évolution probable de la maladie découverte influençaient leur ressenti. Une attitude plus nuancée vis-à-vis de certaines pathologies comme le cancer de la prostate, était peut-être liée à leur connaissance des études sur la survie des personnes atteintes de cancer en France [24].

Enfin, les médecins de notre étude ont évoqué les mécanismes d'identification et de projection, qui selon P. Guex et F. Stiefel, surviennent lorsque certaines caractéristiques du patient font écho à celles du médecin [25]. Vécus de façon douloureuse par le soignant, ces mécanismes altèrent ses capacités professionnelles. Certains répondront à ce risque en réduisant l'autre au statut d'objet et ainsi couperont les ressemblances qui pourraient conduire à de pénibles identifications [26].

L'expérience vécue influençait également le ressenti des médecins, entraînant une certaine mise à distance des sentiments avec le temps, comme l'évoquent M. Delhaye et F. Lotstra dans leur réflexion sur le statut émotionnel du soignant [27].

On note que la satisfaction intellectuelle du diagnostic ayant conduit à la découverte d'une maladie grave était rarement exprimée. En effet, seul un médecin a abordé le sentiment d'être un « bon Docteur » par sa capacité de diagnostic d'une maladie grave. Mais pour autant les autres n'y ont-ils pas songé ?

Comme nous l'avons évoqué en introduction, l'annonce d'une maladie grave était un des rôles que les médecins assumaient comme un devoir, mais qui n'en restait pas moins une expérience douloureuse. Parfois c'était même un soulagement pour le médecin lorsqu'elle était faite par quelqu'un d'autre. L'appréhension de ce moment difficile a fait l'objet de l'étude de A. Perrain et al. concernant les difficultés éprouvées par des hématologistes français [28].

De plus, les médecins étaient nombreux à regretter leur manque de formation à l'annonce ce que constate également C. Dufouleur et al. dans son étude où les médecins estiment les formations reçues trop tardives et trop brèves et ne répondant que partiellement à leurs attentes [29].

Malgré les difficultés, les praticiens mettaient en avant une annonce vérité, mais toujours progressive. Concernant l'annonce d'un pronostic, beaucoup se sentaient incapables d'affirmer un délai d'évolution. Cette réticence à divulguer une information pronostique du fait d'un manque de confiance en leur capacité à le faire avec précision, est également évoquée par BJ. Russell et AM. Ward [30]. Pourtant, certains considéraient que c'était un droit du patient de « savoir pour prévoir ». Selon CJ. Woelk, le médecin doit répondre à la question du pronostic, afin que son patient puisse, s'il le souhaite, faire son testament ou régler sa situation financière [31].

Il est arrivé que certains médecins de notre échantillon aient pris la décision de ne pas annoncer un diagnostic grave ou un pronostic défavorable à leur patient. Cette décision était souvent le résultat d'une concertation avec la famille du patient. Le médecin se retrouvait alors dans une situation délicate, puisqu'il était tiraillé entre son devoir d'informer prioritairement son patient et l'incitation de sa famille à ne pas lui révéler la vérité. Ce désir de protéger l'autre en éludant le diagnostic, fait l'objet de la réflexion de M-O. Gérardin [32]. Elle évoque les effets secondaires du silence, comme a pu l'exprimer l'un des médecins qui regrettait d'avoir dissimulé la vérité à son patient sous l'influence de la pression familiale.

En ce qui concerne leur rôle d'accompagnement, il était perçu comme difficile d'autant plus que la charge de la famille s'ajoutait à celle du patient. Cet accompagnement était ressenti comme un soutien vis-à-vis du patient, comme le décrivent DM. Clarke et L. Stone tout en maintenant une attitude empathique [33].

Selon I. Moley-Massol [17], l'empathie désigne l'aptitude à reconnaître la souffrance du malade et à le lui signifier. Elle est différente de la compassion, définie comme une souffrance partagée. En effet, le malade n'attend pas de son médecin qu'il souffre avec lui, comme lui, ce qui, au lieu de l'aider, risquerait d'aggraver son angoisse et son sentiment d'insécurité.

La nécessité de soutenir le patient par un discours positif, où le combat contre la maladie prédominait dans une promotion de l'espoir, a été souligné dans certains entretiens comme ont pu le décrire A. Vega et F. Soum-Poulayet dans leur étude [34].

Les médecins interrogés ont évoqué l'épuisement psychologique qu'ils pouvaient ressentir en réponse à une intense charge morale. En effet, certains se disaient affectés personnellement par la découverte de la maladie grave et auraient souhaité prendre du recul, mais malgré une volonté de mise à distance de leurs sentiments, nombreux sont ceux qui se laissaient envahir par l'émotion. La souffrance des soignants face à la mort est souvent abordée dans la littérature et M. Ruzniewski évoque cette possibilité pour le soignant de se sentir personnellement impliqué, en proie au trouble, au chagrin ou à l'affliction en fonction d'imprévisibles résonances affectives [4]. Comme le souligne A. Desauw et al, le médecin a une volonté d'être un pilier et de donner une image forte de lui-même, mais cette attitude

reflète un moyen de réguler ses affects, plutôt qu'une absence d'émotion et de sensibilité affective à l'égard du patient [1].

Cette volonté exprimée de prendre du recul est peut-être également le résultat des conseils reçus au cours de leurs formations initiales et continues, reflétant une norme sociale du médecin de « garder la tête froide et de laisser ses émotions au vestiaire » [19].

Par ailleurs, selon TR. Cole et N. Carlin, les médecins ont tendance à réprimer leurs émotions, bien que le partage permette d'atténuer la souffrance ressentie [35]. Les médecins interrogés ressentaient en effet le besoin d'échanger et de partager lorsqu'ils découvraient une maladie grave chez un de leurs patients. Nombreux sont ceux qui ont insisté sur le bénéfice du soutien et de l'écoute de leur conjoint dans le respect du secret médical. Parfois, c'était plutôt le partage avec d'autres médecins qui était privilégié.

Selon A-L. Boch, la mise en commun des expériences difficiles permet de créer une communauté de pensée et d'action qui se révèle un important soutien pour les individus. Le partage des souffrances est en tant que tel un soulagement [26].

Trois des médecins interrogés ont évoqué les groupes Balint et le bénéfice qu'ils pouvaient en retirer dans ces situations douloureuses. La mise au point de P. Guillou et al. sur les concepts de M. Balint permet de mieux comprendre l'aide apportée par cette démarche de réflexion collective [36].

Malgré le soulagement reconnu du partage dans ces situations psychologiquement lourdes, quelques-uns des médecins estimaient leur ressenti trop intime pour en discuter. Leur équilibre passait alors par la diversité de leurs activités professionnelles et extra-professionnelles comme la pratique sportive qui selon H. Meldrum éviterait l'épuisement professionnel [37].

CONCLUSION

Cette étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de dix-neuf médecins et analysée par une lecture thématique avec triangulation nous a permis de mettre en évidence quelques éléments prédominants dans le ressenti des médecins confrontés à la découverte d'une maladie grave chez un de leurs patients. Il s'agit d'une expérience particulièrement douloureuse de leur vie de médecin, suscitant fréquemment des sentiments d'injustice et d'impuissance, et parfois un sentiment de culpabilité. De nombreux facteurs influencent leur ressenti notamment l'âge et l'hygiène de vie des patients ou la relation médecin-patient préexistante. Cette découverte leur rappelle le poids de leur responsabilité et les introduit dans une attitude d'accompagnement actif et empathique de leur patient et de sa famille, dans une relation médecin-patient renforcée.

Les médecins généralistes vivent ces situations comme de réels traumatismes qu'ils arrivent à surmonter grâce au partage avec leur entourage proche : conjoint ou confrères.

BIBLIOGRAPHIE

1. Desauw A, Christophe V, Antoine P, Cattan S, Nandrino J-L. Quelle perception les praticiens ont-ils de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie ? Analyse qualitative du vécu et des stratégies de régulation émotionnelle. *Psycho Oncologie*, 2009;3(3):134-9.
2. Buckman R. S'asseoir pour parler : L'art de communiquer de mauvaise nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé. Paris: Interédition; 1994.
3. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010;41(1):65-72.
4. Ruzzniewski M. Face à la maladie grave: patients, familles, soignants. Paris: Dunod; 2004.
5. Le Coz P. Le médecin et la mort: approches éthique et philosophique. Paris: Vuibert; 2006.
6. Atlas de la démographie médicale française 2013 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [consulté le 17 juillet 2013]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2013-1327>.
7. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 2004;10(1):79-86.
8. Guion LA, Diehl DC, Mc Donald D. Triangulation: Establishing the validity of qualitative studies. 2011 [consulté le 30 juill 2013]; Disponible sur: <http://edis.ifas.ufl.edu/fy394>.
9. Moulin P. Imaginaire social et Cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2005;4(4): 261- 7.
10. Rouy J. Annoncer un diagnostic (mauvaise nouvelle, maladie chronique, suspicion) EMC – Médecine, 2004;1(1):18-26.
11. Stolper E, Van Royen P, Dinant GJ. The 'sense of alarm' ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression. *European Journal of General Practice*, 2010;16(2):72-4.
12. Vannotti M. Le métier de médecin : entre utopie et désenchantement. Chêne-Bourg: Éditions Médecine & Hygiène; 2006.
13. Dusmesnil H. et al. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*, 2009;21(4):355-64.
14. Perron S. Le lien. *Can Fam Physician*, 2012;58(1):70-1.
15. Bacqué M-F. Les vérités du cancer : partager l'information, installer la relation. Paris; New York: Springer; 2008.

16. Frederiksen H, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen B. Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care*, 2010;28(3):185-90.
17. Moley-Massol I. Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques. Courbevoie: DaTeBe; 2007.
18. Delbrouck M. Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants, *Imaginaire et Inconscient*, 2010;(25):157-66.
19. Gros M. Autour de la relation soignant-patient dans le cas de maladie grave. Une réflexion centrée sur le soignant. *Réciprocités*, 2010;(4):28-33.
20. Canouï P, Mauranges A, Florentin A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn-out aux réponses. Paris: Masson; 1998.
21. Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, Gadmer NM, Lakoma M, Mitchell AM, et al. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ*, 2003;327(7408):185.
22. Turgeon J. L'anxiété du médecin de famille. *Can Fam Physician*, 1982;28:1440-2.
23. Lussier M-T, Richard C. Le médecin de famille doit-il être empathique? OUI. *Can Fam Physician*, 2010;56(8):744-6.
24. Institut national du cancer. Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux [Internet]. [consulté le 23 juillet 2013]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9584-survie-attendue-des-patients-atteints-de-cancer-etat-des-lieux-2010.
25. Guex P, Stiefel F. Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. *Rev Med Suisse*, 2008;144(6):424-7.
26. Boch A-L. Processus intimes mis en œuvre par les médecins pour lutter contre l'invasion de la maladie et de la mort dans leur vie quotidienne. *Enjeux éthiques en réanimation*. Paris : Springer; 2011 p.215-220.
27. Delhaye M, Lotstra F. Soignants... soignés, un rapport complexe. Une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant. *Cahiers de psychologie clinique*, 2007;28(1):49-59.
28. Perrain A, Kousignian I, Dauchy S, Duponchel P, Cahn J, Colombat P. Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologistes français. *Hématologie*, 2009;15(2):161-7.
29. Dufouleur C, Vincens M-E, Doré M, Vallée J. L'annonce de la mauvaise nouvelle en médecine générale. Peut-on et comment s'y préparer. *Médecine*, 2011;131-5.
30. Russell BJ, Ward AM. Deciding what information is necessary: do patients with advanced cancer want to know all the details? *Cancer Manag Res*, 2011;3:191-9.

31. Woelk CJ. Combien de temps me reste-t-il ? *Can Fam Physician*, 2009; 55(12):e65-8.
32. Gérardin M-O. Accepter sa vulnérabilité. Rester vivant jusqu'au bout. *Dialogue*, 2009;183(1):95-108.
33. Clarke DM, Stone L. Adjusting to illness and other major life events: how can GPs help? *Aust Fam Physician*, 2007;36(4):206-10.
34. Vega A, Soum-Poulayet F. Entre rationalité scientifique et croyances individuelles. *Anthropologie et Sociétés*, 2010;34(3):229-48.
35. Cole TR, Carlin N. The suffering of physicians. *The Lancet*, 2009;374(9699):1414-5.
36. Guillou P, Puel M-A, Jaury P, Velluet L, Bacqué M-F. Culture Balint et cancers. *Psycho-Oncologie*, 2008;2(4):277-81.
37. Meldrum H. Exemplary Physicians' Strategies for Avoiding Burnout. *The health care manager*, 2010;29(4):324-31.

Autres sources bibliographiques ayant contribué à la réalisation de ce travail

1. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 2008;19(84):142-5.
2. Balint M, Valabrega J-P. *Le Médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot; 1996.
3. Bernard M, Stiefel F, Roten Y, Despland J-N. Déplacement, rationalisation et intellectualisation: une évaluation des principaux mécanismes de défense des soignants en oncologie. *Psycho Oncologie*, 2010;4(1):47-50.
4. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. Paris: A. Colin; 2010.
5. Bolly C. L'accompagnement psychologique par le médecin généraliste [Internet]. [consulté le 4 septembre 2012]. Disponible sur: <http://sites-final.uclouvain.be/loumed/CD/DATA/121/S45-53.PDF>.
6. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *BMJ (Clin Res Ed)*, 1984;288(6430):1597-9.
7. Cote L. Les réactions particulières de médecins face au sentiment d'échec. *Can Fam Physician*, 1988;34:955-61.
8. Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. Le burn-out du médecin généraliste: hypothèses étiologiques. *Rev Med Brux*, 2011;407-12.
9. Daneault S. La notion du soignant blessé Peut-elle être utile aux médecins de famille? *Can Fam Physician*, 2008;54(9):1223-5.
10. Espié M. L'annonce de la rechute et les impasses thérapeutiques. *Le Coq-héron*, 2005;180(1):59-64.
11. Gagnier J-P, Roy L. Souffrance et enjeux relationnels dans le contexte de la maladie grave. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2006;36(1):69-79.
12. Gallagher R. Épuisement par compassion. *Can Fam Physician*, 2013;59(3):e143-5.
13. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ*, 1997;156(8):1159-64.
14. Hoerni B, Soubeyran P. *La cancérologie au quotidien : Médecine et patients alliés face aux cancers*. Paris: Springer; 2011.
15. Ladouceur R. Aire de repos. *Can Fam Physician*, 2012;58(3):244.

16. Lambotte I, De Coster L, De Gheest F. « Le traumatisme de la mort annoncée » : transmissions entre soignants et parents face à la maladie grave d'un enfant. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2007;38(1):99-115.
17. Lefève C, Mino J. Former de vrais thérapeutes. Études, 2011; 414(2):187-98.
18. Le Lous P, Pautex S. Faut-il toujours annoncer une mauvaise nouvelle? Revue internationale de soins palliatifs, 2002; 17(1):25-9.
19. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. The Lancet, 2001;358(9280):483-8.
20. Marshall MN. Sampling for qualitative research. Family Practice, 1996;13(6):522-5.
21. Reznik F. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. Le Journal des psychologues, 2009;270(7):29-30.
22. Ruzniewski M, Bouleuc C. L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale : épreuve pour le malade, défi pour le médecin. Laennec, 2012; 60(2):24-37.
23. Saunderson EM, Ridsdale L. General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. BMJ. 1999;319(7205):293-6.
24. Vanbockstael J, Noal S, Brachet P-E, Degrendel-Courtecuisse A-C, Geffrelot J, Coquan E, et al. Espace de parole en prévention du syndrome de burnout : deux ans d'expérience au sein de l'Association des jeunes oncologues bas-normands (Ajon). Psycho-Oncologie, 2011;5(2):122-6.

ANNEXES

1. GRILLE D'ENTRETIEN

- Pouvez-vous me donner les critères qui pour vous définissent une maladie grave ?

- Pourriez-vous me décrire un exemple de cas où vous avez été confronté à ce problème de la découverte d'une maladie grave chez l'un de vos patients :
 - ➔ Comment l'avez-vous découverte ?
 - ➔ Comment cela a-t-il été annoncé à votre patient ?
 - ➔ Cela a-t-il modifié votre relation avec votre patient et si oui comment ?
 - ➔ Que ressentez-vous par rapport à votre patient gravement atteint ?

- Ce cas est-il représentatif de ce que vous ressentez quand vous êtes confronté à ce problème de la découverte ?

- Dans ce genre de circonstances êtes-vous seul ou pouvez-vous trouver un appui chez un proche, un confrère ou un groupe de pairs ?

2. CLASSIFICATION DES CODES D'ANALYSE

2.1. Représentation de la maladie grave pour les médecins

- Questionnement du médecin sur la définition de la maladie grave
- Types de maladies graves évoquées
- Définition de la maladie grave par la mise en jeu du pronostic vital
- Retentissement sur la vie quotidienne
- Traitements lourds
- La gravité n'exclut pas la possibilité de traitement

2.2. Situations de découverte de maladie grave

2.2.1. Circonstances de la découverte

- Histoire de la découverte
- Découverte inattendue
- Pas le temps de se poser de questions, pas de place pour se laisser aller à ses émotions
- Cheminement vers le diagnostic
- Diagnostic d'une maladie grave d'un de ses patients par un tiers

2.2.2. Intuitions du médecin

- Intuition à faire un examen complémentaire
- Intuition d'une gravité dès la première consultation
- Pré-sentiment d'une gravité mais refus d'y croire

2.2.3. Facteurs renforçant le sentiment de gravité du médecin

- Sentiment de gravité renforcé par la crédibilité que le patient a auprès de son médecin
- Sentiment de gravité renforcé par l'inquiétude de la famille

2.3. Facteurs influençant le ressenti du médecin

2.3.1. Facteurs liés au patient

- Influence de l'âge du patient sur le ressenti
- Influence des conditions socio-économiques et familiales du patient sur le ressenti
- Influence de l'hygiène de vie du patient sur le ressenti
- Influence de la réaction et de la compréhension du patient vis-à-vis de l'annonce sur le ressenti
- Influence de la réaction du malade face à sa maladie sur le ressenti

- Influence du déni et du sentiment de non gravité de la situation du patient sur le ressenti
- Influence du refus de soin et de prise en charge du patient sur le ressenti
- Valorisation du médecin dans son rôle
- Reconnaissance du patient et/ou de sa famille pour la prise en charge du médecin
- Partage de la position du médecin par le patient

2.3.2. Facteurs liés à la relation médecin-patient

- Influence de la relation préexistante avec son patient sur le ressenti
- Antériorité de la relation
Sympathie envers certains patients
Lien d'amitié préexistant
Liens familiaux

2.3.3. Facteurs liés à la maladie

- Influence de la gravité de la maladie sur le ressenti
- Influence de l'évolution de la maladie sur le ressenti

2.3.4. Facteurs liés au médecin

- Expérience personnelle de maladie grave
- Identification-Projection
- Influence de la personnalité du médecin sur le ressenti
- Influence de l'âge du médecin et de son vécu passé sur son ressenti actuel
- Influence de son mode d'exercice en libéral sur le ressenti

2.4. Ressenti du médecin à la découverte

2.4.1. Sentiment de modification de la relation médecin-patient

- Relation inchangée après l'annonce
- Relation renforcée par la découverte d'une maladie grave
- Instauration d'un véritable lien de confiance
- Patient considéré comme un membre de la famille
- Sentiment du médecin d'un changement de comportement de son patient
- Ressenti du médecin vis-à-vis de l'offrande de cadeaux par les patients

2.4.2. Réactions négatives

2.4.2.1. Injustice, impuissance

- Sentiment d'injustice, recherche d'un coupable
- La médecine n'est pas toute puissante
- Sentiment d'impuissance

2.4.2.2. Mise en échec

- Responsabilité du médecin
- Recherche d'un fautif, se décharger de la responsabilité
- Peur de passer à côté d'un diagnostic
- Volonté de prendre son temps
- Sentiment d'échec
- Déception du retard de diagnostic
- Sentiment de culpabilité de ne pas avoir fait le diagnostic
- Sentiment de culpabilité que vous renvoient le patient ou ses proches

2.4.2.3. Autre

- Sentiment de peur et d'angoisse
- Colère
- Tristesse

2.4.3. Réactions positives

- Empathie
- Compassion
- Pas de sentiment de pitié
- Positivisme
- Espoir
- Combat contre la maladie

2.4.4. Nécessité de se situer par rapport aux confrères

- Volonté de comparer son ressenti à d'autres médecins

2.5. Perception du rôle de médecin

2.5.1. Rôle de prise en charge

- Volonté du médecin d'une prise en charge optimale
- Volonté du médecin de gérer la situation
- Questionnement scientifique sur la prise en charge

2.5.2. Devoir d'accompagnement

- Soutien et accompagnement de son patient
- Attention particulière à son patient gravement malade et à sa famille

2.5.3. Charge d'annonce

2.5.3.1. Annonceurs

- Annonce par le médecin traitant
- Découverte et annonce simultanée, pas le temps de s'y préparer
- Délégation de l'annonce et de la prise en charge au médecin traitant
- Annonce par un autre médecin
- Reprise de l'information par le médecin traitant

2.5.3.2. Types d'annonces

- Annonce vérité
- Annonce progressive
- Pronostic

2.5.3.3. Ressenti du médecin vis-à-vis de l'annonce

- Sentiment d'être un devoir pour le médecin
- Questionnement du médecin sur son attitude envers son patient
- Appréhension vis-à-vis de l'annonce
- Difficultés à annoncer
- Soulagement lorsque l'annonce est faite par quelqu'un d'autre
- Meilleure gestion de l'annonce si possibilité d'explication de la prise en charge
- Difficulté à savoir ce que le patient sait déjà
- Volonté d'explications et de soutien du médecin après l'annonce
- Attitude envers la famille

2.5.3.4. Ne pas annoncer

- Choix de ne pas annoncer au patient sa maladie par son médecin
- Choix de ne pas annoncer au patient sa maladie par sa famille
- Choix du patient de ne rien dire à sa famille

2.6. Difficultés perçues

2.6.1. Prise en charge difficile

- Globalement situation difficile à gérer pour le médecin
- Difficulté à gérer la famille
- Sentiment de perte du patient lors de son suivi hospitalier

2.6.2. Accompagnement difficile

2.6.3. Impact personnel

- Sentiment d'être affecté personnellement
- Impossibilité d'être distant avec son patient
- Retentissement sur le sommeil
- Y repenser à la maison
- Inquiétude lors des consultations de son patient gravement malade

2.6.4. Charge de travail

- Induit des contacts coûteux en temps
- Difficulté du médecin du fait qu'il ait beaucoup de patients atteints de maladie grave à suivre
- Surcharge de travail
- Problème des déserts médicaux
- Burn-out

2.6.5. Constat d'un manque de formation

- Sentiment de ne pas être préparé à ce genre de situation

2.7. Moyens permettant au médecin de gérer ces situations difficiles

2.7.1. Distance

- Volonté de prendre du recul
- Mise à distance de ses sentiments
- Volonté de ne pas parler de son ressenti
- Recherche d'un exutoire pour le médecin

2.7.2. Suivi d'autres patients n'ayant pas de maladie grave

- Heureusement qu'il n'y a pas que des prises en charge de maladie grave

2.7.3. Partage avec autrui

2.7.3.1. Partage avec d'autres médecins

- Partage avec un associé
- Partage avec un ou des confrères médecins
- Partage avec un ou des médecins hors relation de soin (parents, amis, proches)
- Groupe de travail, groupe Balint

2.7.3.2. Partage avec sa famille

- Partage avec son conjoint
- Partage avec d'autres membres de sa famille

2.7.3.3. Partage avec des soignants

- Partage avec des personnels paramédicaux
- Partage avec un réseau

2.7.3.4. Partage avec des non-soignants

- Partage avec un psychologue, sophrologue
- Partage avec le personnel du cabinet

2.7.3.5. Partage avec la famille du patient malade

2.7.3.6. Apport du partage à autrui

- Ne pas être seul acteur dans ces situations
- Bénéfice du partage à autrui

3. CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS INTERROGÉS

Médecin	Sexe	Age	Type d'exercice	Mode d'exercice	Année de 1ère installation
1	Homme	43	Urbain	Cabinet de groupe <i>(2 médecins généralistes)</i>	2002
2	Homme	62	Urbain	Seul	1980
3	Femme	48	Rural	Cabinet de groupe <i>(2 médecins généralistes)</i>	1998
4	Femme	55	Rural	Cabinet de groupe <i>(2 médecins généralistes)</i>	1985
5	Homme	51	Urbain	Cabinet de groupe <i>(3 médecins généralistes et 2 gynécologues)</i>	1995
6	Femme	43	Rural	Seul	2002
7	Femme	60	Urbain	Cabinet de groupe <i>(2 médecins généralistes)</i>	1982
8	Homme	48	Urbain	Cabinet de groupe <i>(2 médecins généralistes)</i>	2000
9	Femme	40	Rural	Seul	2004
10	Femme	50	Urbain	Cabinet de groupe <i>(3 médecins généralistes)</i>	1989
11	Homme	65	Urbain	Cabinet de groupe <i>(3 médecins généralistes)</i>	1979
12	Homme	56	Rural	Seul	1987
13	Homme	77	Urbain	Cabinet de groupe <i>(2 médecins généralistes)</i>	1963
14	Homme	55	Rural	Cabinet de groupe <i>(2 médecins généralistes)</i>	1986
15	Femme	36	Rural	Cabinet de groupe <i>(2 médecins généralistes)</i>	2009
16	Femme	53	Urbain	Maison médicale <i>(4 médecins généralistes, 2 infirmières et 1 podologue)</i>	1990
17	Femme	33	Rural	Cabinet de groupe <i>(3 médecins généralistes dont elle est la collaboratrice)</i>	2010
18	Femme	40	Urbain	Seul	2004
19	Femme	46	Rural	Cabinet de groupe <i>(2 médecins généralistes)</i>	1998

4. RÉDACTION SOUS FORME D'ARTICLE SCIENTIFIQUE SYNTHÉTIQUE EN VUE DE PUBLICATION

INTRODUCTION

Chaque médecin généraliste est confronté à l'accompagnement de patients atteints de maladie grave, et en particulier du moment décisif où le diagnostic en est posé.

En amont de l'annonce et du suivi de la fin de vie, les médecins sont confrontés à la découverte de la maladie de leurs patients. Peu d'études se sont intéressées au vécu émotionnel et psychologique des médecins dans cette situation, alors que leurs réactions face à la mort d'un patient sont davantage étudiées. M. Ladevèze et G. Levasseur (2008) [1] soulignent dans leur travail le contraste des émotions ressenties par les médecins généralistes vis-à-vis de la mort de leurs patients.

L'hypothèse soutenue par P. Le Coz [2] est qu'il n'est pas nécessaire d'être soi-même médecin pour pressentir l'émotion qui peut le gagner lorsqu'il apprend la maladie grave d'un patient qu'il connaît depuis des années.

L'objectif de notre étude était d'évaluer le ressenti et l'attitude des médecins généralistes lorsqu'ils découvraient une maladie grave chez un de leurs patients pour mieux comprendre leurs réactions et en apprécier le retentissement dans la relation médecin-patient.

SUJETS ET MÉTHODES

Une étude qualitative utilisant des entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée de septembre à décembre 2012 auprès de médecins généralistes de Moselle et de Meurthe et Moselle. Afin d'assurer une bonne diversité dans le groupe d'étude, des médecins d'âges et de sexes différents ont été interrogés. Leur type d'exercice et leur année d'installation étaient variés.

Les entretiens étaient enregistrés et intégralement retranscrits. L'analyse du contenu des retranscriptions a privilégié l'analyse thématique et a été réalisée selon la méthode dite de « triangulation » [3]. Deux observateurs ont analysé séparément le verbatim des entretiens pour obtenir une classification des idées exprimées selon plusieurs thèmes.

RÉSULTATS

Parmi les vingt-sept médecins généralistes sollicités, vingt ont répondu favorablement. Sur les sept qui ont refusé, cinq ont invoqué un manque de temps, et deux ont transmis leur réponse par leur secrétaire sans aucune explication. Un des vingt médecins ayant répondu favorablement n'était pas présent le jour du rendez-vous et n'a donc pas été interrogé.

L'analyse des entretiens met en évidence que le cancer est considéré comme « la » maladie grave par excellence pour tous les médecins. L'un d'eux évoque néanmoins en première intention l'histoire de la découverte de l'autisme de l'un de ses patients. La mise en jeu du pronostic vital est un critère de définition pour dix-huit des médecins interrogés.

La découverte d'une maladie grave chez un patient peut être le résultat d'une intuition du médecin ou au contraire le surprendre, ce qui est plus mal vécu. En effet, quatre médecins évoquent leur intuition à réaliser un examen complémentaire et six soulignent leur intuition de gravité dès le premier entretien. Mais la découverte peut être aussi inattendue ; sept des médecins évoquent alors le choc et la déception qu'ils ressentent dans cette situation. Ils sentent alors leur fonction d'alerte mise en défaut.

Quelles que soient les circonstances de découverte, la relation avec les patients se voit renforcée pour dix médecins, avec l'instauration d'un lien de confiance privilégié pour six d'entre eux. Seuls quatre des médecins n'ont pas l'impression d'un changement alors que les cinq autres ne l'évoquent pas dans l'entretien.

Les émotions et les sentiments exprimés sont par contre plus contrastés. Huit des médecins interrogés ressentent un sentiment d'injustice et d'impuissance face à ces situations alors que c'est la culpabilité qui prédomine pour six autres, surtout lorsqu'elle est renforcée par les accusations du patient ou de ses proches. Un des médecins évoque la culpabilité qu'il peut ressentir lorsqu'il n'arrive pas à convaincre un patient de réaliser des examens complémentaires qui révéleront un diagnostic grave plus tard. Un autre se culpabilise lorsque la découverte est faite par un tiers et porte alors le poids d'une éventuelle négligence de sa part. Cette peur de passer à côté d'un diagnostic grave est récurrente dans les entretiens de trois médecins.

De nombreux facteurs influencent le ressenti des médecins, notamment l'âge et l'hygiène de vie de leurs patients. Alors qu'un seul des médecins pense ne pas être influencé par l'âge de ses patients, quatorze autres se disent plus affectés par un diagnostic grave chez un enfant. Seul quatre des médecins n'ont pas évoqué l'influence de l'âge lors de l'entretien.

Par ailleurs, l'influence de l'hygiène de vie du patient est évoquée par cinq médecins. Ils se sentent moins empathiques lorsqu'ils découvrent un cancer du poumon chez un patient fumeur par exemple. L'un d'eux évoque la recherche d'une « faute » du patient comme moyen de défense lui permettant de mieux gérer ce type de situation.

La relation médecin-patient préexistante est également influente. Six médecins expriment que la découverte est perçue comme plus douloureuse lorsqu'elle atteint un patient suivi depuis longtemps même si elle a l'avantage de permettre une meilleure approche de ses réactions. Trois autres médecins disent être moins affectés par la découverte d'une maladie grave chez un nouveau patient mais appréhendent dans ce cas la méconnaissance de ses réactions.

La sympathie envers certains patients rend la découverte plus douloureuse ce qu'exprime douze des médecins interrogés. Lorsqu'elle concerne un membre de la famille ou un ami, elle est vécue comme encore plus pénible ; c'est pourquoi un des médecins est réticent à l'idée de soigner ses proches et un autre adopte une attitude « ultra-professionnelle » dans ces situations. Six des médecins soulignent que leur vécu est d'autant plus difficile que l'identification est forte.

Par ailleurs, après ce douloureux moment de la découverte, les médecins sont confrontés à leur devoir d'information et à l'annonce de la maladie grave à leurs patients. Treize des médecins mettent en avant une annonce vérité et sept d'entre eux précisent qu'elle se veut toujours progressive.

Leur rôle d'accompagnement est perçu comme difficile et la charge morale intense qui en résulte, peut parfois conduire à un certain épuisement psychologique. En effet, neuf médecins se disent affectés personnellement par la découverte d'une maladie grave malgré une volonté de prendre du recul. Dix des médecins repensent à leurs patients malades à leur domicile et sept évoquent même un retentissement sur leur sommeil.

Pour atténuer l'impact émotionnel de ces situations douloureuses, les médecins ont l'habitude pour garder une certaine distance, de partager leur ressenti avec leur entourage proche : conjoint ou autres médecins. Dix des médecins considèrent que le partage avec autrui est nécessaire et bénéfique.

Tous les médecins interrogés discutent des prises en charge difficiles avec leur associés ou leurs confrères mais moins de leur ressenti. En effet, quatre des médecins estiment trop intime de parler de leur ressenti et trouvent alors un équilibre par la diversité de leurs activités professionnelles et extra-professionnelles. Le besoin de partager avec leur conjoint dans le respect du secret médical est par contre exprimé par onze des médecins.

DISCUSSION

- **La méthode d'étude**

La méthode qualitative nous a semblé la plus pertinente pour notre étude, car nous abordions un domaine dans lequel peu de travaux semblent avoir été réalisés.

Le choix de l'entretien individuel semi-dirigé permettait d'étudier les représentations et les pratiques individuelles. Notre analyse a porté sur le contenu retranscrit des entretiens ce qui entraîne la perte des données relatives à l'observation notamment les attitudes gestuelles du médecin, les expressions de son visage, et le rythme de la parole et des silences qui eux aussi traduisent le ressenti. Il serait peut-être intéressant de les prendre en compte dans un autre travail.

Enfin, nous avons réalisé une analyse thématique des données par deux observateurs selon la méthode dite de « triangulation » pour renforcer la validité de nos résultats.

- **Les résultats**

Les médecins de notre étude étaient unanimes sur leurs critères de définition de la maladie grave. La mise en jeu du pronostic vital était un critère incontestable. Ils évoquaient spontanément le cancer ce que P. Moulin et J. Rouy expliquent par l'importance épidémiologique du cancer et sa forte charge symbolique [4,5].

Les situations de découverte d'une maladie grave chez l'un de leurs patients étaient d'autant plus mal vécues par les médecins que cette découverte était inattendue et n'avait pas fait l'objet d'une intuition de leur part. Ce phénomène d'intuition ou d'inquiétude décrit chez les médecins du Pays-Bas et de Flandre l'est aussi dans la pratique d'autres médecins européens comme le démontre l'étude d'E. Stolper et al [6]. Les médecins ont souvent l'intuition d'une gravité dès les premiers instants de certaines consultations avec leur patient entraînant la réalisation d'examens complémentaires.

Quelles que soient les circonstances de la découverte, les médecins avaient le sentiment d'une modification de la relation avec leurs patients. En effet, ils exprimaient l'apparition d'un véritable lien de confiance dans une relation renforcée comme l'évoque S. Perron et M-F. Bacqué dans leurs récits [7,8]. Le changement avant-après et l'instauration d'un lien unique qu'ils décrivent, tiendraient au lien d'attachement décrit par H. Frederiksen et al. [9].

Confronté à la découverte, les médecins éprouvaient un sentiment d'injustice et d'impuissance. Ce sentiment d'impuissance face à ce type de situation fait l'objet de nombreux écrits notamment le livre d'I. Moley-Massol [10]. Selon elle, il est important de faire le deuil de sa toute puissance sur la vie et sur la mort et de renoncer à une vision idéalisée de la médecine et de ses pouvoirs. A ce sujet, M. Delbrouck insiste sur la nécessité de prendre conscience du principe d'incertitude et de l'impossibilité de pouvoir guérir tous les patients pour se protéger au mieux du burn-out [11].

La culpabilité était parfois ressentie, et même renforcée par les accusations du patient ou de ses proches. Selon M. Gros : « Comment expliquer la survenue d'une maladie grave qui plus est incurable autrement que par le fait que quelqu'un quelque part dans le parcours de soin a commis une erreur ? » [12]. L'illusion actuelle d'une médecine toute puissante favorise la culpabilisation des médecins. L'angoisse de certains médecins à l'idée de passer à côté d'un diagnostic grave est illustrée par l'idée de M. Vannotti que : « La maladie de leurs patients surcharge la plupart des médecins, la crainte de l'erreur les hante et la menace de la mort plane autour d'eux » [13].

Concernant les facteurs influençant le ressenti des médecins, ceux liés aux patients prédominaient et notamment ceux liés à l'âge. En effet, les médecins pensaient être plus affectés lors du diagnostic d'une maladie grave chez un enfant. Cette tendance est également soulignée par M. Ladevèze et G. Levasseur concernant le vécu de la mort d'un patient [1]. Selon P. Canouï et al, le choc émotionnel est d'autant plus important que la logique d'identification à son propre enfant se voit renforcée [14].

Pour certains médecins, l'hygiène de vie du patient pouvait être tenue pour responsable dans l'apparition de la maladie grave et ainsi influencer leurs affects. Ce rejet de la faute sur le malade est évoqué par P. Moulin qui insiste sur la suspicion récurrente dans la pensée profane voire aussi savante que la personne atteinte a elle-même contribué à ce qui lui arrive [4].

L'influence de la relation médecin-patient préexistante notamment de l'antériorité de cette relation décrite par les médecins interrogés est bien connue dans d'autres situations et notamment vis-à-vis de la mort d'un patient [15]. La notion de sympathie envers certains patients qui rendait plus douloureuse la découverte est exposée par J. Turgeon dans son article : « L'anxiété du médecin de famille » [16]. Lorsque la découverte concernait un membre de la famille ou un ami, elle était vécue comme plus pénible et quelques-uns essayaient d'adopter une attitude professionnelle en réponse à une angoisse de ne pouvoir porter un diagnostic du fait d'un engagement émotionnel comme le souligne également M-T Lussier [17].

Enfin, les médecins de notre étude ont évoqué les mécanismes d'identification et de projection qui selon P. Guex et F. Stiefel surviennent lorsque certaines caractéristiques du patient font écho à celles du médecin [18]. Vécus de façon douloureuse par le soignant, ces mécanismes altèrent ses capacités professionnelles. Certains répondront à ce risque en réduisant l'autre au statut d'objet et ainsi couperont les ressemblances qui pourraient conduire à de pénibles identifications [19].

En ce qui concerne leur rôle d'accompagnement, il était perçu comme difficile d'autant plus que la charge de la famille s'ajoutait à celle du patient. Cet accompagnement était ressenti comme un soutien vis-à-vis du patient, comme le décrit DM. Clarke et L. Stone tout en maintenant une attitude empathique [20]. Selon I. Moley-Massol [10], l'empathie désigne l'aptitude à reconnaître la souffrance du malade et à le lui signifier. Elle est différente de la compassion définie comme une souffrance partagée. En effet, le malade n'attend pas de son médecin qu'il souffre avec lui, comme lui, ce qui, au lieu de l'aider, risquerait d'aggraver son angoisse et son sentiment d'insécurité.

Les médecins interrogés ont évoqué l'épuisement psychologique qu'ils pouvaient ressentir en réponse à une intense charge morale. En effet, certains se disent affectés personnellement par la découverte d'une maladie grave et souhaiteraient prendre du recul, mais malgré une volonté de mise à distance de leurs sentiments, nombreux sont ceux qui se laissent envahir par l'émotion.

La souffrance des soignants face à la mort est souvent abordée dans la littérature et M. Ruzsniowski évoque cette possibilité pour le soignant de se sentir personnellement impliqué, en proie au trouble, au chagrin ou à l'affliction en fonction d'imprévisibles résonances affectives [21]. Comme le souligne A. Desauw et al, le médecin a la volonté d'être un pilier et de donner une image forte de lui-même. Mais cette attitude reflète un moyen de réguler ses affects plutôt qu'une absence d'émotion et de sensibilité affective à l'égard du patient [22]. Cette volonté exprimée de prendre du recul est peut-être également le résultat des conseils reçus au cours de leurs formations initiales et continues, reflétant une norme sociale du médecin de « garder la tête froide et de laisser ses émotions au vestiaire » [12].

Par ailleurs, selon TR. Cole et N. Carlin, les médecins ont tendance à réprimer leurs émotions, bien que le partage permette d'atténuer la souffrance ressentie [23]. Les médecins interrogés ressentaient en effet le besoin d'échanger et de partager lorsqu'ils découvraient une maladie grave chez un de leurs patients. Selon A-L. Boch, la mise en commun des expériences difficiles permet de créer une communauté de pensée et d'action qui se révèle un important soutien pour les individus. Le partage des souffrances est en tant que tel un soulagement [19].

CONCLUSION

Cette étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de dix-neuf médecins et analysée par une lecture thématique avec triangulation, nous a permis de mettre en évidence quelques éléments prédominants dans le ressenti des médecins confrontés à la découverte d'une maladie grave chez un de leurs patients. Il s'agit d'une expérience particulièrement douloureuse de leur vie de médecin, suscitant fréquemment des sentiments d'injustice et d'impuissance, et parfois un sentiment de culpabilité. De nombreux facteurs influencent leur ressenti notamment l'âge et l'hygiène de vie de leurs patients ou la relation médecin-patient préexistante. Cette découverte leur rappelle le poids de leur responsabilité et les introduit dans une attitude d'accompagnement actif et empathique de leur patient et de sa famille, dans une relation médecin-patient renforcée.

Les médecins généralistes vivent ces situations comme de réels traumatismes qu'ils arrivent à surmonter grâce au partage avec leur entourage proche : conjoint ou confrères.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010;41(1):65-72.
2. Le Coz P. *Le médecin et la mort: approches éthique et philosophique*. Paris: Vuibert; 2006.
3. Guion LA, Diehl DC, Mc Donald D. Triangulation: Establishing the validity of qualitative studies. 2011 [consulté le 30 juill 2013]; Disponible sur: <http://edis.ifas.ufl.edu/fy394>.
4. Moulin P. Imaginaire social et Cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2005;4(4):261-7.
5. Rouy J. Annoncer un diagnostic (mauvaise nouvelle, maladie chronique, suspicion) *EMC – Médecine*, 2004;1(1):18-26.
6. Stolper E, Van Royen P, Dinant GJ. The ‘sense of alarm’ (‘gut feeling’) in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression. *European Journal of General Practice*, 2010;16(2):72-4.
7. Perron S. Le lien. *Can Fam Physician*, 2012;58(1):70-1.
8. Bacqué M-F. *Les vérités du cancer : partager l’information, installer la relation*. Paris; New York: Springer; 2008.
9. Frederiksen H, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen B. Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care*, 2010;28(3):185-90.
10. Moley-Massol I. *Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques*. Courbevoie: DaTeBe; 2007.
11. Delbrouck M. Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants, *Imaginaire et Inconscient*, 2010;(25):157-66.
12. Gros M. Autour de la relation soignant-patient dans le cas de maladie grave. Une réflexion centrée sur le soignant. *Réciprocités*, 2010;(4):28-33.
13. Vannotti M. *Le métier de médecin : entre utopie et désenchantement*. Chêne-Bourg: Éditions Médecine & Hygiène; 2006.
14. Canouï P, Mauranges A, Florentin A. *Le syndrome d’épuisement professionnel des soignants : de l’analyse du burn-out aux réponses*. Paris: Masson; 1998.

15. Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, Gadmer NM, Lakoma M, Mitchell AM, et al. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ*, 2003;327(7408):185.
16. Turgeon J. L'anxiété du médecin de famille. *Can Fam Physician*, 1982;28:1440-2.
17. Lussier M-T, Richard C. Le médecin de famille doit-il être empathique? OUI. *Can Fam Physician*, 2010;56(8):744-6.
18. Guex P, Stiefel F. Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. *Rev Med Suisse*, 2008;144(6):424-7.
19. Boch A-L. Processus intimes mis en œuvre par les médecins pour lutter contre l'invasion de la maladie et de la mort dans leur vie quotidienne. *Enjeux éthiques en réanimation*. Paris : Springer; 2011 p.215-220.
20. Clarke DM, Stone L. Adjusting to illness and other major life events: how can GPs help? *Aust Fam Physician*, 2007;36(4):206-10.
21. Ruzniewski M. Face à la maladie grave: patients, familles, soignants. Paris: Dunod; 2004.
22. Desauw A, Christophe V, Antoine P, Cattani S, Nandrino J-L. Quelle perception les praticiens ont-ils de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie ? Analyse qualitative du vécu et des stratégies de régulation émotionnelle. *Psycho Oncologie*, 2009;3(3):134-9.
23. Cole TR, Carlin N. The suffering of physicians. *The Lancet*, 2009;374(9699):1414-5.

VU

NANCY, le **30 septembre 2013**

Le Président de Thèse

Professeur R. SCHWAN

NANCY, le **30 septembre 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6640

NANCY, le 15/10/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Chaque médecin généraliste est confronté à l'accompagnement de patients atteints de maladie grave, et en particulier au moment décisif où le diagnostic en est posé, mais si l'annonce d'un diagnostic grave a fait l'objet de nombreux travaux, peu se sont intéressés à cette circonstance. Le ressenti des médecins généralistes lorsqu'ils découvraient une maladie grave chez un de leurs patients a été approché par une étude qualitative utilisant des entretiens individuels semi-dirigés réalisée de septembre à décembre 2012 auprès de médecins généralistes de Moselle et de Meurthe et Moselle.

L'analyse des entretiens par une lecture thématique avec triangulation met en évidence que le cancer est considéré comme « la » maladie grave par excellence et que les sentiments des médecins confrontés à ces découvertes sont contrastés. Certains ressentent un sentiment d'injustice et d'impuissance alors que c'est la culpabilité qui prédomine pour d'autres. De nombreux facteurs influencent leur ressenti notamment l'âge et l'hygiène de vie de leurs patients ou la relation médecin-patient préexistante.

Leur rôle d'accompagnement est perçu comme difficile dans ces situations d'autant plus que la relation avec leurs patients y est renforcée avec l'instauration d'un lien de confiance privilégié. La plupart des médecins sont affectés personnellement par la découverte d'une maladie grave et apprécient de pouvoir partager avec leur entourage proche : conjoint ou confrères, pour atténuer l'impact émotionnel de ces moments difficiles.

Les études existantes s'intéressent davantage aux réactions des médecins confrontés à la mort de leurs patients mais cette étude montre que la découverte d'une maladie grave est également vécue comme un réel traumatisme.

TITRE EN ANGLAIS

Feelings and reactions of general practitioners facing the discovery of a serious disease.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2013

MOTS CLEFS :

Maladie grave, Relation Médecin-Patient, Traumatisme, Culpabilité, Médecin généraliste

INTITULÉ ET ADRESSE :

Université de Lorraine

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex
