

Liste des abréviations

ADMD	Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité
CCNE	Comité Consultatif National d'Ethique
FAYR-GP	French Association of Young Researchers in General Practice
HAD	Hospitalisation A Domicile
JALMAV	Jusqu'A la Mort Accompagner la Vie

Sommaire

INTRODUCTION

MATERIELS ET METHODES

Choix et recrutement des participants

Recueil des données

Analyse

RESULTATS

Caractéristiques de la population d'étude

Conduite des entretiens et retours

Données recueillies

DISCUSSION

Résultats principaux

Discussion générale

Forces et faiblesses

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES TABLEAUX

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de recrutement patients

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Annexe 3 : Accord du Comité d'éthique du CHU d'Angers

Annexe 4 : Carte conceptuelle (analyse des résultats)

Annexe 5 : Caractéristiques des médecins

Annexe 6 : Carte conceptuelle (analyse des résultats) version préliminaire

Introduction

On assiste depuis le milieu du XX^{ème} siècle à une profonde modification de la place accordée à la mort au sein de notre société. La famille s'est ainsi petit à petit déchargée de l'accompagnement de ses mourants au profit de professionnels de la mort(1-3). Cette évolution a profondément modifié les rituels qui entourent la fin de vie et la mort, la rendant moins visible mais en même temps moins admissible.

Historiquement soumis à ses derniers instants, le mourant est aujourd'hui vu comme un acteur à part entière. En conséquence, la « belle mort » a changé de visage. « *L'idéal d'une mort rapide, inconsciente, discrète disparaît peu à peu au profit de la conception d'une mort consciente, maîtrisée et anticipée* »(4).

Dans la même dynamique, la Loi s'est outillée depuis le début des années 2000 de dispositifs juridiques permettant aux individus la réappropriation d'une certaine forme d'autonomie sur leur propre mort : article 11 de la Loi Kouchner en 2002- affirmation du respect du refus de soins et du concept de personne de confiance(5), article 7 de la Loi Léonetti en 2005- apparition du concept de directives anticipées(6). Au sein des différents niveaux proposés par le CCNE(7), l'autonomie est ici entendue comme autonomie de volonté, au sens de souveraineté individuelle(8).

L'utilisation efficace de ces dispositifs nécessite une communication entre patients et médecins(9). En 2012, une large étude rétrospective a montré que seuls 2,5% des patients avaient rédigé des directives anticipées alors que, lorsqu'elles étaient présentes, elles avaient été jugées utiles dans les décisions de fin de vie à 72%(10). Ce chiffre interroge d'autant plus qu'il a été démontré que la satisfaction des patients en fin de vie augmentait significativement lorsque la discussion sur la rédaction des directives anticipées avait eu lieu(11). Dans une étude de 2008, environ la moitié des médecins et patients s'accordait sur l'intérêt d'une discussion précoce, c'est à dire avant que le patient ne se trouve en situation de fin de vie. Leurs avis divergeaient néanmoins sur la personne en charge de l'initier. Dans cette même étude, lorsque les médecins généralistes étaient interrogés sur les raisons qui pourraient les pousser à ne pas parler avec les patients de la fin de vie, un médecin sur six ne donnait aucune réponse(12). Si la mauvaise lisibilité des dispositifs juridiques par le grand public et les médecins reste importante(9,10,12,13), et malgré les réticences des patients et des médecins à les rédiger(13), ce chiffre de 2,5% semblait également traduire les difficultés de communication existant entre patients et médecins sur ce sujet. Une étude récente montrait d'ailleurs que les patients sollicitaient une demande d'information et d'accompagnement du médecin généraliste, pour dépasser la difficulté qu'ils ressentaient à se projeter et à envisager la maladie. L'utilisation des outils d'anticipation de la fin de vie proposés par la Loi apparaît alors comme un prétexte au dialogue sur la mort entre médecins et patients.(9)

En psychologie sociale, la communication interpersonnelle est définie comme ce qui se passe quand deux personnes entrent en interaction. Centré sur le message, le schéma de la communication de Jakobson(14) semble traduire simplement et adéquatement la situation communicationnelle en médecine. Elle est définie comme la transmission d'un message X de l'émetteur A au récepteur B grâce à un code, par le biais d'un canal (auditif, tactile...) dans un contexte donné. La notion de « bruit » du modèle de Shannon et Weaver(15) sera ici conservée. Elle comprend tout ce qui est susceptible de parasiter le message délivré (cf. figure 1). Au regard de cette définition, les « difficultés communicationnelles » correspondaient au sentiment d'une interaction insatisfaisante pour au moins l'un des deux interlocuteurs.

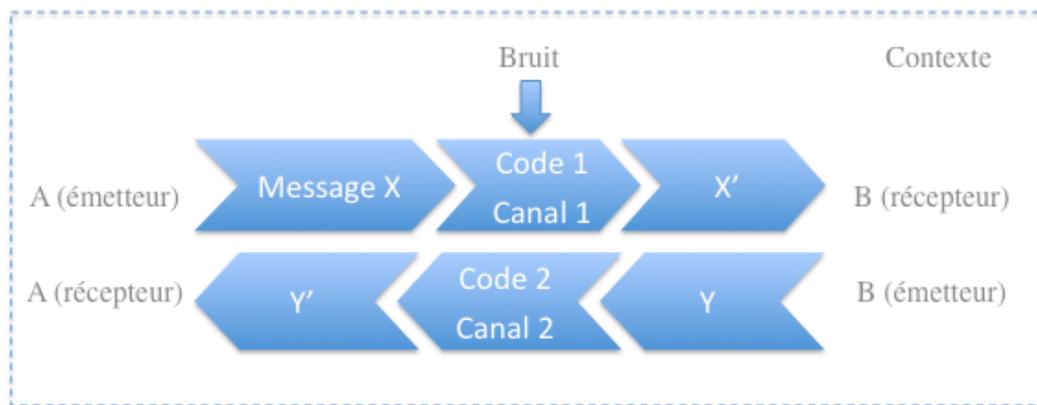


Figure 1 : Modèle de la communication de Jakobson complété de la notion de bruit du modèle de Shannon et Weaver

En raison du recul de la religion, face à la violence de la mort d'un être proche, le médecin de famille peut constituer un premier soutien au patient, la question du deuil projetant ainsi la mort dans le champ médical(16). Mais accompagner le travail de deuil pourrait surtout constituer pour le médecin une occasion d'entamer le « parler de la mort » avec son patient. Par procuration, la disparition de l'être cher confronte inévitablement chacun à sa propre finitude, cette mort à la deuxième personne dont parle V. Jankélévitch(17). On entendra par la suite le terme de finitude comme la dimension existentielle de la mort autrement dit comme le caractère de l'être fragile menacé et limité dans ses pouvoirs.

Un médecin généraliste sans exercice spécifique, comme l'hospitalisation à domicile (HAD) ou l'implication dans un hôpital local, accompagne en moyenne un à trois patients en situation fin de vie par an(18), alors que sa confrontation à la thématique de la mort semble bien plus fréquente (diagnostic de maladie grave, accompagnement de deuil, soutien psychologique après une fausse couche ou une interruption volontaire de grossesse, conduites suicidaires, symptômes médicalement inexplicables(19)). Les occasions de parler de la mort en médecine générale sont multiples et pas uniquement liées aux situations de patients confrontés à l'imminence de la mort.

Mais plus en profondeur, c'est le rôle de la médecine et des soignants qu'il conviendrait d'interroger. Le parler de la mort entre-t-il dans la fonction médicale ? Au sein de la médecine, la position singulière du médecin généraliste, dans sa relation de proximité avec le patient, transgénérationnelle et s'inscrivant dans la durée, peut-elle en faire un des acteurs-clés ? Les études semblent montrer que les médecins généralistes le pensent(16,20). Par ailleurs, ils perçoivent que la volonté des patients de savoir s'estompe, une fois confrontée à l'imminence de la mort. Seul « un patient sur dix veut (alors) parler de la mort »(20). Il semblerait donc intéressant que cette discussion ait lieu en amont.

La littérature questionne plus souvent des sujets indirects ou annexes au « parler de la mort » (place du médecin dans l'accompagnement de fin vie, connaissance et limites des directives anticipées, annonce de maladie grave...) et est le plus souvent centrée sur les médecins et non sur les patients eux-mêmes.

Il existe peu de données sur ce que peut signifier pour un patient « parler de la mort » avec un médecin.

L'objectif de ce travail était de recueillir le vécu de patients ayant déjà abordé la question de la mort avec leur médecin généraliste.

Matériels et Méthodes

Il s'agissait d'une étude qualitative exploratoire auprès de patients. La technique de l'entretien individuel semi-structuré a été choisie pour favoriser l'expression subjective approfondie sans influence extérieure d'un tiers.

Choix et recrutement des participants

Le choix a été fait d'un échantillonnage ciblé de façon à interviewer des personnes ayant abordé la question de la mort avec leur médecin généraliste mais n'étant pas nécessairement elles-mêmes en situation de fin de vie.

Le recrutement a d'abord été effectué à partir de médecins généralistes du Maine-et-Loire : ils devaient sélectionner dans leur patientèle, des patients majeurs avec qui, ils se souvenaient avoir eu une discussion précise autour de la mort. Les caractéristiques de ces médecins ont été variées sur : l'âge, le sexe, le mode et le lieu d'exercice et la réalisation de formations ou la pratique d'un exercice spécifique dans le domaine. Après sélection des patients, une lettre de recrutement leur était remise, directement par le médecin si celui-ci le souhaitait ou envoyée par courrier (cf. annexe).

En complément d'un recrutement centré plus favorablement sur des médecins généralistes sensibles à cette thématique, un recrutement en chaîne (séquentiel) à partir des premiers patients interviewés a parallèlement été mené.

L'échantillonnage des patients a été effectué en variation maximale sur les critères suivants : l'âge, le genre, la catégorie socioprofessionnelle et la croyance religieuse, cette dernière variable apparaissant a priori comme signifiante vis-à-vis du rapport à la mort.

Recueil des données

Le guide d'entretien (cf. encadré) a été élaboré en fonction des hypothèses sous-jacentes (puisque'il n'existait pas de référentiel sur le sujet). Il explorait les cinq thèmes suivants : contexte de la discussion sur la mort, contenu de l'échange, vécu, liberté d'expression, initiative de la discussion.

- 1- Pouvez-vous vous présenter, s'il vous plaît ?
- 2- Avez-vous déjà parlé de la mort avec votre médecin généraliste ?
- 3- Pouvez-vous me raconter ?
- 4- Comment vous sentiez-vous ?
- 5- Y avait-il d'autres choses dont vous auriez aimé parler à ce moment mais qui n'avaient pas été abordées ?
- 6- Vous sentiriez-vous à l'aise pour introduire une discussion à ce sujet avec votre médecin, pour vous ou l'un de vos proches ?
- 7- Pouvez-vous me décrire votre médecin généraliste ?

Guide d'entretien

Les entretiens ont été conduits par un interviewer unique, enregistrés sur dictaphone. Le lieu était choisi par le patient.

Chaque personne interviewée a signé une déclaration de consentement pour l'enregistrement des entretiens et l'utilisation des enregistrements à des fins de recherches (cf. annexes).

A l'issue des entretiens, un soutien psychologique a été systématiquement proposé soit auprès du médecin généraliste s'il apparaissait au cours de l'entretien que la relation de soin le permettait, soit à défaut en remettant aux patients les coordonnées de psychologues libéraux exerçant dans leur secteur.

La retranscription des entretiens a été proposée à chaque participant et celui-ci a pu en prendre connaissance seul ou en présence de l'enquêteur selon son souhait.

Le projet a obtenu l'accord préalable du Comité d'Éthique du CHU d'Angers (cf. annexe).

Analyse

Les entretiens ont été retranscrits en intégralité sous Word dans leur suite immédiate, anonymisés puis codés. Le codage et l'analyse faits en parallèle de la phase de recueil ont permis la modification progressive du guide d'entretien.

Une analyse a été effectuée de façon manuelle, dans une approche par théorisation ancrée(21). Le verbatim a été codé par un seul chercheur, revu et discuté par un deuxième. Une catégorisation des codages a été effectuée en commun, puis consolidée, ceci permettant la mise en relation des catégories existantes. Cette étape de conceptualisation a été travaillée au travers de la construction d'une carte conceptuelle (cf. annexe).

Résultats

Caractéristiques de la population d'étude

Difficultés de recrutement

Le recrutement a été difficile : sur les seize médecins généralistes contactés seulement quatre ont proposé des patients, malgré plusieurs relances. Néanmoins, toutes les personnes sélectionnées par les médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude. Deux médecins ont proposé chacun trois personnes, les deux autres une seule. Des refus de participation ont été rapportés par les personnes interviewées pour le recrutement en chaîne, sans que cela soit mesurable.

Caractéristiques des patients (cf. tableau I)

Onze patients ont été interviewés. Tous les patients recrutés avaient plus de 50 ans. Les personnes « religieuses » étaient de confession catholique. A l'exception d'un patient, tous vivaient ou avaient vécu en couple et avaient des enfants. Plus de la moitié des personnes étaient issues des catégories socio-professionnelles supérieures.

Plusieurs « couples » de patients ont été inclus : femme et mari (1 et 2, 7 et 8), fille et mère (5-10).

Le recrutement d'un membre actif de l'association ADMD (Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité) et l'éclairage spécifique sur la question de la mort que cet investissement entraîne a nécessité par symétrie le recrutement par connaissance d'un bénévole de JALMAV (Jusqu'À la Mort Accompagner la Vie). En effet, ces deux associations s'opposaient sur la question de l'euthanasie qui semblait un élément important de la discussion sur la mort.

Tableau I : Caractéristiques des patients

	Mode de recrutement	Caractéristiques patient							Durée de l'entretien
		Age	Sexe	Catégorie professionnelle	Situation conjugale	Enfants	Confession religieuse	Autre	
1	1	60-70	F	7 (3)	Mariée	O	Athée		27 min
2	1	60-70	M	7 (2)	Marié	O	Athé		20 min
3	1	60-70	F	7 (5)	Veuve	O	Athée	Membre active de l'ADMD	101 min
4	2	50-59	F	3	Mariée	O	Agnostique		54 min
5	1	60-70	F	7 (5)	En couple	O	Catholique		44 min
6	1	>80	M	7 (3)	Célibataire	N	Athé		46 min
7	2	60-70	F	5	Mariée	O	Athée		49 min
8	1	60-70	M	7 (3)	Marié	O	Athé		67 min
9	3	60-70	M	7 (3)	Marié	O	Catholique	Bénévole JALMAV	32 min
10	1	>80	F	7 (5)	Veuve	O	Catholique		17 min
11	1	>80	F	8	Veuve	O	Catholique		45 min

Mode de recrutement : 1- Par le médecin généraliste, 2- Séquentiel, 3- Par connaissance

Catégories socio-professionnelles simplifiées : 1. Agriculteurs, exploitants, 2. Artisans, commerçants, chefs d'entreprise, 3. Cadres et professions intellectuelles supérieures, 4. Professions intermédiaires, 5. Employés, 6. Ouvriers, 7. Retraités (+ code de la dernière profession exercée), 8. Autres personnes sans activité professionnelle

ADMD : Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité

JALMAV : Jusqu'À la Mort Accompagner la Vie

Caractéristiques des médecins (cf. annexes)

Conduite des entretiens et retours

Une charge émotionnelle importante a été perçue par l'interviewer au cours de plusieurs entretiens, à l'évocation de certains événements de vie personnelle (deuils – entretiens 4, 7 et 8) ou à l'anticipation de la perte d'un être proche (entretien 5). Néanmoins, en dépit d'une proposition systématique en fin d'entretien, aucune personne n'a souhaité un soutien psychologique.

La quasi-totalité des patients a souhaité la relecture des entretiens et environ la moitié en présence de l'enquêteur.

Données recueillies

Parler de la mort

Des contenus et des objectifs de discussion très variables

Pour la majorité des patients, parler de la mort avait surtout pour objectif de dire ce dont ils ne voulaient pas pour leur fin de vie : « *j'ai bien spécifié, (...) que si je ne veux pas d'acharnement thérapeutique, je demande à bénéficier de soins palliatifs. Tout ce qui pourrait apaiser la douleur, la souffrance physique, morale, tout ça* »P9, « *On est maître de sa vie ; je vois pas pourquoi les autres décident pour nous* »P11. Pour d'autres, c'était l'occasion de connaître le point de vue du médecin, « *savoir comment lui, il voyait les choses par rapport à mon mari (...) pour savoir à qui on a affaire, quelle sorte de médecin* »P3. Pour beaucoup, il était question d'obtenir un soutien face à une difficulté psychologique « *il m'a beaucoup aidé après la mort de mon mari* »P10 pour « *pouvoir sentir que les autres sont là* »P8. Une patiente inscrivait cette démarche dans une volonté de construction de sens : « *je voulais poser un acte (...) parce que ça correspondait à cet accompagnement que j'avais mené. (...) C'était une façon de clôturer ça* »P4. D'autres voulaient transmettre un souhait autour des rites funéraires « *je souhaite aussi me faire incinérer, ça je l'ai signifié à mes proches. Un grand débat avec ça, sur le sujet, avec mon conjoint qui entend pas du tout la question de l'incinération.* »P4, sur ce qu'ils voulaient laisser comme image, comme cette mère à sa fille : « *mais, t'as pas peur, si ça doit arriver, si... ? – Non, tu mettras ma robe bleue (...) tu m'enlèveras mes bijoux* »P5, ou comme trace : « *je voulais pas embarrasser les gens avec mon corps (...) Jean (le médecin généraliste) m'a conseillé de donner mon nom à la science, euh mon corps à la science* »P6. Pour certains, si la mort avait pu être évoquée, c'était au travers d'un tiers : « *on a parlé (...) par rapport à mon mari, en fait, surtout (...) qui était malade* »P3.

Pour deux personnes, l'échange avait permis au médecin de partager des difficultés personnelles autour de la mort, comme avec ce patient qui s'engageait personnellement dans l'accompagnement de personnes en fin de vie : « *il me disait que parfois lui-même (...) trouvait ça assez pénible. Accompagner, surtout quand il y avait un couple. Accompagner aussi la personne, le conjoint par exemple. (...) il me parlait des soins qu'il devait apporter. Des odeurs, des plaies... au domicile des personnes et que c'était difficile* »P9.

Malgré cela, les patients pouvaient témoigner une réserve sur l'intérêt de la discussion. Soit parce qu'il n'y avait pas de meilleure réponse à attendre que la sienne propre : « *qu'est ce que vous voulez qui me dise ? Il sait pas quand est-ce que je vais mourir et pis moi, non plus* »P10, soit parce que le vécu commun rendait inutile la discussion, comme pour cette patiente dont la fille est décédée à domicile en présence du médecin : « *j'avais l'impression qu'on n'avait pas besoin d'en parler parce qu'on l'avait vécu, toutes les deux* »P7.

Plusieurs mettaient en avant le tabou social « *vous faites un travail donc, j'imagine que vous avez l'ouverture d'esprit pour tout entendre, mais on peut pas parler comme ça...* »P8 et rappelaient en même temps que « *c'est délicat, on peut pas forcer la conversation* »P8. De nombreuses personnes insistaient sur une forme d'incommunicabilité tant le vécu de la mort restait individuel et intime : « *je vois avec ma sœur Mireille (qui vient de perdre son fils), on se parle. Je l'ai eu au téléphone, y a trois jours, ça a duré 1h et demi parce qu'elle avait envie de parler. Et que je me disais, il faut la laisser parler, mais en même temps, euh, voilà, c'est singulier aussi. C'est chacun... c'est le même évènement, mais on a des âges différents, chacun un tempérament différent et chacun aussi, entre guillemets, chacun des « croyances » différentes pour le vivre* »P8, « *c'est la représentation qu'on peut avoir les uns et les autres, des valeurs, des références philosophiques des uns et des autres* »P4.

La thématique de la finitude n'a pas été abordée.

Les patients identifiaient facilement les situations où ils avaient été amenés à en discuter : au cours de la maladie ou suite au décès d'un proche, dans les questionnements d'accompagnement de fin de vie des proches. Pour deux patientes, l'absence de maladie grave personnelle expliquait que la discussion autour de leur propre mort n'ait pas eu lieu : « *me concernant moi, je n'ai pas eu l'occasion parce que (...) j'ai pas pour l'instant été victime d'un... d'une maladie, en fait, d'une maladie grave* »P1.

Ils identifiaient également plusieurs occasions manquées, comme ce patient qui attendait une discussion à la remise des directives anticipées : « *moi c'était à mon intention, je pense que j'aurais voulu... bon, je pense que la prochaine fois, je vais lui en parler* »P9, ou cette autre pour qui le moment semblait opportun : « *c'était le moment de le faire, pour moi, c'était le moment de le faire* »P4.

En fait, peu d'échange avec le médecin généraliste

La plupart des personnes interviewées avaient peu ou pas parlé de la mort avec leur médecin généraliste, même si ce n'était pas leur première impression « *oui. (...) on en a parlé mais sans vraiment, parler réellement en termes d'entretien... On en a pas... enfin, j'ai pas souvenir d'une... d'une conversation en particulier* »P8.

Pour certains, la discussion n'était pas aboutie : « *C'est une démarche que j'ai pas approfondie avec le Dr Dupont, je trouve. Elle était là, présente tout le temps en fait, mais j'ai l'impression aujourd'hui, j'ai l'impression que j'en ai pas vraiment parlé, vraiment, à 100%* »P4. Que ce soit à l'approche du décès d'un proche ou même à distance des événements confrontant médecins et patients à la mort, il n'y avait pas d'évocation de la mort avec le médecin. « *Et, est-ce qu'à certains moments, vous aviez pu reparler de ce qui s'était fait (Accompagnement du décès de sa fille à domicile) cette... nuit-là ? NATHALIE : Non. On n'en a jamais reparlé* » P7.

Finalement, lorsqu'il s'agissait de repérer ce qui s'était dit, les patients revenaient sur leur première impression : *« eh bien non, c'est ça que je trouve bizarre. On a dû en parler, c'est sûr. (silence) Parce que c'est quand même curieux »*P3.

Pour plusieurs patients, l'absence de recours au médecin généraliste pour parler de la mort pouvait s'expliquer par l'accès à d'autres professionnels de santé : soignants d'EHPAD accompagnant les proches, personnel spécialisé hospitalier. *« C'est vrai qu'au niveau des médecins généralistes, on en a aussi moins ressenti le besoin parce qu'il y avait tout cet encadrement-là »*P8. Certains patients insistaient sur les contraintes temporelles : *« il n'a pas le temps de toutes façons »*P9, qui dans un cas avait pu être échangées avec le médecin généraliste. Et cette femme, secrétaire médicale, précisait : *« je dirais que les gens qui ont besoin de discuter, c'est avec moi qu'ils parlent. C'est pas avec les médecins, y a pas le temps, (...) je vois à quel point les gens qui sont concernés, ne peuvent pas en parler avec leur médecin généraliste »*P7. Ces recours à d'autres soignants au sens large pouvaient facilement être associés aux services d'un psychiatre : *« parce que on sait très bien que... un médecin c'est pas un psychiatre. Un médecin généraliste n'est pas un psychiatre. Donc il va falloir quand même ne pas trop prolonger le temps de parole »*P1.

Et une personne insistait sur les limites de la fonction médicale : *« après c'est des questions qui regardent pas les médecins »*P4.

Mais plutôt avec les proches

Ils trouvaient plus facilement un lieu de parole auprès de leur proches, amis, conjoints ou famille : *« j'avais des soupapes pour parler. Je suis d'une famille nombreuse donc avec mes frères, deux de mes frères... »*P8. Surtout quand ces proches avaient eux-aussi été confrontés à la mort : *« j'ai réussi à le décrypter avec un ami à moi qui avait vécu cette expérience-là avec aussi sa mère »*P4.

Plusieurs soulignaient leurs difficultés à l'aborder lorsque la proximité augmentait la charge affective, comme cette patiente qui n'arrivait pas à en parler avec sa mère *« je sais que je vais me mettre à... ça va être terrible. Ce serait un dialogue de larmes »*P5. Avec pour une patiente l'idée d'une juste-distance : *« De cette question-là, j'avais des difficultés à en parler avec mon conjoint, pourtant, ça fait presque trente ans qu'on vit ensemble. Je suis allée voir un des mes amis qui est plus,... qui est plus ouvert sur la question pour discuter avec lui. Ca me semblait plus facile. Peut-être aussi plus distant »*P4.

L'évocation de la mort entre les proches n'était pas vécue de la même façon par les deux interlocuteurs, comme dans ce couple mère-fille : *« c'est elle qui me dit souvent (...) « Oh, mais tu te rends compte, si je suis plus là. » Je lui dit « mais arrête avec ça » »*P5 et de l'autre côté, *« je pense souvent avoir envie de lui (sa fille) en parler mais... soit elle est pas là, soit elle est partie, ou alors, je voulais lui dire ça, (...) Pis quand elle revient, on parle d'autres choses et puis bon »*P10.

L'importance de l'expression de l'autonomie

Une place prépondérante de l'esprit des lois Kouchner et Léonetti

Les préoccupations des personnes rejoignaient les éléments des lois encadrant la fin de vie, sans toujours faire référence aux dispositifs juridiques. Pour la majorité des patients, il s'agissait en premier lieu d'exprimer sa volonté : « *j'ai demandé non seulement qu'on ne s'acharne pas, mais qu'on me laisse mourir tranquille* »P6, « *moi, je veux décider de ma mort, j'ai pas envie que ce soit les autres qui décident de ma mort* »P3. Pour certains, c'était s'interroger sur les soins raisonnables pour soi ou ses proches : « *faut savoir si on prolonge artificiellement son... sa vie en la nourrissant avec une perfusion ou...* »P2. Ces deux éléments amenaient une grande majorité des patients à la rédaction et parfois à la remise de directives anticipées, qu'elle portent ou non cet intitulé, une personne utilisant l'expression « *dernières volontés* »P11.

Les limites de la Loi et la question de l'euthanasie

Une patiente s'inquiétait de l'applicabilité de ses directives anticipées « *on peut très bien avoir un souci à 500 kilomètres de chez nous et le Dr Dupont, ben, ne sera peut-être pas interrogé. Et puis le Dr Dupont peut très bien avoir un accident et ne pas, euh, s... se... ne pas, si vous voulez, pouvoir produire le moment voulu, euh, ces papiers* »P1. Pour certains, cette Loi ne s'appliquait que trop tard : « *là, ça veut dire qu'il faut qu'il y ait déjà beaucoup de souffrance avant qu'ils puissent intervenir. (...) Mais je ne voudrai pas attendre ce seuil d'être endormi, parce que je me dis c'est trop tard. J'aurais pas décidé vraiment* »P3. En conséquence, certains auraient souhaité : « *aller un petit peu plus loin que la Loi Léonetti. (...) Je demandais le suicide médicalement assisté* »P6, pour finalement, avoir « *aussi le choix éventuellement de pouvoir interrompre* »P2.

L'analyse des propos des deux membres associatifs (JALMAV et ADMD) montrait que l'un comme l'autre avait un intérêt particulier par rapport au questionnement sur la mort. L'attachement du membre de l'ADMD à la défense de l'euthanasie lui était spécifique, même si la question de la sédation « pour aider les gens à mourir » paisiblement a été évoquée par le bénévole de JALMAV. Les deux témoignages se rejoignaient fortement sur l'importance que les patients accordaient au respect de leur volonté.

Quelle place pour le médecin généraliste ?

Pour certains, le médecin généraliste revêtait le rôle de garant de la volonté du patient, soit comme personne de confiance : « *c'est bien d'avoir un médecin, une personne de confiance qui puisse respecter tout ça.* »P3, soit comme dépositaire des directives anticipées. Pour une patiente, il incombait au médecin un rôle d'expertise juridique dans la vérification de la validité des directives anticipées. Dans un cas, le médecin avait été à l'initiative et acteur du recours à la Loi Léonetti face au souhait du patient : « *on en parlait assez régulièrement (...) compte tenu de mes exigences, c'est lui qui l'a rédigé* »P6. Enfin, dans le cas particulier de l'euthanasie, une patiente plaçait le médecin généraliste comme acteur du geste soit par prescription des drogues : « *j'aurai besoin du médecin parce que je n'ai pas tous les médicaments non plus. Il me manquerait les anti-vomitifs* », soit par réalisation du geste en lui-même « *je serai plus pour que ce soit le patient... mais tout le monde n'est*

pas capable. C'est pour ça qu'il faut une loi, pour que le médecin puisse aussi pratiquer sur des patients qui ont fait justement toutes leurs... démarches administratives »P3.

D'après cette même patiente, c'était au médecin d'introduire la discussion sur l'euthanasie avec tous les patients, en mettant toutefois en avant, les précautions qu'il devrait prendre pour le faire. « *Je pense bien qu'il faut bien cerner le patient. Parce qu'un médecin a toutes sortes de patients. Y en a qui sont à l'écoute, y en a qui sont pour, y en a qui sont contre. Mais je trouve que c'est bien d'aborder le sujet même avec ceux qui sont contre* »P3.

L'expression d'une relation de confiance envers le médecin généraliste

Etablie sur la reconnaissance de compétences diverses

Les patients reconnaissent aux médecins des connaissances et des savoirs. Mais surtout la plupart témoignaient des compétences relationnelles des médecins, dans un « *contact assez naturel* »P8 qui permet de « *parler librement et intelligemment* »P11. Le médecin était perçu comme un « *confident* »P3 et P10, qui témoignait d'une attention aux autres : « *il s'occupe beaucoup des gens. C'est quelqu'un de très humain* »P11, de laquelle découlait une bonne connaissance de ses patients « *Je vois bien aujourd'hui que Gilbert, il a tout en mémoire* »P8. Plusieurs souhaitaient une écoute large « *je me suis fait très très mal au genou. J'ai pas fait du tout soigner ce problème-là pendant toute la période d'accompagnement. (...) Une fois le décès de ma mère, tout m'est un peu retombé un peu sur... le genou (...) Donc je suis allée consulter mon médecin généraliste pour mon problème de genou. (...) Je venais pour qu'elle regarde mon genou mais qu'elle prenne aussi en compte le genou dans son contexte* »P4. L'ensemble faisait du médecin généraliste un premier recours pour parler de la mort : « *oui, je pense que ce serait lui qui... que je solliciterai en premier* »P2.

Appuyée sur une relation durable ancrée dans l'histoire individuelle et familiale des patients

Beaucoup de patients se référaient au vécu positif de l'attitude du médecin dans le passé : « *j'ai été victime d'une grave dépression nerveuse et il a été vraiment très efficace. Hum il m'a hospitalisé assez vite. Et bon, je veux dire qu'il a fait les choses hum hum vite* »P1. Il en découlait une reconnaissance importante : « *c'est le Dr Durand qui a enseveli mon mari. Et dont, je me souviendrai de mon vivant et que je le remercie encore, encore, encore. Il a été un secours pour moi, terrible* »P10, « *oui, il a toujours été présent. Ah oui, et jusqu'à sa mort, c'est lui qui s'est occupé de papa. C'est lui qui l'a nettoyé, qui l'a habillé, qu'a tout fait. Ca, maman, elle lui en sera éternellement reconnaissante, et moi aussi* »P5. Au-delà du patient lui-même, le médecin s'inscrivait dans la prise en charge de la famille : « *on allait voir Gilbert (le médecin généraliste). (Notre fils) avait que 10 ans à ce moment-là. Quand il a eu 13-14 ans, il a eu mal à la tête. Je savais que c'était toujours psychologique. Là, il allait voir Gilbert tout seul. Gilbert là-dessus (elle pleure) oui, a fait beaucoup* »P7.

Certains discutaient avec leur médecin sur des sujets très variés « *de la vie, du mariage, du divorce, de la tromperie, voilà. On parlait de tout, de tout ensemble* »P5, « *on échangeait beaucoup sur les questions*

sociales »P4, « on parlait de tout et de rien. On parlait de tennis, on parlait de ces filles, on parlait de nos familles respectives »P6. Pour quelques patients, le vécu commun faisait que la relation dépassait souvent la relation de soin : « je la connais tellement... On a tellement ça en commun, que je peux passer sur plein de choses »P7, « c'est un brave type. On est... culs et chemises (rires) Non, c'est vrai, c'est un très bon copain »P6.

Le non-dit prédominant par rapport à ce qui est verbalisé

Projections et représentations

Chez la totalité des personnes interviewées, on retrouvait des éléments imaginés sur le médecin qui n'avaient pas fait l'objet d'une discussion explicite. Plusieurs patients avaient une impression de communauté de pensée avec lui : « je me rends compte, aujourd'hui que j'en ai pas suffisamment discuté. Même si on sait le Dr Dupont et moi qu'on est sur la même longueur d'onde »P3 ou encore : « je sens ou je crois sentir en tout cas, une espèce de communauté de vue sur un certain nombre de problèmes »P2. Parfois, les patients supposaient les intentions du médecin « mais je pense qu'il me demandait si ça allait... à dessein »P8, ou imaginaient ses réactions « non, non, si je lui avais demandé, il m'aurait répondu »P1. Une patiente suspectait une « vision jusqu'au-boutiste » universellement partagée par la communauté médicale : « ce qui me fait peur c'est que les médecins (...) veulent toujours aller plus loin (...) Il faut toujours qu'ils en rajoutent un peu »P3. Une autre présumait le rapport entretenu par les médecins vis-à-vis de la mort : « les médecins généralistes, je dirai presque qu'ils ont peur... de ça »P7. Un patient présumait que le manque de temps était le principal frein à la discussion sur la mort avec le médecin généraliste : « je pense qu'à chaque fois, c'est surtout le manque de temps qu'il a »P9. Plusieurs patients établissaient des parallèles : « pour moi, la question de l'accompagnement et de la fin de vie, c'est une question qui est un peu proche de la question de l'IVG »P4, en admettant toutefois que ce rapprochement n'était pas forcément partagé par le médecin : « peut-être que je me suis trompé et que c'est deux choses complètement différentes pour elle, après tout, pourquoi pas »P4.

Interprétation du non-verbal

L'absence de verbalisation par le médecin induisait une situation d'incertitude déstabilisante pour les patients : « difficile de savoir, euh (...) ce qu'il pense vraiment »P9, qui les conduisait parfois à remettre en cause les compétences relationnelles des médecins : « je me suis questionné sur le degré d'écoute qu'elle pouvait avoir de cette question-là. Ou qu'elle voulait pas du tout ou si elle le recevait de façon neutre. Enfin bon, j'ai pas su (...) interpréter son attitude »P4. C'était au travers des éléments non-verbaux que les patients interprétaient l'opinion des médecins : « son regard »P8, « visage assez fermé »P4. Pour deux patients, le silence était synonyme de refus : « j'avais évoqué avec lui le problème de la sédation, et là, je sentais qu'il fallait pas aller trop loin, qu'il était réticent. C'est un sujet qu'il aime pas aborder. Y a eu un blanc. Y a eu un blanc et j'ai bien vu qu'il fallait pas insister... »P9, « moi j'avais rédigé mes directives anticipées, avec un double au médecin. Et quand j'ai évoqué cette question-là euh avec elle. Voilà, j'ai senti un espèce de mur, elle voulait pas discuter de ça »P4.

Tabou de la croyance spirituelle dans la relation médecin-patient

Pour la quasi-totalité des patients, la question de la croyance spirituelle n'avait pas été abordée : « *je sais pas si je pourrais l'aborder avec lui. (...) j'aurai peur de le choquer* »P9. La croyance du médecin n'était jamais évoquée : « *il savait que je n'avais plus de religion (...) mais ce qu'il pensait lui...* »P6, « *non j'ai pas questionné le médecin, non, non* »P1. Ce qui contrastait encore une fois avec la première impression : « *oh, oui, oui. Ouais, sur ces aspects-là. Je sais pas si réellement, c'était des... c'est peut-être moi qu'ai plus, sur l'aspect comme ça, des croyances, euh... je sais pas... je connais pas là-dessus, ses croyances à Gilbert* »P8.

Cette absence d'échange interrogeait d'autant plus que pour une grande majorité des patients, la croyance spirituelle constituait un déterminant important de leur rapport à la mort, qu'ils soient croyants « *je me... (pause) je me rattrape un petit peu sur la religion. Je m'accroche aux branches finalement* »P5, « *je suis persuadé qu'il y a quelque chose après la mort* »P9 ou non « *une forme de spiritualité peut-être, de respect, par rapport à ce qu'est la mort, la vie, l'humain* »P7, « *j'ai pas de soucis avec l'au-delà (...) je me demande pas si je vais aller en enfer ou au paradis* »P2.

Comme pour la question de la mort, une patiente interrogeait la limite du champ médical « *I : Est-ce que vous aviez pu quelques fois parler avec lui de confession religieuse ? – Manon : Non, non, pourquoi ? Il est docteur, il est docteur. Il parle de mon traitement et pis de médicament* »P10.

Discussion

Résultats principaux

Les contenus et objectifs de la discussion sur la mort étaient très variables : transmettre son souhait de fin de vie, échanger des points de vue, obtenir du soutien, partager un souhait autour des rites funéraires. Cette discussion avait plutôt lieu avec les proches qu'avec le médecin généraliste.

L'expression de l'autonomie semblait prépondérante au travers d'un questionnement sur les directives anticipées et parfois sur l'euthanasie.

Le médecin généraliste semblait malgré tout bénéficier d'une relation de confiance qui faisait de lui un interlocuteur privilégié potentiel. Cette position s'appuyait sur une relation durable ancrée dans l'histoire individuelle et familiale des patients.

Au sein de la communication avec le médecin généraliste, le non-dit semblait prédominant, laissant une place considérable aux projections et aux représentations des patients, en particulier sur la fonction du médecin généraliste et sur le rapport des médecins à la mort. L'attitude du médecin était déduite d'éléments non-verbaux. La croyance spirituelle était constamment tue alors même qu'elle constituait un déterminant important du rapport des patients à la mort.

Discussion générale

La situation de communication

L'hypothèse principale de ce travail reposait sur l'existence de difficultés communicationnelles entre patients et médecins autour de la question de la mort, entendues comme le sentiment d'une interaction insatisfaisante pour au moins l'un des deux interlocuteurs.

Cette étude semblait apporter des éléments de réponse, en précisant plusieurs aspects du modèle de la communication retenu. En effet, elle a permis d'identifier certaines préoccupations des patients (objet de la communication ou message à délivrer). Elle semblait suggérer que le message délivré s'appuyait finalement sur peu d'éléments verbaux (code / canal). Elle permettait de dégager certaines composantes du bruit, qu'il était possible de classer en fonction de leur rapport au patient (internes, propres à la relation, externes). Du médecin, les patients recevaient principalement des signaux non-verbaux dont ils ne pouvaient dire si l'interprétation était exacte ou non. En conséquence, les patients semblaient confrontés à un double problème, sémantique (conformité du message transmis) et pragmatique (obtention de l'effet recherché sur l'interlocuteur)(22), les laissant parfois dans une position d'incertitude inconfortable.

L'entretien exclusif avec les patients ne permettait pas de savoir ce qui avait été compris par les médecins (récepteurs). Symétriquement, il était impossible de définir le message envoyé par les médecins, autrement que par ce qui en était compris des patients, rendant la conformité du message transmis inévaluable. Il pourrait être intéressant d'explorer la compréhension par les médecins des préoccupations des patients et d'identifier les préoccupations des médecins sur cette thématique.

De manière symétrique, il est imaginable de penser que les médecins abordent cette question au travers d'éléments non-verbaux du patient et des projections-représentations qu'ils se font du patient. Parmi les raisons qui peuvent pousser les médecins à ne pas aborder la question de la fin de vie, et donc indirectement de la mort, l'étude d'A. Mondo identifiait en effet des éléments de l'ordre du ressenti : « fragilité psychologique du patient », « personnalité, vécu, spiritualité », « emprise psychologique d'un tiers trop importante »(12).

La figure 2 modélise les apports de l'étude.

Dans une perspective exploratoire, le recours au modèle linéaire de Jakobson(14) semblait raisonnable bien que réducteur. En effet, ce choix limitait la compréhension du phénomène dans sa globalité. La modification du message induite par la dynamique de rétroaction du récepteur(23) n'a pas pu être étudiée au regard de ce qui a été exploré. Il en était de même pour ce qu'aurait induit la modification de la situation de communication, par exemple avec des interlocuteurs multiples (consultation à trois). Les apports récents des sciences de la communication et de la psychologie sociale, entre autres fruits de l'école de Palo Alto(23,24), permettraient d'en enrichir l'analyse.

Au-delà d'une réflexion centrée sur la communication, les recherches en soins palliatifs(25) et en médecine générale(26,27) s'intéressent plus à la question de la relation. Les rapports entre communication et relation peuvent être analysés de deux façons diamétralement opposées. Pour les sciences de la communication, la relation est un élément de la communication et s'apparente à une méta-communication, une communication

sur la communication(23). A l'inverse, les recherches autour de l'interaction médecin-malade font de la relation une dimension plus large où la communication s'apparente alors à un outil(26,27).

Qu'advient-il de la relation en médecine générale lorsqu'on est amené à parler de la mort, en dehors du cadre des soins palliatifs ?

Objectifs cachés de l'expression de l'autonomie

L'expression de l'autonomie apparaissait comme centrale dans les préoccupations des patients. Qu'il soit question de directives anticipées ou d'euthanasie, l'expression d'un droit à choisir sa fin de vie était fortement marquée dans le discours des patients. Mais clamer bruyamment ce libre-arbitre alors que la fin de vie reste un futur lointain n'est pas synonyme d'une demande d'exercer cette décision. En d'autres termes, ce n'est pas parce qu'on affirme vouloir l'euthanasie le moment voulu que le moment voulu, on la demandera. Un constat similaire a été mis en évidence dans plusieurs études, au travers du choix du lieu de décès, qui se trouvait fortement modifié en fonction des perspectives de guérison(28). L'expression de la volonté de maîtrise de sa fin de vie pourrait apparaître alors comme une recherche d'apaisement de l'angoisse de mort(29). Une telle demande « prophylactique » d'euthanasie pouvant alors être entendue paradoxalement comme une affirmation de la vie.

Parallèlement, on peut postuler que cette expression d'autonomie témoignait d'une volonté de donner du sens à ce qui n'en a pas, à ce qui est un non-sens par nature(17). En effet, le plus souvent, elle semblait pouvoir être entendue comme une tentative d'apaisement de la souffrance liée à la perte du proche dans des circonstances jugées inacceptables.

Il ne s'agit pas de nier le principe des directives anticipées, qui accorde au patient la capacité de définir de façon anticipée ce qu'il souhaitera pour lui-même, mais simplement d'alerter sur la possibilité d'un sens double voire triple.

La sensation d'insatisfaction du patient apparaîtrait alors lorsque le médecin ne témoignerait pas explicitement de la compréhension de l'un ou l'autre de ces messages ou des deux combinés.

Une position favorable pour le médecin généraliste

Les résultats semblent indiquer que le médecin généraliste – dans sa relation de proximité avec le patient, transgénérationnelle et s'inscrivant dans la durée – se trouve dans une position qui fait de lui un interlocuteur privilégié potentiel.

Si parler de la mort repose essentiellement sur des messages non-verbaux ou exprimés de manière détournée et compte tenu de la fréquence élevée des consultations pour des troubles somatomorphes(30), il y a fort à penser que certains recours au médecin seraient en fait des signaux-symptômes(31), portes ouvertes sur la question de la mort(19) : réactivation des céphalées de P8 à la mort de sa fille, maux de ventre du fils de P7 au décès de sa sœur ou encore, douleur de genou de P4 motivant le recours au médecin généraliste à la mort de la mère.

Il semble qu'une écoute active(32) permettrait au médecin de se saisir de ces occasions. En effet, au travers d'une relation dans la durée, le médecin généraliste construit une connaissance du patient multidimensionnelle, anthropo-socio-psychologique, lui permettant d'entendre la plainte au-delà d'une interprétation purement biomédicale(33).

L'étude montrait également que les patients s'autocensuraient parfois soit parce qu'ils ne se représentaient pas cette question dans le champ de la médecine générale, soit parce qu'ils déduisaient des non-dits du médecin son rapport à la mort et le plus souvent défavorablement : peur de la mort, inconfort à aborder cette question... Cette analyse implicite était peut-être juste mais rien ne permet de l'affirmer n'ayant pas pu explorer l'opinion des médecins. Il semble donc qu'il existe un réel enjeu pour le médecin à lever ces zones d'ombre de façon à témoigner d'un intérêt particulier ouvrant ainsi un espace de parole pour le patient.

Les médecins et la mort

La littérature concernant les médecins et les jeunes médecins s'intéresse surtout à leur expérience face à la mort des patients. De manière concordante, elle semble montrer que le vécu de la mort est très variable en fonction du patient, allant de la tristesse à l'indifférence en passant par la culpabilité(16,34,35). L'impact émotionnel semble corrélé à la durée de la relation(16,36), mais pas corrélé à l'expérience des médecins(36). Les médecins, s'estimant souvent mal formés à l'accompagnement de la mort et du deuil(16,35,37-40), se trouvent contraints de gérer cette situation au travers de leur expérience personnelle(37) ou professionnelle en développant des mécanismes adaptatifs centrés sur la gestion des affects et la résolution de problèmes(41). La pratique des soins palliatifs pourrait même jouer un rôle positif dans la prévention du burn-out(41). Une large étude conduite en 2007 chez des médecins hospitaliers anglais a montré que la majorité des médecins étaient satisfaits de leur gestion de la mort du patient(40). De manière assez constante, les médecins estiment qu'ils ont peu de discussion sur la mort de leurs patients(16,36). En miroir des patients, les études montrent que s'ils bénéficient d'un soutien, c'était auprès de leurs proches plutôt qu'auprès de leurs collègues (16,35). L'attente d'un soutien psychologique reste minoritaire mais fortement corrélée avec l'impact psychologique suscité par le décès(36). La situation actuelle du médecin généraliste semble l'exposer à un impact émotionnel plus traumatique. En effet, la relation spécifique à la médecine générale l'implique fortement, à la fois dans la durée et dans la globalité des patients. Par ailleurs, malgré la tendance actuelle à l'exercice en groupe, il reste quand même plus souvent isolé que ses confrères d'autres spécialités.

En dehors d'une étude qualitative de 2014 suggérant que les médecins pouvaient se sentir confrontés à leur propre vulnérabilité face au décès des patients(34), la littérature apporte peu de réponse sur le rapport des médecins à la finitude ni sur la place qu'ils y accordent dans leur pratique. Néanmoins, au-delà de son rôle professionnel, le médecin est un homme mortel comme les autres en prise à sa propre souffrance existentielle, « qui en partage les refus et les craintes communes »(1). L'apport de la psychanalyse éclaire la relation de soin d'une dynamique transférentielle et contre-transférentielle(42) inévitable. Dès lors, parler de la mort avec les patients renvoie automatiquement le médecin à sa propre vulnérabilité. Plus loin, « certains psychanalystes assurent que le choix d'une carrière médicale ne témoigne pas d'une insensibilité aux problèmes du trépas mais, au contraire, d'une angoisse inconsciente particulièrement vive à son égard »(1).

Les difficultés à parler de la mort et l'absence d'évocation de la finitude pourraient alors apparaître comme un mécanisme de défense des médecins face à l'inquiétude existentielle que cela suscite chez eux.

Accepter de perdre le contrôle

C. Herzlich écrivait en 1976 « dans deux des études les plus systématiques du traitement de la mort à l'hôpital, réalisées dans six hôpitaux californiens, Glazer et Strauss(43,44) montrent clairement comment l'occultation vise moins à éviter au malade l'angoisse de la fin prochaine qu'à protéger la vie hospitalière de la « crise » que représente l'irruption imprévue de manifestations émotionnelles intenses dues à la prise de conscience ouverte du trépas »(1). On peut postuler qu'un phénomène similaire est à l'œuvre autour du parler de la mort. Dans notre étude, les patients rapportaient combien l'évocation de la mort, réelle ou anticipée, pouvait être déstabilisante et source de réactions difficiles à anticiper par autrui. La réflexion philosophique fait de la mort un phénomène par nature méconnaissable(17). Dès lors, la position du médecin semble plutôt inconfortable. Peuvent-ils faire, raisonnablement, le choix délibéré de s'exposer sur un terrain qu'ils savent ne pas maîtriser ? Finalement, s'aventurer sur le terrain de la mort reviendrait à accepter l'imprévisibilité, l'absence de réponse immédiate, en un mot, la perte de contrôle.

Pourquoi la perte de contrôle est-elle inconfortable pour les médecins ?

Les futurs médecins sont nourris d'une formation construite, au moins jusqu'à la 6^{ème} année, sur un paradigme positiviste, qui entend à un problème une seule bonne solution et où on attend le plus souvent d'eux une réactivité sur un mode « stimulus-réponse ». « Très largement prise dans un « faire », la médecine réalise des actes »(4). Aborder un terrain où seuls, la multitude des représentations, le temps, le « non-faire » et le dialogue ont leur place, nécessite une modification en profondeur de cette attitude. « Face à la mort annoncée, c'est tout un ensemble de transactions qui se nouent entre l'individu, ses proches et les professionnels. »(45)

Par ailleurs, sur le plan psychologique, les médecins identifient qu'une des difficultés qu'ils rencontrent dans la pratique des soins palliatifs réside dans l'impossibilité d'exprimer leurs sentiments « en lien avec un idéal de soignant fort »(41). Mais garder le contrôle sur la relation apparaît aussi comme un moyen pour les médecins qui sont confrontés à la mort, de se protéger pour éviter une trop forte implication émotionnelle qui compromettrait leur équilibre professionnel et personnel(25,41).

Enfin, accepter de perdre le contrôle, c'est aussi faire le deuil de la toute-puissance du médecin. D'un point de vue psychanalytique, les médecins pourraient y être réticents par crainte d'altérer la positivité du transfert, menaçant ainsi la relation.

La compréhension de ces déterminants conscients et inconscients des réticences des médecins généralistes pourrait permettre de proposer des solutions de dépassement pour ouvrir la parole sur la question de la mort.

Pourquoi parler de la mort ?

La littérature n'explore pas l'expérience des médecins sur les consultations où ils sont amenés à parler de la mort en dehors du champ des soins palliatifs.

Le mode de recrutement choisi pour ce travail était lié aux souvenirs du médecin de l'existence d'une discussion sur la mort. Ainsi, les choix des médecins apportaient des éléments sur ce que peut signifier pour eux parler de la mort. Deux grandes catégories se dégageaient : ceux qui abordaient la question de la mort par le deuil (patients 5, 8, 10) et ceux qui l'abordaient par la question de l'autonomie (patients 1, 2, 3, 6, 11).

Par ailleurs, il est imaginable qu'il existe un auto-questionnement des médecins sur les limites de leur fonction. Une forme de pudeur au regard d'une interrogation qui touche à l'intimité profonde des individus et qui est potentiellement perçue comme intrusive. De manière analogique à la dérogation de violation du corps autorisée aux médecins au profit de la santé, cette intrusion renvoie à la question de l'intention. Si le but ne lui semble pas évident, le médecin se pense-t-il légitime pour questionner cette intimité ?

Le concept de démarche globale centrée patient(33) propre à la médecine générale apporte des éléments de réponse. En effet, l'approche holistique du patient se nourrit d'éléments sur lesquels parler de la mort peut sembler éclairant : éléments de son histoire (événements de vie, trajectoire de vie), de ses représentations (croyances, symboles), de ses préférences (objectifs de vie, priorités, perspectives)(33). Au-delà d'un voyeurisme suspect, parler de la mort pourrait alors être un moyen pour le médecin généraliste d'ouvrir la parole du patient sur des éléments anthropo-psycho-sociaux susceptibles d'influencer positivement la qualité de sa prise en charge future.

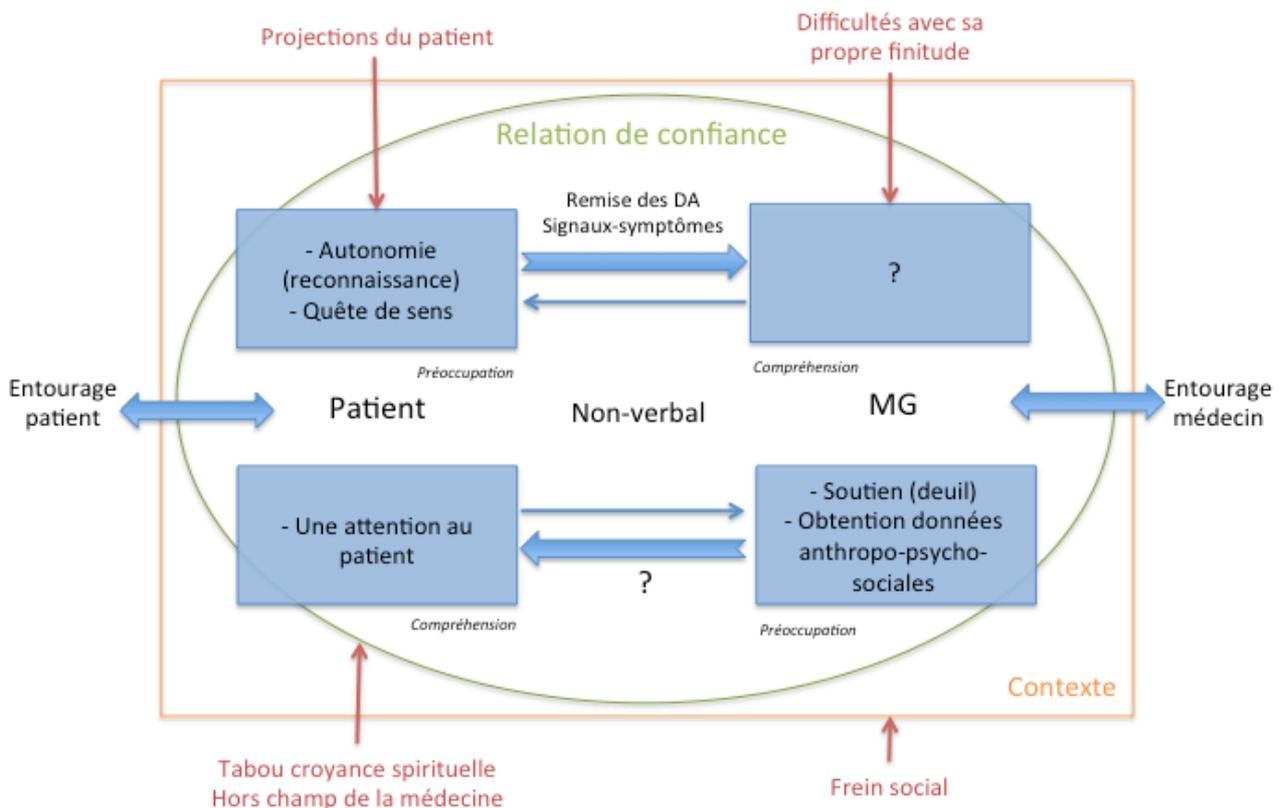


Figure 2 : Parler de la mort en médecine générale (MG : Médecin généraliste, DA : Directives Anticipées)

Forces et faiblesses

Échantillon des participants

Cette étude présente un biais de sélection. En effet, la quasi-totalité des patients recrutés étaient issus de catégories socio-professionnelles intermédiaires et élevées. Le recrutement était fait à partir du souvenir des médecins généralistes d'une discussion précise sur la mort. On peut peut-être y voir une facilité à la discussion dans cette sous-population. Tous les patients « religieux » étaient de confession catholique, en conséquence, il a été impossible de dégager des éléments d'analyse plus poussés autour de cette thématique.

Il n'a pas été possible d'obtenir la variation maximale au regard du critère « âge » puisque tous les patients avaient plus de 50 ans. Il semblerait que l'âge soit un déterminant important des discussions sur la mort. Pourtant, dans une étude de 2008, 60% des patients et 60% des médecins s'accordaient pour dire que l'âge était sans importance pour évoquer la question des directives anticipées. Ce résultat peut sans doute s'expliquer par l'augmentation des occasions favorisantes.

Cette étude présente également un biais de recrutement puisqu'il est légitime de penser que les médecins répondants étaient probablement plus sensibilisés à cette thématique. Le risque d'un tel biais consistait dans la possible majoration du ressenti positif des patients vis-à-vis des aptitudes de leur médecin à parler de la mort. Autrement dit, cela risquait de minimiser le frein médical à parler de la mort.

Par ailleurs, les médecins répondants étaient quasi exclusivement des hommes âgés de plus de 50 ans et jamais de moins de 40 ans. Il est possible que cela soit en partie lié à la démographie médicale(46). Néanmoins, la confiance nécessaire aux discussions sur la mort s'appuyait notamment sur une relation dans la durée. L'âge des médecins augmentant parallèlement à la durée des suivis, cette relation de confiance favoriserait les discussions sur la mort.

Difficultés de recrutement

L'un des principaux problèmes rencontrés par cette étude était lié aux difficultés de recrutement. Plusieurs hypothèses, qu'il conviendrait de vérifier, semblaient pouvoir expliquer ce phénomène. Conséquence des réticences des médecins et des patients à parler de la mort, la fréquence de ces discussions est probablement faible. Les réticences des médecins à proposer des patients pouvaient également être liées à une crainte de s'exposer, dans une situation qui met aussi en jeu leur intimité. Par ailleurs, les résistances des médecins pouvaient s'inscrire dans un souci de protéger des patients fragiles ou fragilisés, par exemple par le deuil. Ces différents freins peuvent également se combiner.

A l'inverse, il était intéressant de constater que tous les patients sélectionnés par les médecins ont accepté de participer. Au-delà du biais de désirabilité (sentiment gratifiant d'avoir été choisi comme digne d'intérêt), cela peut témoigner d'une relation de confiance avec le médecin qui proposait le projet (ce qui semblait être confirmé par notre étude) mais peut-être aussi d'une bonne connaissance du patient par son médecin : intérêt pour le sujet, facilité à discuter.

Choix de la technique des entretiens semi-directifs individuels

L'entretien semi-directif individuel nécessite la maîtrise de techniques de communication spécifique : écoute active(32), relances, reformulation, demande de clarification(47). La relecture des premiers entretiens a pu mettre en évidence l'utilisation trop importante de questions fermées, ainsi que certaines relances trop interprétatives. L'expérience a permis de corriger ce défaut par la suite.

Il convient de noter que le statut de l'enquêteur, interne en médecine d'une trentaine d'année, de sexe masculin, a pu influencer le discours des personnes interviewées : risque d'identification du thésard à leurs enfants ou petits-enfants, parfois explicitement exprimé par les patients, différence générationnelle importante avec les patients, distance théorique par rapport à la mort.

Les entretiens s'appuyaient principalement sur les souvenirs des patients et de fait, exposaient leurs propos à un biais de mémorisation. Au-delà du « simple » oubli lié aux souvenirs d'éléments de vie anciens, une lecture psychologique peut y voir un mécanisme de défense, et la psychanalyse un témoignage de l'inconscient refoulé.

Limite du guide d'entretien

La saturation des données n'a pu être obtenue, notamment sur la thématique de la finitude. Cela était peut-être expliqué par le guide d'entretien. En effet, le guide d'entretien explorait principalement ce qui avait trait à la communication et l'enquêteur se contentait aux différentes étapes de faire clarifier les éléments de contexte et de contenus (thématique et terminologie employées par le patient et le médecin) ou de faire préciser la situation de communication (initiative...). L'apport de nouveaux éléments de contenu était laissé à l'initiative de la personne interviewée et l'enquêteur ne faisait jamais de lui-même référence à cette dimension existentielle.

Les travaux de Claude Rougeron autour des aspirations spirituelles des patients en fin de vie (48-50) permettent de faire l'hypothèse qu'il en aurait été différemment en interviewant des personnes en soins palliatifs par exemple.

Expérience de recherche du thésard

Pour ce premier travail de recherche qualitative, le chercheur a bénéficié de l'accompagnement méthodologique d'un chercheur plus expérimenté. Ses connaissances méthodologiques théoriques ont été renforcées par la participation à des formations méthodologiques spécifiques (école d'Automne de FAYR-GP 2013 et 2015, ateliers thèses concernant les études qualitatives proposés par le Département de médecine générale de la Faculté de médecine d'Angers) et au travers de lectures personnelles sur les concepts, la méthodologie et la pratique d'une recherche qualitative par entretiens semi-directifs(51-53).

Critères de scientificité du travail

Ce travail a satisfait à certains critères de qualité de la méthodologie qualitative, entre autres, celui de la réflexivité et de l'ouverture d'esprit du chercheur qui a notamment conduit à la modification progressive du

guide d'entretien au regard de l'analyse progressive des entretiens : abandon de la question 5 qui s'avérait peu informative. Il s'est également traduit par la déconstruction d'un schéma explicatif descriptif construit à l'issue des premiers entretiens laissant la place à de nouvelles idées émergentes et ayant permis la construction d'un schéma explicatif plus analytique(21). L'évolution progressive de la carte conceptuelle organisant les résultats en témoigne (cf. annexes).

Originalité de l'étude

Ce travail a permis une exploration du vécu des patients dans les consultations de médecine générale où la question de la mort est abordée, en dehors du cadre des soins palliatifs. Contrairement à la plupart des travaux sur cette thématique, cette étude était directement centrée sur le patient.

Conclusion

Les résultats de cette étude semblent montrer que les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste sont assez ambivalentes, celle d'un confident à qui on ne peut (ou ne veut ?) pas tout dire, celle d'interlocuteur préférentiel mais qui dans les faits est finalement peu sollicité.

Riche des enseignements des sciences de la communication et de la psychanalyse, il semble que le médecin doive faire preuve d'une écoute particulière pour saisir les occasions favorables aux patients pour en parler : évènements de vie, demandes plus ou moins explicites, signaux-symptômes...

En levant les zones de flou qui rendent la communication inconfortable pour les patients, le médecin pourrait ouvrir un espace de parole. Au-delà du voyeurisme suspect, parler de la mort permettrait aux soignants d'enrichir leur compréhension des patients dans leur globalité.

Plusieurs points de questionnement persistent.

La position et la compréhension des médecins de ce phénomène restent incertaines. Que comprennent-ils des préoccupations des patients qui parlent de la mort ? Quand ont-ils eux-mêmes l'impression de parler de la mort ? Quelles sont alors leurs préoccupations ? Quel rapport entretiennent-ils avec leur propre finitude ? Au-delà de leur questionnement personnel, quelle place y accordent-ils dans leur pratique ?

Il conviendrait également de préciser les déterminants conscients et inconscients des réticences des médecins généralistes à parler de la mort, de façon à proposer des solutions de dépassement pour ouvrir la parole sur cette question.

La relation médecin-patient est un processus dynamique qui dépasse la communication. Qu'advient-il de cette relation en médecine générale lorsqu'on est amené à parler de la mort ?

Si le recours au prêtre n'est plus la première option, à qui les individus adressent-ils leur questionnement existentiel ? Par analogie, le cabinet du médecin généraliste reste un des derniers lieux facilement accessibles où le secret est de mise. Serait-ce alors aux médecins d'y répondre ? Si la fonction du médecin se définit au regard des attentes sociales et donc de celles des patients, notre étude ne permet pas de répondre à cette question.

Bibliographie

1. Herzlich C. Le travail de la mort. *Ann Hist Sci Soc.* 1 janv 1976;31(1):197-217.
2. Carol A. Les médecins et la mort: XIXe-XXe siècle. Aubier; 2004.
3. Thomas L-V. La mort. Paris, PUF. «Que sais-je; 1988.
4. Schepens F, Castra M, Aubry R. Le soignant et la mort - ouvrage collectif [Internet]. Fnac.com. 2013 [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://livre.fnac.com/a4998940/Florent-Schepens-Le-soignant-et-la-mort>
5. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance [Internet]. 2002 [cité 6 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo#JORFARTI000002041523>
6. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avr 22, 2005.
7. Comité Consultatif National d'Éthique. Avis 87 Refus de traitement et autonomie de la personne [Internet]. 2005 [cité 12 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/refus-de-traitement-et-autonomie-de-la-personne#.VfQHa3txWV4>
8. Mill JS. On liberty. 1859.
9. Lesaffre H, Leurent-Pouria P. Personne de confiance et directives anticipées de fin de vie en médecine générale (la perception des patients). 2012.
10. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. Les décisions médicales en fin de vie. *Popul Sociétés* [Internet]. 2012 [cité 25 juill 2015]; Disponible sur: <http://www.journal-la-mee.fr/IMG/pdf/fin-de-vie.pdf>
11. Tierney WM, Dexter PR, Gramelspacher GP, Perkins AJ, Zhou XH, Wolinsky FD. The effect of discussions about advance directives on patients'

- satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med.* janv 2001;16(1):32-40.
12. Mondo A. Opinions des médecins généralistes et des patients consultants en médecine générale sur les modalités et les obstacles de la discussion à propos des directives anticipées et de la fin de vie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2008.
 13. Fournier V, Berthiau D, Kempf E, d'Haussy J. Quelle utilité des directives anticipées pour les médecins? *Presse Médicale.* juin 2013;42(6):e159-69.
 14. Jakobson R. *Closing statements: Linguistics and Poetics.* New-York; 1960.
 15. Weaver W, Shannon CE, Moles AA, Cosnier J, Dahan G, Economidès S. *Théorie mathématique de la communication.* C.E.P.L.; 1975. 188 p.
 16. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Prat Organ Soins.* 1 mars 2010;Vol. 41(1):65-72.
 17. Jankélévitch Vladimir. *Penser la mort?* Liana Lévi. 1994.
 18. Observatoire National de la Fin de Vie. *Rapport 2012: La fin de vie à domicile* [Internet]. Observatoire National de la Fin de Vie. [cité 29 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.onfv.org/rapport-2012-la-fin-de-vie-a-domicile/>
 19. Dubas F. *Etude 23 Médecine et Psychanalyse.* In: *Médecine, santé et sciences humaines, Manuel.* Les Belles Lettres. Paris; 2011.
 20. Bungener M. *La prise en charge des cancer quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée.* *Popul Sociétés.* 2009;
 21. Paillé P. *L'analyse par théorisation ancrée.* *Cah Rech Sociol.* 1994;(23):147.
 22. Austin JL. *How to Do Things with Words: Second Edition.* 2 edition. Harvard University Press; 1975. 192 p.
 23. Bateson G. *Vers une écologie de l'esprit.* University of Chicago Press; 1972.
 24. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D-D, Morche J. *Une logique de la*

communication. Norton; 1967. 280 p.

25. Castra M. Bien mourir : Sociologie des soins palliatifs. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2003. 392 p.

26. LAGNEL B. Contribution à l'exploration de la relation médecin patient. 2003.

27. Velluet L, Catu-Pinault A. Le groupe Balint : Une formation pour les médecins de famille. In: La Revue du praticien Médecine générale [Internet]. Huveaux; 2007 [cité 18 sept 2015]. p. 1101-2. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=19869890>

28. Gauthier G, Bernard E, Darrieux J-C. Fin de vie à domicile et préférence pour un lieu de décès : revue de la littérature. 2015;(118):52-60.

29. Mouilie J-M. Etude 64 L'euthanasie et la question de la mort. In: Médecine, santé et sciences humaines, Manuel. Paris: Les Belles Lettres; 2011.

30. Cathébras P, Weber J-C, Rousset H, Consoli S. Troubles fonctionnels et somatisation : Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. Paris: Elsevier Masson; 2006. 240 p.

31. Catu-Pinault A, Velluet L. A propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale. Mise au point théorique et clinique. Exercer. 2004;(70):69-74.

32. Rogers C, Pages M. Le développement de la personne. Nouvelle présentation. Paris: Dunod; 2005. 270 p.

33. Collège National des Généralistes Enseignants. Médecine générale. Paris: Masson; 2003.

34. Whitehead PR. The lived experience of physicians dealing with patient death. BMJ Support Palliat Care. sept 2014;4(3):271-6.

35. Jones R, Finlay F. Medical students' experiences and perception of support following the death of a patient in the UK, and while overseas during their elective period. Postgrad Med J. févr 2014;90(1060):69-74.

36. 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*. 26 juill 2003;327(7408):185.
37. Saunderson EM, Ridsdale L. General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. *BMJ*. 31 juill 1999;319(7205):293-6.
38. Wear D. « Face-to-face with It »: medical students' narratives about their end-of-life education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. avr 2002;77(4):271-7.
39. Desfonds-Enjolras L. Les ressentis des étudiants en médecine face à leur premier mort: enquête auprès de 242 étudiants en médecine en 2009/2010 à la Faculté de Médecine de Montpellier [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2010.
40. Moores TS, Castle KL, Shaw KL, Stockton MR, Bennett MI. « Memorable patient deaths »: reactions of hospital doctors and their need for support. *Med Educ*. oct 2007;41(10):942-6.
41. Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. déc 2011;10(6):286-91.
42. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot; 1966.
43. Glaser BG, Strauss AL. *Time for Dying*. AldineTransaction; 1980. 294 p.
44. Glaser BG, Strauss AL. *Awareness Of Dying*. Transaction Publishers; 1966. 324 p.
45. Pennec S, Collectif. *Des vivants et des morts : Des constructions de la*. Brest: Centre de Recherche Bretonne et Celtique; 2005. 398 p.
46. *ATLAS 2015 - CHAPITRE II - Conseil national de l'Ordre des médecins.pdf* [Internet]. [cité 15 sept 2015]. Disponible sur: http://www.demographie.medecin.fr/sites/default/files/atlas_demographie/atla

s_2015.pdf

47. Vermesch P. L'entretien d'explicitation. 5ème éd. Paris: ESF; 2006.
48. Rougeron C. La dimension spirituelle de l'accompagnement des patients en fin de vie: besoins et chemins d'expression du patient; missions des accompagnants. [Thèse de doctorat]. [France]; 1999.
49. Rougeron C. Spiritualité éthique et malade en fin de vie. France; 2002.
50. Raoul M, Rougeron C. Chapitre 6. Besoins spirituels des patients en fin de vie à domicile, à propos d'une étude qualitative auprès de 13 patients. J Int Bioéthique. 1 sept 2007;Vol. 18(3):63-83.
51. Blanchet A. Dire et faire dire. L'entretien [Internet]. 2ème éd. 1997 [cité 6 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.decitre.fr/livres/dire-et-faire-dire-9782200017095.html>
52. Campenhoudt LV, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris Dunod. 2011;
53. Frappé P. Initiation à la recherche. GM Santé; 2011.

Table des illustrations

Figure 1 : Modèle de la communication de Jakobson	11
Figure 2 : Parler de la mort en médecine générale.....	26

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des patients	14
---	----

Table des matières

INTRODUCTION	10
MATERIELS ET METHODES	12
Choix et recrutement des participants	12
Recueil des données	12
Analyse 13	
RESULTATS	13
Caractéristiques de la population d'étude	13
Conduite des entretiens et retours	15
Données recueillies	15
DISCUSSION	21
Résultats principaux	21
Discussion générale	22
Forces et faiblesses	27
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
TABLE DES TABLEAUX	37
ANNEXES	39
Annexe 1 : Lettre de recrutement patients	39
Annexe 2 : Formulaire de consentement	40
Annexe 3 : Accord du Comité d'éthique du CHU d'Angers	41
Annexe 4 : Carte conceptuelle (analyse des résultats)	42
Annexe 5 : Caractéristiques des médecins	43
Annexe 6 : Carte conceptuelle (analyse des résultats) version préliminaire	44

Annexes

Annexe 1 : Lettre de recrutement patients

Département de médecine générale
Faculté de médecine d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Madame, monsieur,

je suis interne en médecine générale et je prépare actuellement une thèse qui vise à comprendre ce que les patients attendent de leur médecin généraliste quand il s'agit de parler de la mort.

La meilleure solution pour répondre à cette question est d'en discuter avec des patients ayant déjà eu cette discussion avec leur médecin généraliste.

Votre médecin, le Dr X, se souvient avoir abordé cette question avec vous et a donc pensé à vous.

Pour comprendre ce que vous avez pu attendre de cette (ou de ces) consultation(s), je souhaiterais échanger avec vous pendant une heure environ, dans le lieu de votre choix.

Cet entretien sera rendu anonyme. Nous vous en adresserons une transcription par courrier si vous le souhaitez et nous vous inviterons à signer un consentement avant de l'utiliser.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter :

- Par téléphone au 06 95 48 63 45.
- Ou par courrier directement au département de médecine générale de la Faculté de médecine d'Angers. (adresse dans l'entête)

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Clément GUINEBERTEAU.

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Département de Médecine générale
Faculté de médecine d'Angers

Titre de la thèse : Vécu et attentes des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste autour du « parler de la mort »

Nom du thésard : GUINEBERTEAU Clément

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR
ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS
D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____
Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants:

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité d'écouter cet enregistrement
- à ma demande, cet enregistrement pourra être effacé*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche susmentionnée au sein de la Faculté de Médecine d'Angers.

A _____, le _____

Signature:

*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

Annexe 3 : Accord du Comité d'éthique du CHU d'Angers

FACULTE DE MEDECINE
ANGERS

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
ANGERS

COMITE D'ETHIQUE

* * * * *

Le Président
Professeur Jacques Dubin

Clément GUINEBERTEAU
14, rue du Teillage
49800 LA DAGUENIERE

Angers, le 18 janvier 2015

Monsieur,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du **14 janvier 2015** votre projet enregistré au comité sous le numéro **2015/06** et intitulé :

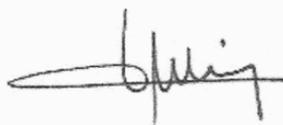
Attente des patients vis à vis de leur médecin généraliste autour du « parler de la mort » : Le refus (inconscient) du corps soignant à parler de la mort est il éthique ?

Le comité s'est interrogé sur l'intitulé de votre projet. Ne serait il pas plus pertinent d'avoir recours à un mode interrogatif plutôt qu'affirmatif . Y a t'il une attente des patients ?? Il a été suggéré que la lettre d'information soit reformulée

Le comité d'éthique a considéré qu'il n'y avait pas d'obstacle éthique à la réalisation de ce projet.

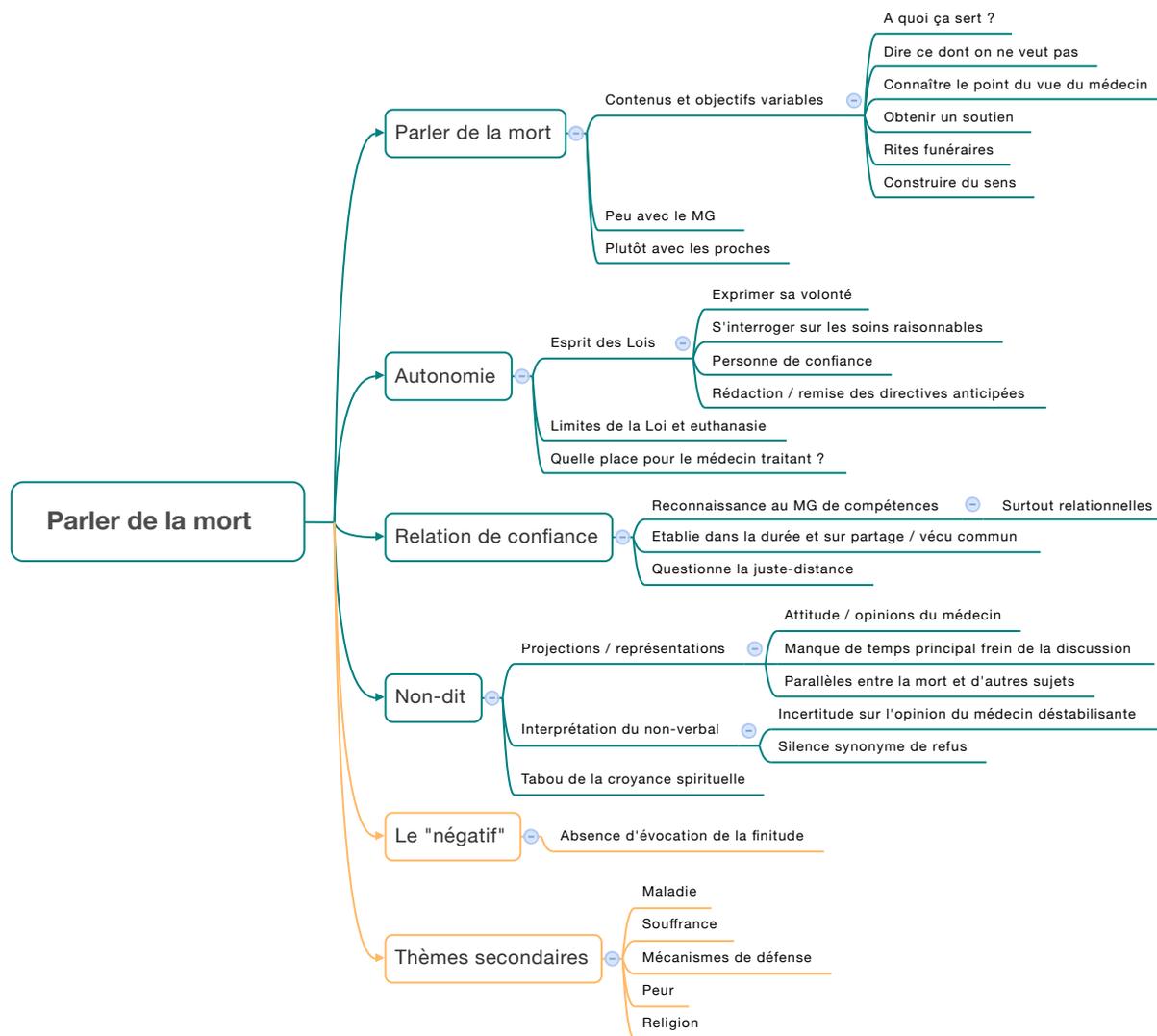
Je vous prie de croire, Monsieur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Jacques Dubin



Maison de la Recherche Clinique
CHU Angers – 49933 Angers Cedex 9
Email : jadubin@chu-angers.fr

Annexe 4 : Carte conceptuelle (analyse des résultats)



Abréviations :

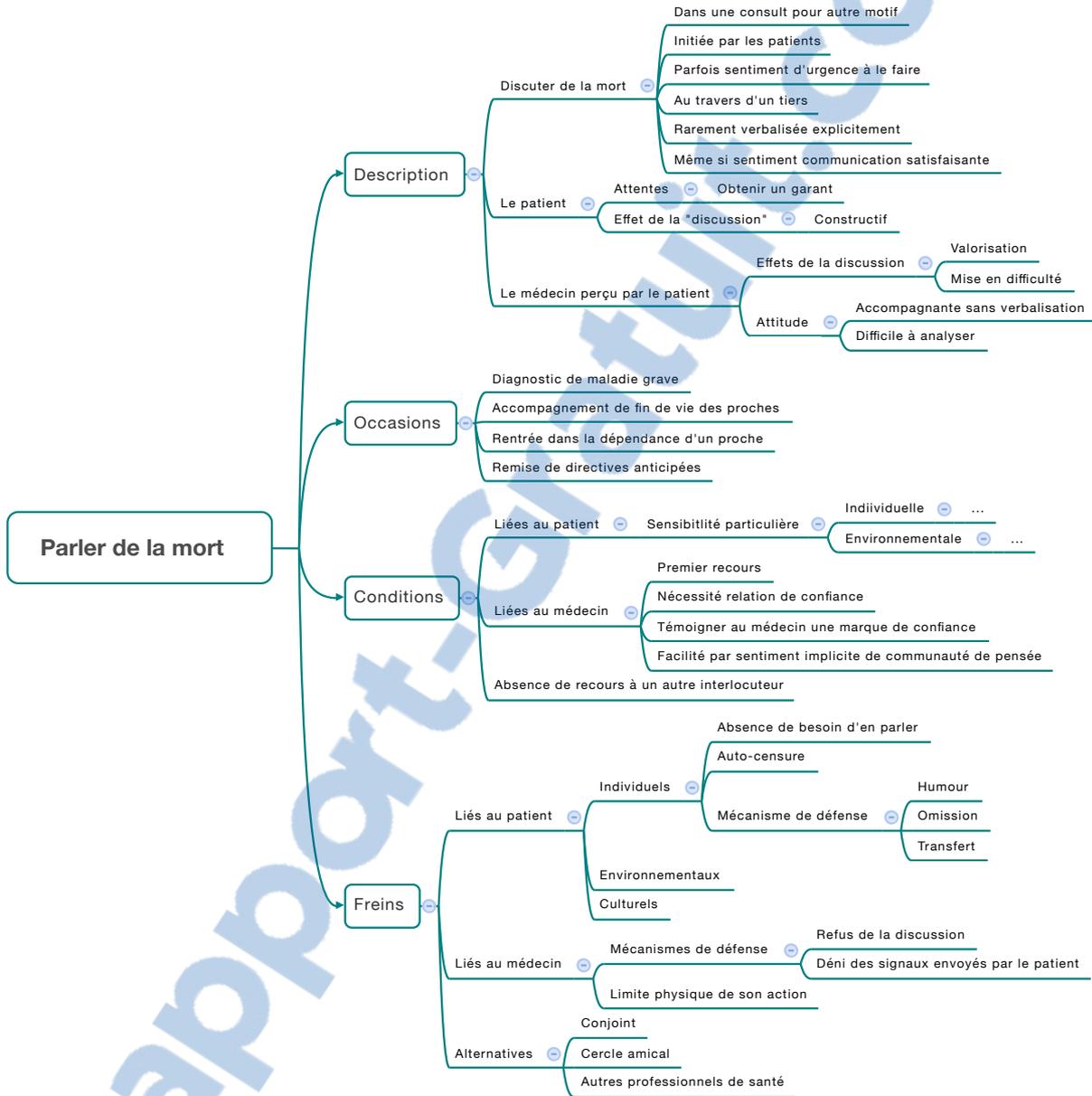
- MG : médecin généraliste

Annexe 5 : Caractéristiques des médecins

Caractéristiques médecin						
Patient	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Confession religieuse	Formations / exercice spécifiques
1	50-60	M	Urbain	Cabinet de groupe	Athé	non
2	50-59	M	Urbain	Cabinet de groupe	Athé	non
3	50-60	M	Urbain	Cabinet de groupe	Athé	non
4	50-60	F	Urbain	Cabinet de groupe	?	?
5	>60	M	Rural	Seul	Athé	Non
6	50-60	M	Semi-rural	Cabinet de groupe	?	Médecin HAD
7	>60	F	Urbain	Cabinet de groupe	?	Formation assistance de fin de vie
8	>60	M	Rural	Seul	Athé	Non
9	40-50	M	Urbain	Cabinet de groupe	?	?
10	>60	M	Rural	Seul	Athé	Non
11	40-50	M	Urbain	Cabinet de groupe	Athé	Non

Note : HAD : Hospitalisation à domicile

Annexe 6 : Carte conceptuelle (analyse des résultats) version préliminaire



PERMIS D'IMPRIMER

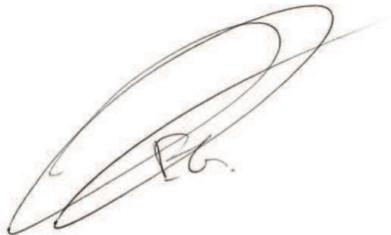
**THÈSE DE Monsieur GUINEBERTEAU
Clément**

Vu, le Directeur de thèse



J. HUEZ

Vu, le Président du jury de thèse



**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



T4_FORM_permis_imprimer.DOC

