




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ÉTUDE ORIGINALE

Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ?

General practitioner and terminally ill patient: To identify stressors in their palliative care practice and how to deal with those difficulties



Laure Serresse¹

Équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs, institut Gustave-Roussy, 114, rue Édouard-Vaillant, 94805 Villejuif, France

Reçu le 1^{er} septembre 2010 ; accepté le 29 mars 2011
Disponible sur Internet le 8 mai 2011

MOTS CLÉS

Stress ;
Stratégies
d'adaptation ;
Médecin généraliste ;
Soins palliatifs

Résumé Peu de données sont disponibles sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la pratique des soins palliatifs. Les études sur le sujet s'intéressent surtout aux soignants en institution et mettent essentiellement en évidence des problèmes organisationnels. Cette étude s'intéresse au vécu de médecins généralistes dans leur pratique des soins palliatifs et a pour but de repérer les sources de stress et les mécanismes d'adaptation utilisés. Elle se base sur une analyse qualitative et descriptive d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de douze médecins généralistes. Le stress perçu par les médecins est tout autant lié à des facteurs émotionnels qu'organisationnels. Les médecins utilisent plusieurs mécanismes d'adaptation. Parmi ceux liés à la gestion des émotions, les plus fréquents sont l'évolution personnelle et la recherche de soutien moral. Parmi ceux liés à la résolution du problème, ressortent surtout la recherche d'information et le dialogue. Dans tous les entretiens coexistent des affects négatifs et positifs. Ces affects positifs auraient une fonction d'apaisement du stress. La prévalence des facteurs de stress émotionnels dans le discours des médecins interrogés contraste avec les données de la littérature qui mettent davantage l'accent sur les facteurs organisationnels. Les médecins semblent mettre en place au fil des expériences des mécanismes d'adaptation variés et globalement efficaces en réponse aux différentes sources de stress lorsqu'ils sont confrontés à des patients en fin de vie. Ils évoquent aussi leur manque

Adresse e-mail : laure.serresse@igr.fr

¹ Médecin.

KEYWORDS

Distress;
Coping strategies;
General practitioner;
Palliative care

de formation en termes de gestion du stress et des émotions dans le cadre de la relation médecin-malade, en particulier dans l'accompagnement de la fin de vie. Il paraît indispensable de renforcer les enseignements dans ce domaine au cours des études médicales.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Data is missing about the difficulties of general practitioners especially regarding home-based palliative care, as most studies mainly aim on healthcare professionals in hospital and organizational factors leading to professionals suffering. Through this qualitative study, we give special attention to experiences of general practitioners in their palliative care daily practice, especially to find out distress factors and strategies of coping used. Main distresses are linked as much with emotional factors than with practical contingencies. Several strategies of coping are developed by those doctors: mainly strategies focused on emotional control as can be expressing feelings, but also strategies focused on problem solving like looking for technical support and resources of information. The prevalence of emotional distress factors revealed with those interviews doesn't match with results found in literature that underline more organizational factors. General practitioners seem to implement correct and efficient coping strategies along with their increasing experiences of those situations. We also found a lack of training in coping with stress situations and emotional factors while accompanying the terminally ill referred by those physicians. It should be interesting to reinforce training on those issues during initial and continuous medical training.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La littérature scientifique a bien décrit le stress et la souffrance des soignants particulièrement en oncologie et en soins palliatifs [1–3]. Les causes décrites peuvent être regroupées en deux catégories: la première, objective, est organisationnelle et liée à la charge de travail; la seconde, subjective, est liée au soignant, à son vécu face à la souffrance du malade et de ses proches [4]. Ces études concernent essentiellement le milieu hospitalier spécialisé (services de cancérologie, unités de soins palliatifs, équipes mobiles de soins palliatifs). Il en est de même des solutions proposées tant sur le plan institutionnel que politique qui sont, en dehors du développement des réseaux de soins palliatifs, peu accessibles aux médecins généralistes libéraux [5].

La politique actuelle d'organisation des soins palliatifs en France tend à mettre le médecin généraliste au cœur de l'organisation des prises en charge palliatives [6]. Si les médecins généralistes ne sont pas réticents à accompagner leurs patients en fin de vie, ils peuvent rencontrer des difficultés en termes d'accompagnement des familles, de manque de moyens humains, de temps et de coordination. Le maintien à domicile doit être organisé lorsque famille et patient le désirent. Une fin digne et paisible, entourée de l'amour des siens est possible si l'équipe (médecin, infirmière, kinésithérapeute, bénévoles, etc.) sait utiliser les traitements de la douleur et des différents symptômes et respecter ce malade qui, jusqu'au bout, est un vivant [7]. Une étude française montre que près de 18% des médecins se disent mal à l'aise avec ce type de prises en charge [8]. L'accompagnement d'une personne en fin de vie suppose de s'engager dans une relation médecin-malade singulière où la dimension émotionnelle a une place très importante. La gestion des affects est un véritable enjeu dans ces situations, d'autant plus pour le généraliste chez qui l'attachement au

patient est peut-être fort du fait de la durée de la relation soignant-soigné.

Le présent travail visait à explorer, par une étude qualitative, le vécu et les sources de stress perçues par des médecins généralistes dans leur pratique des soins palliatifs. À partir d'entretiens réalisés auprès de médecins généralistes, nous avons listé les difficultés rencontrées et tenté de pondérer l'importance relative des difficultés « objectives » et « subjectives ». À partir des travaux de Lazarus et Folkman au sujet du *coping*, cette étude a plus précisément pour but de repérer et d'évaluer les mécanismes d'adaptation mis en place dans le contexte de situations de fin de vie pour comprendre comment les médecins généralistes gèrent ces difficultés et se protègent du syndrome de « burn out » [9]. Cette théorie du stress est intéressante dans la mesure où elle est l'une des étiologies retenue au syndrome d'épuisement professionnel. Le « burn out » apparaîtrait lorsque ces stratégies d'ajustement sont insuffisantes ou inefficaces [2,10].

Matériel et méthode

L'objectif initial était de réaliser une dizaine d'entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes en activité libérale, seuls ou en groupe, en milieu rural ou urbain.

Trente médecins généralistes ont été contactés par courrier afin de présenter l'objectif et les modalités de l'étude. Du fait d'un faible taux de réponse (seulement trois retours positifs), une relance téléphonique a été effectuée: neuf médecins ont accepté de participer à l'étude, dix-huit ont refusé essentiellement par manque de temps. Le motif de refus de participation était le temps pour seize d'entre-eux, les deux autres n'étaient « pas intéressés » ou « pas concernés ».

Les douze participants ont été interviewés sur leur lieu de travail, principalement en dehors de leur temps de consultation. Les entretiens, d'une durée moyenne de 45 minutes ont été réalisés par l'instigateur de l'étude, interne en médecine générale. Ces entretiens ont été réalisés sur un mode conversationnel, sans prise de notes. Ils ont été intégralement enregistrés puis retranscrits en essayant d'inclure un maximum d'éléments de la communication non verbale (hésitations, pauses, soupirs, rires...). Cette technique a été privilégiée pour cette étude en raison de la richesse des informations qu'elle permet de recueillir. Elle convenait d'autant plus que la recherche visait à analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et leurs expériences [11].

Une grille d'entretien a été élaborée par l'instigateur et testée lors de trois entretiens exploratoires. Les thèmes abordés étaient le parcours professionnel des médecins, leur avis et leurs ressentis au sujet des soins palliatifs, ce qui les mettait en difficulté comme ce qu'ils appréciaient. Ils étaient invités à faire le récit de leur dernière expérience de prise en charge palliative et d'une autre de leur choix en essayant de dégager ce en quoi elles avaient été marquantes et enfin les conséquences qu'elles avaient pu avoir sur leur vie professionnelle et personnelle.

L'intégralité des douze entretiens a fait l'objet d'une analyse consistant à repérer et à lister les facteurs de stress cités, grâce à une analyse thématique (sélection des unités de sens significatives ou ensembles de mots se rapportant directement à la thématique recherchée qui est dans cette étude le stress) [12].

Le stress a été d'abord défini par Selye selon une approche situationnelle stricte puis par une approche prenant en compte l'interaction entre l'individu et son environnement [13]. Il est une « véritable transaction entre la personne et l'environnement, où la situation est évaluée comme débordant les ressources du sujet ou menaçant son bien-être ». D'après ce modèle transactionnel de Lazarus et Folkman, l'effet d'un événement stressant sur les réponses d'un individu se déroule selon plusieurs étapes [14]. La première est une étape d'évaluation du stress perçu, c'est-à-dire des enjeux en termes de menace, de perte ou de défi. À cette première étape correspond la première partie de notre travail : repérer les facteurs de stress perçus par les médecins généralistes dans le cadre de leurs prises en charge palliatives. La seconde étape de réponse au stresser consiste à dresser l'inventaire des ressources personnelles et sociales. Après avoir évalué la situation stressante, l'individu élabore un ensemble de stratégies de *coping*, traduit en français par « stratégie d'ajustement » ou « d'adaptation ». Ce terme désigne l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux que la personne interpose entre elle et l'évènement afin de maîtriser, réduire ou tolérer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique.

Les travaux de Lazarus et Folkman ont mis en évidence deux stratégies principales de *coping*, celle centrée sur la résolution du problème (confrontation, recherche active d'aide et d'information) et celle orientée vers la gestion du stress émotionnel (allant de la simple maîtrise à la répression totale des émotions) [9].

Pour cette étude, l'identification des mécanismes adaptatifs s'est appuyée sur deux échelles d'évaluation du

coping : la Ways of Coping Checklist-Revised (1985) (WCC-R) et le Brief COPE (1997). Ces deux échelles, traduites et validées en français, ont été regroupées et utilisées comme grille de lecture pour l'analyse de contenu [15,16]. Cette analyse constitue la seconde partie de notre travail dont l'objectif était de mettre en évidence les mécanismes d'adaptation mis en place par les médecins généralistes en réponse aux stress perçus lors des prises en charge palliatives.

Résultats

L'âge moyen des participants est de 53 ans, tous ont une expérience professionnelle en médecine générale libérale supérieure à dix ans. Il y a autant de médecins en exercice urbain que de médecin en exercice rural ou semi-rural. Sur les douze médecins interrogés, huit ont une formation aux soins palliatifs.

Les facteurs de stress cités par les médecins ont été listés et classés par fréquence d'apparition dans les entretiens et ont permis d'identifier trois axes majeurs de difficultés.

La relation « soignant-soigné » est le premier axe de difficultés en termes de fréquence et d'importance.

Il regroupe des facteurs de stress tels que l'attachement au patient, la collusion entre vie personnelle et professionnelle, la confrontation à la souffrance, le sentiment de perte, la pression des patients et des proches et l'identification au patient.

L'attachement au patient, cité dans dix entretiens sur douze, est illustré par les citations suivantes.

E6 : « Il y a des patients auxquels on s'attache, surtout quand on les suit depuis longtemps mais il faut rester à une certaine distance pour justement ne pas souffrir après le départ ».

E11 : « Le fait de suivre les patients longtemps avant le diagnostic de cancer incurable fait que la prise en charge palliative est plus difficile pour moi parce que ça me touche plus ».

La collusion entre vie personnelle et vie professionnelle, deuxième stresser en termes de fréquence, est citée par neuf des douze médecins :

E7 : « Quand j'arrive au travail avec une tension pour des raisons personnelles, la journée est plus compliquée et je me sens moins disponible pour ce type de prises en charge ».

E9 : « Il arrive que ce que je vis au travail retentisse sur mon entourage. Moi quand j'ai un patient qui ne va pas bien, je ne peux pas ne pas y penser pendant le weekend. Ça m'arrive de partir en vacances et d'être embêtée parce que je ne sais pas ce qui s'est passé ».

La confrontation à la souffrance est difficile pour huit des douze médecins interrogés :

E3 : « À la fin c'était dur de rentrer dans sa chambre, les soins étaient compliqués, les douleurs mal soulagées et puis il y avait la femme et les enfants derrière ».

E4 : « J'ai toujours été révolté par les souffrances et l'injustice, je suis plus gêné par la souffrance morale que physique, ça m'attriste plus que la mort elle-même ».

Le sentiment de perte et la pression de l'entourage sont cités dans quatre entretiens :

E1 : « Les médecins ont une perte à ce moment là, consciemment ou pas, ils doivent faire le deuil de leur patient ».

E6 : « C'est triste parce qu'ils nous quittent comme c'est triste s'ils étaient partis loin parce qu'on a été près d'eux pendant des années ».

E1 : « Sa mère et sa fille étaient très demandeuses de vigilance, il y a eu une demande de leur part de baisser les traitements de la douleur pour la réveiller et j'ai senti une pression à laquelle je n'ai pas su répondre et je regrette de l'avoir fait ».

E6 : « Il y a aussi le stress de l'entourage qui dit « vous ne croyez pas qu'il serait mieux pris en charge à l'hôpital ? ». Alors ça met un coup en plein dans la poitrine et puis les questions du genre « vous n'allez rien faire ? Vous allez le laisser mourir de faim et de soif ? ».

L'identification au patient est mise en évidence dans deux entretiens :

E11 : « C'est vraiment difficile parce qu'on se plaque ça un peu sur soi ».

À égale fréquence d'apparition dans les entretiens apparaissent les difficultés en lien avec les « conditions de travail ».

Nous avons regroupé dans cette catégorie des difficultés telles que le manque d'expérience, la charge de travail, le manque de formation, l'isolement et la rémunération.

Le manque d'expérience est cité par neuf médecins sur douze :

E11 : « C'est vrai que le premier patient que j'ai eu à accompagner après mon installation, ça a été assez costaud ! ».

E12 : « Quand on est jeune, on ouvre sa vulnérabilité dans ces situations là, on s'en prend plein mais avec le temps, ça se fait, on apprend au fur et à mesure ».

La charge de travail apparaît dans huit entretiens comme source de difficultés.

E2 : « Ça a été lourd à mettre en place, ça prenait du temps, il fallait que je déborde sur mon emploi du temps parce que l'activité continue au cabinet ».

E6 : « C'est certain, c'est très chronophage, ce n'est pas une consultation simple, une visite à 32 euros à domicile, ce n'est pas dix minutes ou un quart d'heure qu'on y passe, c'est des fois une heure. Je me suis déjà senti débordé tout simplement sur le plan matériel ».

À égale fréquence, on retrouve dans la moitié des entretiens le manque de formation et le sentiment d'isolement :

E8 : « Dans le cursus universitaire, on est peu préparé, on sait que les gens meurent de telle ou telle maladie mais la mort au sens individuel du terme, l'aspect psychologique, administratif et légal aussi, on n'y est pas confronté avant ».

E12 : « Quand on est médecin généraliste, tout seul dans son cabinet face à ces situations là, on est un peu tout seul à éponger la misère du monde ».

La rémunération apparaît comme une difficulté pour trois des douze médecins.

E6 : « Je ne vais pas revenir sur le côté financier mais on ne peut pas faire que ça, d'abord parce que financièrement on ne s'y retrouverait pas ».

Ce dernier axe de difficultés est moins développé dans les entretiens. Il a trait au thème de l'idéal soignant. Il regroupe le refus d'aide par le patient, le dévouement et l'engagement, les symptômes non contrôlés et le sentiment d'échec ainsi que la difficulté à exprimer ses sentiments en lien avec un idéal de « soignant fort ».

Le refus d'aide par le patient est cité par cinq médecins :

E2 : « J'avais tellement entendu « laissez moi mourir tranquille » que je ne savais plus comment réagir ni comment m'y prendre et je n'étais pas à l'aise ».

E11 : « Il y en a qui ne veulent pas trop qu'on s'occupe d'eux et c'est peut-être là que je me sens le moins à l'aise, quand les gens refusent qu'on les aide, c'est ça qui me met le plus en difficulté ».

Cinq médecins disent être en difficulté et éprouver un sentiment de culpabilité et d'échec face aux symptômes non contrôlés mettant à mal leur idéal de « sauveur » :

E1 : « Quand les patients meurent, on peut se sentir remis en question au fond de nous même, se demander si on a bien fait, regretter des choix thérapeutiques ».

E8 : « Il était très douloureux et il refusait les morphiniques, il est donc mort avec des douleurs mal soulagées... j'en garde un mauvais souvenir ».

E4 : « Je voulais croire à l'invincibilité de la médecine, je me suis battu en me disant qu'il y avait quelque chose à faire pour éviter l'issue fatale ».

Quatre des douze médecins disent avoir des difficultés à exprimer leurs sentiments.

E10 : « On a du mal, peut-être moi spécialement, à dire ce qui nous touche. À la fois on aimerait bien mais on ne le fait pas, ça touche à l'intime ».

Cette deuxième partie du travail montre que les médecins utilisent aussi bien des mécanismes de coping centrés sur la résolution du problème que sur la gestion de l'émotion.

Les médecins gèrent leurs affects surtout grâce à l'évolution personnelle (réflexion et analyse des difficultés), la recherche de soutien moral et l'expression de leurs sentiments auprès de proches ou de confrères.

E 10 : « Quand il est décédé, je n'ai pas pu aller voir sa femme et là je me suis rendu compte que je n'avais pas assez travaillé sur mes limites parce que j'avais du mal à aller voir les survivants après le décès. J'ai commencé par un suivi psy, pas très long, pour réfléchir sur ces émotions là, je continue à travailler sur moi et je le ressens comme une longue maturation nécessaire qui m'est utile sur le plan personnel et professionnel ».

E6 : « Il y a le soutien des confrères, j'ai la chance d'être dans un cabinet à quatre donc quand il y a des dossiers un peu difficiles, on en parle. Cela dit, ils sont dans le même pétrin que moi ! Je crois que faire du soin palliatif tout seul, c'est trop dur, on ne peut pas. C'est un travail d'équipe, ça j'en suis de plus en plus persuadé et je suis un maillon de la chaîne. L'autre maillon, ça va être l'infirmière, l'assistante sociale, la psychologue... je fais partie de l'équipe. C'est ça, les soins palliatifs à l'hôpital, c'est une équipe, pourquoi en ville ça ne le serait pas ? Il faut se donner les moyens de travailler avec un réseau ou l'HAD ».

E1: «Ce qui est sûr c'est qu'il faut en parler, que ce soit à la maison, entre collègues ou même quand on parle aux familles et qu'on les écoute, on peut dire que ça nous touche, pas de la même façon bien sûr... Je crois qu'il faut avoir comme un référent, un confrère à qui on peut exprimer ses difficultés ou ses contrariétés. Ça peut être dans des groupes bien établis comme les groupes Balint mais aussi dans des choses moins formelles».

D'autres mécanismes de *coping* centrés sur la gestion des affects sont utilisés par les médecins interrogés comme :

- la mise à distance: E5: «J'ai avec le temps mis une grande distance sur mon rapport à mon métier, ce à quoi il me sert, la manière dont je m'en sers et les limites de ce que je peux faire vis-à-vis de certaines situations et de certaines personnes, ça m'aide à faire la part des choses entre ce qui me revient et ce qui n'appartient qu'à l'autre» ;
- la rationalisation: E11: «Quand la personne est décédée, elle est décédée un point c'est tout. On a fait notre travail, on n'a pas à être triste» ;
- l'acceptation: E4: «Je me considérais comme étant là pour l'aider face à une issue qu'on savait inéluctable, c'était comme ça, on n'y pouvait rien» ;
- l'évitement: E3: «Si on reste focalisé sur le symptôme, c'est pas gênant, c'est ce qu'on a appris, c'est notre métier» ;
- et la diversification des activités: E3: «C'est l'avantage en médecine générale, c'est qu'il y a trois ou quatre suivis par ans donc on a largement de quoi se ressourcer».

Les mécanismes d'adaptation centrés sur la résolution du problème sont principalement :

- la formation: E1: «La formation est un bagage essentiel parce qu'on ne peut pas se contenter de mettre une main sur l'épaule, il y a des choses à apprendre par exemple manier les morphiniques. Quand on a ce bagage là, on se sent moins dans le risque d'être mis à défaut» ;
- la recherche de soutien instrumental: E2: «N'étant pas très au point sur l'ascite, j'ai demandé l'avis de l'équipe mobile de soins palliatifs et là ça a été vraiment très bien. On a échangé des coups de fils et des mails quand j'avais un problème et après j'avais des documents, des protocoles... On a même mis en route un traitement que je ne connaissais pas pour diminuer l'ascite» ;
- et la planification: E1: «c'était une prise en charge où on avait posé les choses de façon assez claire, on avait mis en place l'HAD, organisé le passage des différents intervenants, des enfants. Le suivi était organisé de sorte que ça se passe à la maison tant que l'entourage était porteur et qu'on pouvait organiser une hospitalisation en cas de problème.

Une seule des stratégies de *coping* présentes dans la littérature n'est pas citée par les médecins interrogés. Il s'agit de l'utilisation de substances (drogue, alcool, médicaments).

D'autres résultats méritent d'être mentionnés bien que ne faisant pas partie des objectifs premiers de l'étude. Plus de la moitié des médecins interrogés évoque leur propre mort ou celle d'un proche de façon spontanée lorsqu'on les interroge sur les prises en charge palliatives de patient.

Autre point inattendu et intéressant, on retrouve dans la totalité des entretiens des affects positifs en termes de richesse des relations humaines et en termes de satisfaction professionnelle.

E6: «Un accompagnement de fin de vie n'est jamais le même, c'est toujours une personne différente qu'on a en face de nous et on a beau appliquer les mêmes techniques, ce n'est jamais la même chose. C'est une relation très particulière, très singulière, profonde et intéressante. [...] C'est très enrichissant, ça nous fait relativiser l'homme avec ses limites, ses colères, ses joies, ses gentillesse, ses méchancetés...».

E7: «ça demande beaucoup de temps, de coordination et d'écoute des uns et des autres mais au final quand on fait un accompagnement et que ça se passe bien, c'est-à-dire qu'il y a une rencontre qui se fait vraiment, qui est productive et qui est riche, là c'est chouette. À chaque fois il peut y avoir un contact humain qui est fabuleux et à chaque histoire ça vaut le coup de le tenter, après ça marche ou ça marche pas, c'est comme tout».

E4: «L'espace temps est restreint donc tu dois assez vite t'intéresser aux choses fondamentales, à l'humain, au vrai, à ce que vous avez envie de me dire et ce que j'ai envie de vous dire».

E9: «De ces expériences je garde un bon souvenir malgré tout, bien sûr que les évoquer me sert la gorge et je suis parfois au bord des larmes mais ce sont des relations qui m'ont beaucoup apporté».

E1: «Les moments où j'ai fait de l'accompagnement, ça reste les moments les plus forts de toute ma pratique sur le plan émotionnel. Il n'y a pas de doute, ce sont des choses qui créent des liens très profonds avec les patients et les personnes qui restent. Ça met un sceau sur notre pratique et notre cœur certainement».

Discussion

Les facteurs de stress cités par les médecins interrogés sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature chez les oncologues et chez les médecins de soins palliatifs [2,3,17,18]. Contrairement à ces études quantitatives basées sur des questionnaires, les difficultés d'ordre organisationnel n'apparaissent pas comme supérieures à celles d'ordre émotionnel. Les différences de taille des échantillons et de méthodologie ne permettent pas de comparer cet aspect des résultats.

À ces sources de difficultés variées correspondent des mécanismes d'adaptation variés qui vont permettre au médecin de «faire avec» ces situations.

Sur le plan professionnel, la recherche d'information ou d'aide ponctuelle pour la prise en charge des symptômes, la collaboration avec les réseaux de soins palliatifs et les services spécialisés, la formation en soins palliatifs et sur la prise en charge de la douleur sont autant de moyens qui aident le médecin généraliste à accompagner le patient en fin de vie. Une enquête française réalisée en 2002 confirme que la bonne maîtrise des morphiniques rend le médecin plus serein lors de la prise en charge des patients en fin de vie [19]. Si la recherche d'informations et la démarche

de formation relève de la volonté du médecin généraliste lui-même, les équipes hospitalières ont peut-être un rôle à jouer pour renforcer le lien et la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients. Un tiers des médecins interrogés perçoit une évolution favorable dans l'organisation des soins palliatifs à domicile. Ils constatent une meilleure collaboration avec les équipes hospitalières et sont satisfaits du développement des réseaux de soins palliatifs.

Le médecin va être amené à gérer ses émotions en essayant de trouver « sa juste distance » par rapport au patient. Cette « juste distance » varie d'un médecin à un autre, d'un moment à un autre, d'un patient à un autre. Elle est parfois difficile à trouver, le médecin oscille souvent dans ses rapports avec la personne soignée entre identification (empathie maximale pouvant être source de stress pour le soignant) et distanciation (tentative pour le soignant d'éviter une souffrance trop intense) [20]. L'expérience semble jouer un rôle important dans cette recherche de la juste implication qui se ferait sur un mode d'essai-erreur d'après les médecins interrogés. Ils tirent les fruits de leurs expériences et apprennent à constituer les limites de leur rôle professionnel par rapport aux malades.

Ces mécanismes d'adaptation semblent être efficaces chez les médecins interrogés chez qui les signes de « burn out » sont peu présents. Ces résultats sont à pondérer avec la faible taille de l'échantillon et avec le principe de sélection basé sur le volontariat. Ces résultats ne peuvent donc pas être généralisés aux médecins qui n'ont pas souhaité s'exprimer et les difficultés de ces derniers ainsi que leurs conséquences sur leurs vies professionnelles et personnelles restent non explorées. La pratique des soins palliatifs à domicile ne semble donc pas être une source supplémentaire de souffrance au travail, ce qui avait déjà été mis en évidence dans les travaux de Graham et Ramirez [2,3].

Un élément non prévu ressort de l'étude de l'analyse des entretiens, il s'agit de la présence dans tous les entretiens de plusieurs affects positifs comme la satisfaction, la joie, l'enrichissement personnel, la beauté, etc. Les affects positifs et leur fonction adaptative sont, contrairement aux affects négatifs, souvent négligés dans l'étude des situations de stress. Pourtant ils sont des éléments essentiels d'un fonctionnement optimal. Ces émotions apportent un soulagement et permettent de reconstituer ses ressources [21].

D'après les médecins interrogés, les situations de fin de vie sont riches sur le plan émotionnel. Elles sont sources d'interrogations, de remise en question, de réflexion sur le rôle de médecin et sur le sens de la vie. Malgré les difficultés techniques et organisationnelles inhérentes à ces prises en charge, elles peuvent être également sources d'affects positifs et de développement personnel. Elles peuvent être de précieuses leçons de vie, parfois douloureuses à rece-

voir et de riches lieux d'échanges, uniques, singuliers et imprévisibles qui font la beauté de ce métier.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Vachon M. Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliat Med* 1995;9:91–122.
- [2] Ramirez AJ, et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724–8.
- [3] Graham J, et al. Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliat Med* 1996;10:185–94.
- [4] Stiefel F. Support of the supporters. *Support Care Cancer* 2008;16:123–6.
- [5] Colombat P, Mitaine L, Gaudron S. Une solution à la souffrance des soignants face à la mort: la démarche palliative. *Hematology* 2001;7:54–9.
- [6] Circulaire N° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.
- [7] Ben Diane MK, et al. Deux points de vue des médecins sur les soins palliatifs. *Santé Publique* 2005;17:75–85.
- [8] Gomas JM. Soigner à domicile des malades en fin de vie. Paris: Le Cerf; 1993.
- [9] Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
- [10] Delbroucq M. Le burn out du soignant. Paris: De Boeck; 2003.
- [11] Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris: Nathan; 1992.
- [12] Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: PUF; 2007.
- [13] Selye H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Can Med Assoc J* 1976;115:53–6.
- [14] Lazarus, et al. Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers* 1987;1:141–69.
- [15] Graziani P, Rusinek S, Servant D, et al. Validation française du questionnaire de coping WCC-R et analyse des événements stressants du quotidien. *J Ther Comport Cogn* 1998;8:100–12.
- [16] Muller L, Spitz E. Évaluation multidimensionnelle du coping: validation du Brief COPE sur une population française. *L'encéphale* 2003;39:507–18.
- [17] Grunfeld, et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Can Med Assoc J* 2000;163:166–9.
- [18] Rokach A. Caring for those who care for the dying: Coping with the demands on palliative care workers. *Palliat Support Care* 2005;3:325–32.
- [19] Ben Diane MK. Prise en charge des malades en fin de vie en médecine générale et spécialisée. *Presse Med* 2003;32:488–92.
- [20] Ruzsniowski M. Face à la maladie grave. Paris: Dunod; 2004.
- [21] Hartmann A. Les orientations nouvelles dans le champ du coping. *L'encéphale* 2008;14:285–99.