

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N° 46

THESE

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE**

par

David Médard

né le 3 septembre 1977 à Chêné

Présentée et soutenue publiquement le 19 novembre 2009

**PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE
DE LA PERSONNE ADULTE EN DEUIL EN CONSULTATION
DE MEDECINE GENERALE**

Président : Monsieur le Pr. DABOUIS Gérard

Directrice de thèse : Madame le Dr DENIS-DELPierre Nathalie

Codirecteur de thèse : Monsieur le Dr BRANTHOMME Emmanuel

Membres du jury : Monsieur le Pr. BARRIER Jacques

Monsieur le Pr. SENAND Rémy

Table des matières

I. Introduction.....	8
II. Concepts et Contextes.....	9
A. Le deuil	9
1. Définitions.....	9
a. Définition générale	9
b. Définition médicale.....	10
c. Le deuil dans les classifications internationales	11
2. Le déroulement du deuil et sa clinique	13
a. Première phase initiale de choc	14
a.1. La sidération	14
a.2. Phase de décharge émotionnelle et de recherche de la personne perdue	14
b. Deuxième phase : L'état dépressif du deuil.....	16
b.1 Le travail de détachement.....	16
b.2. L'état dépressif.....	16
c. La phase de résolution du deuil	17
d. Durée et spécificité de chaque deuil	18
B. Les complications du deuil	18
1. L'absence de consensus dans les définitions.....	18
2. Le deuil compliqué selon les travaux de Prigerson et al.	19
a. Quel intérêt ?.....	19
b. Quels critères ?.....	20
c. Différences avec l'épisode dépressif majeur et le syndrome de stress post traumatique ..	21
d. Le deuil compliqué: Quel impact sur la santé ?.....	22
e. Facteurs de risques de deuil compliqué	22
f. Facteurs protecteurs de deuils compliqués	23
e. Prévention et traitement du deuil compliqué (selon les critères de Prigerson et al.)	23
e.1. De l'intérêt de préparer les proches au départ	23
e. 2. Prévention du deuil compliqué après le décès	23
e.3. Traitement du deuil compliqué : une place privilégiée pour la psychothérapie.....	24
3. Le deuil compliqué tel qu'il est enseigné actuellement	25
a. Définitions	25
b. Facteurs de risques	26
C. Le deuil pathologique.....	28
1. Le deuil : une cause de surmortalité.....	28
2. Le deuil : un risque augmenté de pathologie somatique	29
3. Deuil et pathologie mentale.....	30
a. L'épisode dépressif majeur	30
b. Le deuil traumatique	31
c. Les deuils "psychiatriques".....	31
c.1. Le deuil mélancolique	31
c.2. Le deuil maniaque	31
c.3. Le deuil hystérique	32
c.4 Le deuil délirant	32
c.5. Le deuil obsessionnel	32
D. Aide et aspects thérapeutiques.....	33
1. Le deuil "normal".....	33
a. Proposer une écoute et des informations.....	33

b. L'importance des rites funéraires.....	33
2. Deuil compliqué et pathologique : aspects thérapeutiques	34
a. A propos du traitement médicamenteux	35
a.1 Le traitement antidépresseur	35
a.2 Le traitement anxiolytique	35
b. Les groupes d'aides.....	36
c. L'accompagnement psychothérapeutique	37
E. Place des Soins Palliatifs et du médecin traitant dans la prise en charge des patients en deuil	38
1. Quelques chiffres.....	38
2. Le mouvement des Soins Palliatifs et les patients en deuil.....	39
a. Définition des soins palliatifs.....	39
b. Brève Historique du mouvement des Soins Palliatifs.....	39
c. L'accompagnement médical des personnes en deuil.....	41
c.1 Préparation du deuil à venir	41
c.2. Après le décès.....	42
3. Le médecin généraliste.....	43
a. Le médecin généraliste : quelles compétences en Soins Palliatifs ?.....	43
b. Les personnes en deuil : quelles attentes ?.....	43
c. Le médecin généraliste : quelle perception a-t-il de son rôle auprès des personnes en deuil ? Quels besoins de formation ?.....	45
c.1 Perceptions et pratiques du médecin généraliste dans la prise en charge du deuil....	45
c.2. Les besoins de formation	47
4. Quel rôle a le médecin traitant auprès de la personne en deuil ?.....	48
a. Accompagner et écouter.....	48
b. Conseiller les familles.....	48
c. Dépister les complications.....	49
d. Remplir son rôle administratif avec compassion	50
III. Matériel et Méthodes.....	53
A. Objectif	53
B. L'entretien semi directif.....	54
C. Critères de sélection des interviewés.....	54
D. Réalisation des entretiens.....	55
IV. Résultats de l'analyse thématique.....	57
A. Problématiques de la prise en charge d'une personne vivant un deuil très récent et solutions mises en place par les médecins	58
A.1. Les problématiques d'ordre psychologique.....	58
1. Les émotions et leur gestion.....	58
a. Un vécu émotionnel difficile.....	58
b. La gestion des émotions.....	61
b.1. Pendant la consultation	61
b.2. Après la consultation	62
2. La distance dans la relation médecin patient et sa gestion.....	63
a. La distance médecin patient.....	63
b. La gestion de la distance médecin patient	65
A.2 Problématiques en lien avec l'organisation.....	66
B. Problématiques plus spécifiques en lien avec la prise en charge de personnes vivant un deuil ancien.....	67
C. Pratiques des médecins autour de la prise en charge des personnes en deuil.....	69
1. Les prescriptions des médecins.....	70
a. Utiliser les médicaments	70

b. Autres prescriptions.....	70
2. Le dépistage.....	70
D. La formation des médecins sur le deuil.....	71
1. Le médecin évoque ses manques de formation	71
2. Quelles attentes en formation ?.....	72
V. Discussion et Perspectives.....	73

I. Introduction

Le deuil est une expérience à laquelle tout à chacun est ou sera confronté plus ou moins tôt dans sa vie. La majorité des deuils se déroulent bien.

Cependant, de nombreuses études ces dix dernières années ont mis en évidence que le deuil peut se compliquer ou devenir pathologique. Il existe une surmortalité statistique chez les personnes en deuil. Celui ci est un facteur de risque de suicide, de consommation d'alcool et de conduites à risques. Le deuil est aussi associé avec un risque accru de pathologies somatiques et psychiatriques. Les endeuillés voient plus fréquemment leur médecin, sont plus souvent hospitalisés. Ils présentent une diminution de la qualité de vie et un risque d'isolement social et d'invalidité.

Le médecin traitant est en première ligne dans la prise en charge de ces personnes. Il a bien sûr un rôle d'accompagnement et de conseil. Des études montrent qu'il a aussi un rôle dans la prévention, le dépistage et le traitement des complications et pathologies du deuil.

Cependant il existe un manque d'études et de données dans la littérature concernant les pratiques des médecins généralistes sur le terrain. Le médecin est pourtant régulièrement confronté à la mort de patients et aux suivis de proches.

Comment un médecin vit il ces situations ? Ressent il lui aussi la nécessité de faire le deuil de ses patients ? Les personnes en deuil peuvent exprimer une souffrance très intense en particulier quand le décès n'est pas attendu ou préparé, comment les médecins gèrent ils cette souffrance ? Se sentent ils suffisamment formés à ce type d'accompagnements ? A ce jour et à notre connaissance aucune étude française sur ce thème n'a été publiée.

Nous avons émis l'hypothèse que les médecins généralistes peuvent rencontrer des problématiques dans la prise en charge des personnes adultes en deuil. Notre étude s'est fixé comme objectif d'explorer de manière qualitative ces problématiques au moyen d'entretiens semi directifs réalisés auprès de dix médecins généralistes.

Notre recherche a été réalisée autour de trois grands axes : les problématiques en lien avec la gestion émotionnelle, l'organisationnel et les connaissances théoriques.

II. Concepts et Contextes

A. Le deuil

" Depuis le jour que je le perdis, je ne fais que me traîner languissant; et les plaisirs mêmes qui s'offrent à moi, au lieu de me consoler, me redoublent le regret de sa perte. Nous étions à moitié de tout; il me semble que je lui dérobe sa part. J'étais déjà si fait et accoutumé à être deuxième partout, qu'il me semble n'être plus qu'à demi. Il est action ou imagination où je ne trouve à dire , comme si eut-il bien fait à moi. Car de même qu'il me surpassait d'une distance infinie en toute autre suffisance et vertu, aussi faisait-il au devoir de l'amitié."

Montaigne écrivit ce texte en mars 1563 quand il perdit son ami Etienne de la Boétie.*

1. Définitions

a. Définition générale

Le mot deuil dans la langue française peut avoir plusieurs significations que l'on retrouve dans la définition du Larousse [1] :

Deuil: nom masculin (ancien français *duel*, du bas latin *dolus*, douleur) :

- Perte, décès d'un parent, d'un ami : Avoir un deuil dans sa famille.
- Douleur, affliction éprouvée à la suite du décès de quelqu'un, état de celui qui l'éprouve : le pays est en deuil, il pleure ses morts.
- Signes extérieurs liés à la mort d'un proche et consacrés par l'usage : Porter le deuil.
- Temps pendant lequel on porte ces signes extérieurs : Son deuil dura six mois.
- Cortège funèbre : C'est le veuf qui conduira le deuil.
- Processus psychique mis en œuvre par le sujet à la perte d'un objet d'amour externe.

* Michel de Montaigne, Les Essais, Livre I, chap. XXVIII De l'amitié, PUF, t.1, p.193

Le vocabulaire anglais dispose de plusieurs mots pour exprimer ces différentes notions (2) : *bereavement* qui signifie la perte, *grief* pour exprimer le chagrin, une grande tristesse et *mourning* qui exprime le fait que l'on porte le deuil.

Michel Hanus [3] distingue lui aussi plusieurs sens qui recoupent les précédents :

- *"Être en deuil "* pour exprimer la situation dans laquelle nous met la perte d'un être cher.
- *" Porter le deuil "* qui exprime le sens premier, celui de son caractère social :

" de signifier l'ensemble des comportements et conduites sociales, individuelles et collectives commandées par la mort d'une personne dès lors qu'elle a une quelconque importance sociale. Ces usages remontent même au delà des temps historiques : dans la tombe de Shanidar qui date du paléolithique moyen (50000-10000), du temps de l'homme de Neandertal, on a retrouvé des squelettes ensevelis avec des fleurs, premier rite funéraire connu."

- *" Faire son deuil "* qui exprime la notion de travail de deuil, travail psychique nécessaire pour accepter la réalité de la perte et y faire face .

b. Définition médicale

Faire entrer le deuil dans le champs médical peut heurter et amène à une question que l'on a pu me renvoyer au cours de ce travail de thèse à savoir : le deuil doit il être médicalisé ? Est-ce que le médecin a un rôle auprès de ses patients en deuil ? Ces questions seront traitées de manière approfondie dans les chapitres suivants.

Pour donner un début de réponse on retrouve dans la littérature une quantité importante de travaux sur le deuil depuis ces cinquante dernières années. Il a été décrit une clinique du deuil avec son déroulement normal, les complications et les pathologies qui peuvent apparaître. Le deuil et sa pathologie font maintenant partie du module de psychiatrie du nouveau concours d'internat et est donc enseigné aux futurs médecins.

Voici les définitions qui y sont proposées (4) :

- Deuil normal : *"Le processus de deuil normal est en fait très variable selon les individus, les normes culturelles, les circonstances du décès etc. La durée normale habituelle d'un deuil est inférieure à 1 an. Le travail de deuil est l'ensemble du processus qui permet une nécessaire réadaptation de l'investissement affectif envers la personne disparue."*
- Deuil pathologique : *" le deuil pathologique ne représente pas une entité clinique ou syndromique précise, il n'existe donc ni définition ni critères diagnostiques consensuels .Il est habituel de distinguer : les deuils compliqués : anomalie dans le processus de déroulement de travail de deuil, et les deuils pathologiques : survenue d'un trouble*

psychiatrique au cours du deuil."

Deuil et mélancolie écrit par Freud [5] en 1915 fait toujours référence. Le deuil y est défini comme une réaction normale à la perte d'un objet :

"Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. L'action des mêmes événements provoque chez de nombreuses personnes, pour lesquelles nous soupçonnons de ce fait l'existence d'une prédisposition morbide, une mélancolie au lieu du deuil. Il est aussi très remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin, bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal. Nous comptons bien qu'il sera surmonté après un certain laps de temps, et nous considérons, qu'il serait inopportun et même nuisible de le perturber."

Le deuil englobe donc dans sa définition la notion de perte d'un être cher, de souffrance, de temps et de "travail" : *" l'ensemble des réactions psychiques (conscientes et inconscientes) à la perte d'un objet affectivement investi. Le travail de deuil indique qu'il s'agit d'une activité psychique supposant une dépense d'énergie, une notion de labeur et de souffrance, et un temps nécessaire et incompressible à son déroulement."* [7]

Il paraît important de rajouter avec Michel Hanus que le deuil tout comme la mort est une expérience humaine universelle [3].

c. Le deuil dans les classifications internationales

➤ Le DSM IV TR

Le DSM est le manuel diagnostique et statistique des maladies mentales édité par l'association américaine de psychiatrie. La version DSM IV a été publiée en 1994 . La version du texte révisé (TR) fondé sur des preuves (*evidence based*) a été publié en 2000 [8]. Le deuil figure au chapitre : *"situations supplémentaires qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique"*. A la rubrique V62,82, on retrouve un court passage intitulé *"deuil"* : *"Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est la réaction à la mort d'un être cher. Certains individus affligés présentent, comme réaction à cette perte, des symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif majeur (p. ex., sentiments de tristesse associés à des symptômes tels que : insomnie, perte d'appétit*

et perte de poids). Typiquement, l'individu en deuil considère son humeur déprimée comme normale, bien qu'il puisse rechercher l'aide d'un professionnel pour soulager ses symptômes associés tels qu'une insomnie ou une anorexie. La durée et l'expression d'un deuil normal varient considérablement parmi les différents groupes culturels."

Les critères de différenciation avec l'épisode dépressif majeur y sont détaillés :

"Le diagnostic de Trouble dépressif majeur n'est généralement pas posé, à moins que les symptômes soient encore présents deux mois après la perte. Cependant la présence de certains symptômes non caractéristiques d'une réaction normale de chagrin peut aider à différencier le deuil d'un Épisode dépressif majeur. Ceux ci comprennent : 1) culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'époque du décès; 2) idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée; 3) sentiment morbide de dévalorisation; 4) ralentissement psychomoteur marqué; 5) altération profonde et prolongée du fonctionnement; 6) hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt

➤ **Classification internationale des maladies de l'OMS**

La CIM-10 est en France la classification réglementaires exigée des établissements publics par le ministère de la santé [6].

Il n'y a pas de chapitre deuil, on le retrouve dans l'index qui renvoie au chapitre *troubles de l'adaptation*", chapitre 5 (F). Le deuil est donc inclut dans les *"états de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement les performances et le fonctionnement social, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant [...]Le trouble débute habituellement dans le mois qui suit la survenue d'un événement stressant [...] et ne persiste guère au delà de six mois [...]"* .

Il existe également un code Z chapitre 21 auquel nous renvoie le DSM IV TR , avec comme exemple Z63,4 (*"disparition ou mort d'un membre de la famille"*) : *" les réactions de deuil, brèves ou prolongées, considérées comme pathologique en raison de leur expression ou de leur contenu, doivent être notées en F43.22 (réaction mixte anxieuse ou dépressive);F43.23 (avec prédominance de la perturbation d'autres émotions [...] par exemple : anxiété, dépression, soucis, tension, colère [...] ou comportements régressifs , par exemple : énurésie ou sucer son pouce); F43,24 (perturbation des conduites, par exemple : comportement agressif ou dissocial chez un adolescent,*

à la suite d'un chagrin); F43,25(perturbation mixte des émotions et des conduites); quand il y a persistance au delà de six mois les troubles sont classés sous F43,21(réaction dépressive prolongée)." [9,6]

2. Le déroulement du deuil et sa clinique

Parmi les écrits français sur le sujet, deux auteurs m'ont apparu comme faisant référence, en effet ils sont régulièrement cités dans les différents articles français que j'ai pu lire dans le cadre de ma recherche.

Le premier Michel Hanus [10] qui fait référence dans tous les travaux français sur le deuil. Docteur en médecine et membre de la société psychanalytique de Paris il est président de la société thanatologique de Paris. Il a participé à la création du diu " *le deuil dans la formation des accompagnants et des soignants*" sur Bobigny et à l'organisation de plusieurs cycles de formation pour soignants avec l'association " *Vivre son deuil* ". Il est l'auteur de plusieurs travaux théoriques sur le deuil. Il a été impliqué comme expert sur ce sujet pour les questions de santé publique.

Je me suis également appuyé sur les travaux de Marc-Louis Bourgeois psychiatre, praticien hospitalier et professeur à l'université de Bordeaux, j'ai trouvé ses travaux complémentaires. Son ouvrage "*Deuil normal et pathologique*" écrit en 2003 est un travail de compilation de plus de six cent références bibliographiques dont la majeure partie sont des études américaines et anglosaxonnes. Il est entre autre l'auteur [11] d'un travail de traduction et de validation d'une échelle américaine ICG (*inventory complicated grief*) de Prigerson et al.[12] en français. La possibilité d'utiliser une échelle pour définir un deuil compliqué a permis une avancée dans l'uniformisation des travaux de recherches sur le deuil.

Je me suis enfin inspiré du chapitre " *deuil normal et pathologique* " cité plus haut et enseigné aux étudiants en médecine dans le cadre du concours d'internat (item 70) [4].

Il existe un relatif consensus actuel pour décrire le déroulement du deuil en trois phases : initiale qui est une phase de choc faisant suite à l'annonce du décès, la phase dépressive où s'effectue le travail de détachement et enfin la phase de résolution du deuil [6].

Les célèbres travaux du Dr Elisabeth Kubler Ross [13] sur les stades psychologiques traversés par les malades en fin de vie : déni, colère, marchandage, désespoir, résignation, acceptation sont souvent comparés aux processus de deuil suite à la perte d'un être cher. Michel de M'Uzan les différencie principalement en terme de temps disponible pour effectuer le deuil [15].

a. Première phase initiale de choc

Michel Hanus[3] distingue plusieurs phases qui se chevauchent : la sidération et le refus puis la décharge émotionnelle qui peut se faire sous forme de pleurs, cris et la recherche du défunt.

a.1. La sidération

L'état de choc est manifeste quand la mort est brutale mais on le retrouve également dans le cas de maladie grave quand le proche prend conscience que la personne va mourir. Pendant cette phase de choc, de sidération et d'incrédulité la personne est souvent incapable de s'occuper de lui-même. Il vit et agit de manière automatique.

Sur le plan somatique on retrouve des manifestations fonctionnelles : tachycardie, hypotension, oppression thoracique, gêne respiratoire, crampes pharyngées, douleur épigastriques, tendance lipothymique pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance. Il existe également une perte importante de l'appétit, du sommeil et de tout désir en particulier sexuel. Tout cela s'accompagne d'une asthénie intense et d'une détérioration physique. Selon Hanus des pathologies peuvent se réveiller ou même apparaître en particulier quand l'expression émotionnelle est inhibée: "*Ainsi peut-on observer après l'annonce d'un décès, une crise d'angine de poitrine, une crise d'asthme, une poussée de rectocolite hémorragique, de polyarthrite rhumatoïde, de goutte, la reprise d'une poussée ulcéreuse et d'autres pathologies éventuellement.*"[3] .

a.2. Phase de décharge émotionnelle et de recherche de la personne perdue

- **Recherche de la personne disparue et de ce qui peut la rappeler**

La personne va commencer à rechercher le disparu avec le besoin de l'évoquer, de s'entourer de ses objets et de ceux qui lui sont communs avec lui, de ceux aussi qui le rappellent, de son cadre familial et ensuite de ses souvenirs. C'est alors qu'apparaissent les pleurs, les cris et les sanglots.

- **L'importance des pleurs et de la décharge émotionnelle**

Michel Hanus [3] insiste sur le fait que pleurer, crier, en répétant des mots de refus, des phrases de rejet entrecoupées de souvenirs, constitue une "*bonne décharge émotionnelle*" et indique qu'une partie du moi, au moins, commence à accepter. L'absence de chagrin devra interpeller et peut laisser augurer un deuil plus difficile et douloureux

- **Des illusions perceptives ou hallucinations peuvent être normales**

Au cours des premières semaines il est courant que l'endeuillé puisse avoir des illusions perceptives. Certaines odeurs, certains visages, certains gestes ou silhouettes peuvent se faire ressentir comme les indices de la présence du disparu. Dans la première phase du deuil et même au cours du travail de détachement l'expérience suivante est habituelle : l'endeuillé aperçoit de loin quelqu'un qui ressemble au disparu et il éprouve le besoin de s'en approcher pour vérifier qu'il ne s'agit pas de lui , alors même que cette démarche peut lui apparaître irrationnelle[3].

Il peut même exister des hallucinations (on entend parler le disparu, on le voit), comme le précise le DSM IV, celles ci sont normales si elles sont isolées, c'est à dire que ce ne sont que des hallucinations concernant la personne disparue. Elles ne sont pas des indices de complications du deuil.

- **La colère et l'ambivalence des sentiments**

Les premiers temps du deuil peuvent également être marqués par de la colère et du ressentiment qui peuvent parfois être dirigés vers un proche ou le médecin. Cet aspect est moins connu car souvent cette colère est dosée ou réprimée. Cette colère est dirigée envers la personne décédée, ce qui la rend particulièrement pénible. Nous sommes furieux envers le disparu car nous lui reprochons de nous avoir abandonné. Cette colère est pénible et retenue pour deux raisons : elle vient contredire les élans que nous avons envers le disparu, elle peut amener à douter de la profondeur de notre amour et empêcher de s'abandonner sans retenue. Elle nous met aussi en face de notre ambivalence, des mauvais penchants et des pensées hostiles que l'on pouvait avoir à l'égard du mort, ce qui pourrait nous faire sentir responsable de sa disparition. Et c'est ce que pense inconsciemment la personne en deuil. Il existe un sentiment de culpabilité [3].

L'auteur nous précise que la répression et le refoulement des sentiments d'hostilité est nécessaire afin de ne pas aggraver les sentiments inconscients de culpabilité qui sont déjà assez pénibles. Cette énergie peut alors se décharger de deux façons qui ne s'excluent pas. Ces affects peuvent être retournés contre la personne propre de l'endeuillé et sont alors une des bases de tous les comportements préjudiciables que l'endeuillé s'inflige. Un déplacement de cette colère peut s'effectuer et se diriger contre un proche, un médecin, un soignant... auxquels il est reproché plus ou moins amèrement et violemment quelque négligence à l'égard du disparu.

b. Deuxième phase : L'état dépressif du deuil

C'est une étape essentielle pendant laquelle s'opère peu à peu le travail de désinvestissement.

b.1 Le travail de détachement

Ce travail peut prendre du temps, chaque souvenir doit être remémoré et confronté à la réalité afin d'être désinvesti :

" Il s'agit d'un travail minutieux, détail après détail, analytique, qui demande beaucoup de temps. La remémoration seule n'est pas suffisante, elle ne vise qu'à faire revivre le passé, à rendre présent le disparu. Il est nécessaire que le souvenir, chaque souvenir soit associé à l'idée de la disparition ce qui entraîne à chaque fois désappointement et nostalgie. Souvent certains souvenirs particulièrement vifs et importants doivent revenir de nombreuses fois à la conscience, être marqués du sceau de la disparition avant de pouvoir prendre le statut de souvenir. [...] Cette nécessité du travail de deuil de procéder peu à peu par petites étapes, rend compte de sa durée et de l'importance du temps." [3]

b.2. L'état dépressif

La souffrance dépressive est la conséquence de ce travail. Pendant cette période l'énergie est consacrée à ce travail, les pensées sont centrées sur le défunt et il peut exister une grande solitude. Solitude qui n'est pas seulement sociale mais est aussi émotionnelle, elle découle du désinvestissement de la relation vécue avec le disparu alors qu'il n'y a pas encore de disponibilité pour en nouer d'autres.

La personne présente un véritable état dépressif avec la triade de signes habituels de la dépression. On retrouve des altérations sur le plan affectif, intellectuel et somatique. On peut citer les symptômes suivants : la tristesse, la douleur intérieure, le désintérêt pour soi même et le monde ambiant, l'absence d'élan, de goût, de désir. Des idées voire un désir de mourir peuvent être présents. Il peut exister comme dans la première phase des illusions perceptives avec sentiment de présence du défunt qui s'estomperont peu à peu.

Des altérations intellectuelles avec un fonctionnement mental difficile et pénible entraînant apathie et aboulie et un repliement sur soi. Il peut y avoir un désinvestissement social.

Sur le plan somatique on retrouve une anorexie, des troubles du sommeil, la découverte de maladies somatique. (cf chapitre sur ce sujet)

Le diagnostic différentiel avec un épisode dépressif majeur qui nécessiterait un traitement est parfois problématique. Le sujet sera abordé au chapitre "*deuil pathologique*".

Il peut y avoir des rêves perturbants . La personne peut par exemple en rêve retrouver le

disparu vivant et cela peut prendre l'allure de retrouvailles après un grand voyage mais il y a toujours un détail qui rend cette réunion illusoire ou impossible. Les rêves évoluent et peuvent être des indices de la progression du deuil. Alors qu'au début la personne pouvait se sentir critiquée par le mort dans ses rêves, vient une étape ensuite où l'endeuillé se permet dans ses rêves de critiquer son "objet perdu".

Quand arrive la fin du deuil et que la personne reprend envie de vivre, de découvrir à nouveau de réinvestir cela peut se traduire au début par des rêves de rencontre de restauration, d'acquisition... Cette allusion aux rêves faite dans l'ouvrage du Dr Hanus qui est d'inspiration analytique n'est pas retrouvée dans les ouvrages psychiatriques [4,6].

On retrouve également comme dans la première phase des sentiments d'agressivité envers le défunt qui a abandonné l'endeuillé. Pour se protéger de cette agressivité la personne peut idéaliser le défunt en accentuant ses qualités et n'en dira plus que du bien. Les autres "objets extérieurs" pourront être vécus comme médiocres, sans véritable intérêt et même susceptibles d'infliger un jour ou l'autre le même abandon.

c. La phase de résolution du deuil

Elle se fait progressivement. Le travail de détachement peut continuer à se faire même si il est moins présent. Peu à peu la personne reprend envie de vivre, retrouve des intérêts et réentreprend des activités. Des relations peuvent à nouveau être investies, et il peut aimer de nouveau. Le sujet comme le dit Freud retrouve sa liberté : *"Mais il est de fait qu'après l'achèvement du travail le moi redevient libre et non inhibé."* [5]

Le sujet ne redevient pas comme avant : *"le deuil laisse une cicatrice qui pourra se révéler particulièrement sensible aux moments des périodes anniversaires de la mort. Il ne s'agit pas d'un oubli, mais en dehors de certaines périodes sensibles comme les dates d'anniversaire la personne peut évoquer le défunt sans s'effondrer. Il s'est effectué une sorte de tri, de reconnaissance des qualités et des défauts du défunt. Passé la période d'idéalisation, les souvenirs négatifs de même que l'agressivité provoquée chez la personne pourront être identifiés."* [16]

Par ailleurs, les bons souvenirs, les expériences heureuses, ce qui a été vécu de bon reste durablement. Ce vécu d'amour et de bonheur devient en quelque sorte une partie de lui-même.[3]

La fin du deuil est aussi marqué par une maturation du moi et une meilleure adaptation à la réalité. Il peut fortifier la personne et être vu comme une mise à l'épreuve des capacités d'adaptation avec la confrontation à la mort de l'autre : *"Même correctement mené et pratiquement terminé le travail de deuil ne se conclut jamais complètement; avec lui nous avons touché la perte, nous avons*

touché la mort et maintenant nous savons concrètement ce qui nous attend." [3]

d. Durée et spécificité de chaque deuil

La durée du deuil n'est pas clairement définie, le DSM IV définit que l'état dépressif au delà de deux mois peut faire discuter le diagnostique d' épisode dépressif majeur. Pour Michel Hanus, ce n'est pas la durée qui est prise en compte mais le travail de désinvestissement qui peut durer plus longtemps, l'essentiel étant que celui ci progresse et ne stagne pas.

La norme de 1 an [4] est souvent retrouvée mais il pourrait aussi être plus court et dans ces cas là il est important de regarder si la personne n'a pas remplacé l'objet perdu par un autre (exemple de remariage rapide, de grossesse peu de temps après la perte d'un enfant...) ce qui constituerait un évitement du deuil et "une fuite en avant". Pour les personnes âgées on peut retrouver des durées plus longues allant au moins jusqu'au trentième mois ou on retrouve du chagrin, des souvenirs et autres manifestations du deuil même si les éléments dépressifs ont disparu.[6]

Chaque deuil est spécifique, peut varier en intensité et en durée selon plusieurs critères :

- personnalité et caractéristiques du défunt (âge,etc.)
- personnalité de l'endeuillé (âge, etc.)
- nature du lien et de l'attachement (dynamique, rôle, dépendance, etc.)
- type de mort (prévisible ou non,attendue, soudaine, dramatique, violente, etc.)
- antécédents (pertes antérieures, séparations, psychopathologie, etc.)
- milieu socioéconomique et culturel, religieux, etc.[6]

B. Les complications du deuil

1. L'absence de consensus dans les définitions

Les définitions de deuil compliqué et pathologique ne sont pas consensuelles [6]. Cependant, j'ai retrouvé selon différentes lectures les mêmes sous catégories suivantes : deuils chroniques, inhibés, retardés et les deuils "psychiatriques" ou pathologiques selon les auteurs (deuils hystériques, obsessionnels, mélancoliques, maniaques, délirants) [3,4,6,7,10,14,16,17].

Pour Hanus [10], le deuil pathologique désigne les maladies mentales ou physiques ainsi que

les troubles du comportement qui se sont déclarés après le deuil et qui semblent en lien avec celui-ci. Ces troubles n'étaient pas connus avant. Un deuil compliqué caractérise les situations où une maladie connue antérieurement qui se décompense ou réapparaît au cours du deuil.

L'épisode dépressif majeur dont la distinction avec la dépression normale du deuil n'est pas simple est tantôt classée dans les deuils compliqués ou les deuils pathologiques [7,3,6,10,14,16].

Cette notion de deuil compliqué est récente. Une équipe de chercheurs (Prigerson et al.) du centre de soins palliatifs et de l'école médicale d'Harvard publie des travaux depuis dix ans sur le sujet. Le Dr Bourgeois y consacre une part importante dans son livre *Deuil normal, deuil pathologique* [6] écrit en 2003 en relatant principalement les travaux de cette équipe.

Je n'ai pas trouvé d'actualisation plus récente dans la littérature française sur l'évolution de ces recherches sur le deuil compliqué. Pourtant ces nouveaux critères font référence dans les études internationales plus récentes. En effet l'intérêt de ce travail était de standardiser les études sur le deuil compliqué pour que tout le monde emploie les mêmes critères. [6]

Cette équipe américaine a défini une entité propre sur le plan psychopathologique qu'ils ont nommé de façon différente au cours des années (deuil compliqué, pathologique, atypique, traumatique) ce qui a certainement été à l'origine de confusions dans la littérature. Ils sont revenus et se sont arrêtés pour l'instant au terme initial : le deuil compliqué. Celui-ci est à différencier des définitions citées en début de paragraphe, j'ai donc choisi de détailler ces travaux en actualisant les données dans le chapitre suivant.

2. Le deuil compliqué selon les travaux de Prigerson et al.

a. Quel intérêt ?

L'intérêt de ces travaux paraît important pour plusieurs raisons :

- Les travaux de Prigerson et al. montrent que cette entité nommée "deuil compliqué" est corrélée à un risque accru de maladies somatiques, de comportements à risque et de troubles psychiatriques même lorsque les symptômes dépressifs sont "contrôlés" [6,18].
- Différentes études réalisées aux Etats-Unis montrent un taux de deuil compliqué allant de 10,7% [19] à 20 % [11]. Dans un travail réalisé en France par le Dr Bourgeois en 1996, parmi 106 patients hospitalisés dans un service de psychiatrie pour trouble de l'humeur il est

retrouvé 25 % de deuils compliqués [20]. Les échelles utilisées ont évolué au cours du temps. L'étude réalisée en France utilisait la clinique et l'échelle TRIG (texas revised inventory of grief) [21] et celle de Prigerson l' ICG (inventory complicated grief). [11]

- Ce deuil compliqué défini par un cluster de symptômes est proposée pour le futur DSM V par cette équipe américaine.[22] Le deuil compliqué peut ne pas évoluer ou mettre des années à se résoudre s'il demeure non traité. Il est possible d'atténuer ces risques en le dépistant et en jouant donc un rôle préventif mais également en proposant un traitement adapté.[18]
- Les critères actuels de diagnostique (DSM IV) sont insuffisants car les facteurs de risques, le déroulement et les conséquences sur la santé du deuil compliqué sont distincts de ceux de l'épisode dépressif majeur, du syndrome de stress post traumatique et des troubles de l'ajustement.[18,22] Il existe une fréquente comorbidité dans le deuil avec ces différents diagnostiques.[18] Il est donc essentiel de bien le repérer.

b. Quels critères ?

Les critères proposés pour le DSM V sont les suivants [18] :

- **Critères A :** Sentiments de nostalgie, d'attachement et de langueur ("yearning, pining, longing") pour le défunt. Les sentiments de nostalgie doivent être ressentis au moins tous les jours durant le dernier mois ou à un niveau de douleur intense ou perturbatrice ("to a distressing or disruptive degree").
- **Critères B :** Dans le mois passé, la personne doit avoir ressenti 4 des 8 symptômes décrits ci dessous comme marqués, submergeant ou extrêmes :
 - Difficulté à reconnaître le décès. ("accepting the death")
 - Incapacité à faire confiance aux autres depuis le décès du proche.
 - Une amertume ou colère excessive concernant le décès.
 - Sensation de ne pas arriver à avancer dans sa propre vie (par exemple: former de nouvelles relations).
 - Sensation d'engourdissement et de détachement des autres depuis le décès.

- Sentiment que la vie est vide et dénuée de sens sans le disparu.
- Sentiment de futilité (« no meaning ») ou absence de perspectives d'accomplissement concernant le futur.
- Ressenti de nervosité, instabilité ou d'énervement depuis le décès. ("agitated, jumpy or on edge").

➤ **Critères C** : Les symptômes ci dessus entraînent un handicap (« dysfunction ») social, professionnel ou dans un autre domaine important.

➤ **Critères D** : Les symptômes énumérés doivent durer d'au moins six mois.

Les personnes avec un diagnostique de deuil compliqué doivent correspondre aux 4 critères A,B,C et D.

c. Différences avec l'épisode dépressif majeur et le syndrome de stress post traumatique

Les symptômes de tristesse, d'impassibilité et d'inhibition psychomotrice sont des symptômes de la dépression.

Les symptômes de nostalgie pour le défunt, la détresse de séparation (incapacité à avancer dans la vie sans le défunt), l'incapacité à accepter la mort et la réalité que le défunt est vraiment parti, la sensation de détachement des autres relations depuis le décès et la sensation d'injustice sont des indicateurs spécifiques de deuil compliqué.

Dans l'état de stress post traumatique tel que défini dans le DSM IV [8] l'évitement persistant des stimulus associés au traumatisme n'est pas présent dans les deuils compliqués après une mort naturelle. Il existe plutôt une concentration des pensées sur la perte et les souvenirs en lien avec le défunt, un désir de retrouver ("reconnection") le défunt. Il n'y a pas comme dans le PTSD de réactivité physiologique lors d'expositions à des indices qui peuvent rappeler le défunt. De même l'angoisse qu'un évènement violent se produise pour soi ou des proches, l'hypervigilance due au sentiment d'une attaque imminente ont une place plus importante et signifiante pour les victimes de traumatismes que pour les personnes qui vivent un deuil compliqué en lien avec une mort naturelle. Par ailleurs, les symptômes en lien avec la détresse de séparation ne sont pas présents dans les

critères du PTSD.

Ainsi, on peut retrouver une comorbidité avec un syndrome de stress post traumatique ou un épisode dépressif majeur.[18]. Par exemple dans l'étude de Barry et al., sur 135 sujets en deuil, 16 répondent aux critères de deuil compliqué (12%). Dans ces 16 personnes, seulement 6 (37,5%) répondent aux critères de dépression majeure, PTSD ou de trouble panique[19].

d. Le deuil compliqué: Quel impact sur la santé ?

Dans un article récent "*Mise à jour de la recherche sur le deuil : recommandations fondées sur les preuves pour le diagnostic et traitement du deuil compliqué*"[18], une revue de la littérature est faite avec les critères de deuil compliqué vu ci dessus.

Les auteurs en arrivent aux conclusions suivantes : à 6 mois du décès, le deuil compliqué est associé avec un risque accru de cancer, d'hypertension artérielle, d'évènements cardiaques et d'idées suicidaires en comparaison à un deuil qui se déroule "normalement". Le deuil compliqué a également été associé avec un risque augmenté d'invalidité, de handicap social et familial, une augmentation des comportements à risques tels que la consommation d'alcool et de tabac, une augmentation des hospitalisations et une réduction de la qualité de vie.

Sur le plan psychiatrique ils sont également associés avec un risque augmenté d'épisodes dépressifs majeurs et de comportements suicidaires.

e. Facteurs de risques de deuil compliqué

- Abus et maltraitance pendant l'enfance,
- Vécu de séparation angoissante pendant l'enfance,
- Un lien de parenté avec la personne décédée (parents,époux ou épouse, enfant),
- relations d'attachement insécurisantes (« insecure attachment styles »),
- relation maritale avec une grande proximité,un lien de confiance et de dépendance,
- le manque de préparation au décès,
- quand il s'agit de la perte d'un enfant : le nombre d'enfants restant.
- A l'inverse certains facteurs diminuent le risque de deuil compliqué.[18]

f. Facteurs protecteurs de deuils compliqués

La préparation au décès, un bon réseau social ou d'un autre type (groupe de thérapie) ainsi qu'un accompagnement après le décès diminuent le risque de deuil compliqué [18].

e. Prévention et traitement du deuil compliqué (selon les critères de Prigerson et al.)

e.1. De l'intérêt de préparer les proches au départ

Dans l'étude de Barry and al [19], 122 personnes sont évaluées à 4,5 et 9 mois après le décès sur l'association entre les perceptions de la mort (souffrance prolongée, violente ou sereine), l'absence de préparation au décès du proche et l'apparition de troubles psychiatriques. Plus la mort est perçue comme violente plus le risque d'épisode dépressif majeur est important à 4 mois. La perception du manque de préparation à la mort est associé avec des symptômes de deuil compliqué à 4 et 9 mois après le décès.

Une autre étude récente [23,18] montre des résultats similaires. Cette étude porte sur une population de proches de personnes démentes décédées. 23 % des proches qui se sont perçus eux mêmes comme non préparés à la mort ont présenté deux à trois fois plus de probabilité de présenter une dépression ou des symptômes de deuil compliqué que ceux qui se sont sentis préparés.

Les recommandations des auteurs sont sensées et déjà mises en place dans les services de soins palliatifs, cependant elles peuvent maintenant être appuyées par ces études. Ceux ci recommandent aux professionnels de santé de soins palliatifs de préparer les proches au décès en favorisant le dialogue entre les proches et le mourant. Ils doivent encourager les proches à exprimer leurs sentiments, à parler des éventuels conflits non résolus (unresolved issues) et à faire leurs adieux ("to say their goodbyes"). Ceci dans le but que les proches acceptent mieux le décès et aient moins de sentiments de culpabilité et de regret [18].

e. 2. Prévention du deuil compliqué après le décès

Les mêmes auteurs montrent qu'un bon réseau social est un facteur préventif et que les individus en deuil qui n'ont pas un tel support peuvent être aidés positivement par un groupe de thérapie.

e.3. Traitement du deuil compliqué : une place privilégiée pour la psychothérapie

Les données de la littérature basées sur des preuves sont limitées. Des recherches actuelles continuent de se développer sur le sujet.

On dispose cependant de quelques données [18] :

Les personnes à même de tirer un bénéfice d'interventions au cours du deuil sont celles qui présente des risques tels que les critères de deuil compliqué. Dans la grande majorité des cas le déroulement du deuil se passera normalement et ne nécessite pas d'intervention

Dans une première étude randomisée avec placebo portant sur 80 personnes endeuillées de plus de cinquante ans le traitement antidépresseur réduit les symptômes dépressifs du deuil avec une plus grande efficacité si il est associé à une psychothérapie de type interpersonnelle mais ne réduisent pas les symptômes de deuil compliqué [24]. Des études actuelles semblent prometteuses sur l'action des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine dans la réduction de la sévérité des symptômes de deuil mais des essais contrôlés avec placebo sont nécessaires pour affirmer ces données[18].

La psychothérapie a une place privilégiée dans la prise en charge des personnes avec un deuil compliqué. Dans un essai prospectif, contrôlé et randomisé publié en 2005 dans le *JAMA* [25], on compare l'efficacité d'une psychothérapie standard (interpersonnelle) à un traitement psychothérapeutique spécifiquement conçu pour le deuil compliqué.

Dans cette étude portant sur la communauté afro-américaine âgée de 18 à 85 ans et comprenant 80 femmes et 12 hommes, deux groupes reçoivent l'un des deux traitements au cours de 16 séances pendant 19 semaines. L'échelle de Prigerson ICG [11] a été entre autres utilisée pour évaluer les personnes en fin de traitement. Les deux traitements ont permis d'améliorer les symptômes de deuil compliqué.

Le taux de réponse a été plus important avec le traitement du deuil compliqué (51 %) qu'avec la psychothérapie interpersonnelle (28 %; $p = 0,02$) et le délai avant réponse a été plus court avec le traitement du deuil compliqué ($p = 0,02$).

D'autres recherches prometteuses sur d'autres type de psychothérapie sont en cours comme la thérapie cognitive et de support.

3. Le deuil compliqué tel qu'il est enseigné actuellement

J'ai eu l'impression au cours de mes recherches que de manière caricaturale, deux types de position se rencontrent . Les travaux américains tels que ceux de Prigerson et al. portent sur une standardisation des troubles et la recherche d'un traitement approprié. Ailleurs, les travaux par exemple du Dr Hanus en France semblent reposer plus sur la compréhension des processus de deuil dans une approche de type psychanalytique d'où découle une logique de la naissance des troubles et de leur prise en charge.

Dans ce chapitre j'aborderai le deuil compliqué tel qu'il est actuellement enseigné au programme d'internat et défini le plus souvent dans la littérature française .

a. Définitions

Il est décrit différents types de deuil compliqué [3,4,6,7,10,14,16,17] :

➤ **le deuil chronique ou inachevé** : Persistance des symptômes dépressifs pendant plus d'un an sans diminution d'intensité. Le diagnostic de dépression doit être à envisager. Persistance plusieurs années après d'une tristesse ou d'une douleur très intense à l'évocation du défunt ou lors des dates anniversaires. Ce type de deuil pourrait correspondre à un deuil compliqué défini par Prigerson et al., plus ou moins associé à d'autres comorbidités tels qu'un épisode dépressif majeur. Ce type de deuil chronique peut aussi se voir quand la mort n'est pas certaine(le corps n'est pas retrouvé ou la personne a disparu), le deuil ne peut s'élaborer faute de réalité.

➤ **Le deuil inhibé** : Le sujet a intégré la réalité de la perte mais "refuse" les affects qui y sont associés. Il n'y a pas de manifestation de deuil La personne endeuillée réagit sur un mode apparemment intellectualisé, parle du défunt sans exprimer ou ressentir de chagrin. Il y a impossibilité de parler complètement du deuil, d'exprimer le chagrin et impossibilité de verbaliser, cela dépend aussi de la culture et du milieu social qui favorise ou condamne l'expression des émotions. Ces cas peuvent être associé à une expression somatique. Le deuil pourra se déclencher plus tard même plusieurs années après au décours d'une perte même minime ou à l'occasion d'une évocation plus ou moins directe du défunt.

➤ **Le deuil retardé ou différé** : Il existe un refus initial, un déni de la réalité qui va durer dans le temps et retarder la réaction dépressive comme si rien ne s'était passé. Les objets du défunt peuvent être laissés à leur place, la personne peut même continuer à mettre son couvert à

table comme si rien ne s'était passé. Les personnes peuvent être dans un rythme de vie soutenu (hyperactivité) et évitent le sujet de la mort de leur proche. Cela aboutit le plus souvent à une dépression retardée déclenchée par un événement réactivant la problématique de la perte. Pour d'autres vivront la dépression plus tardivement après un cheminement intérieur et une élaboration psychique ouvrant au travail de deuil.

➤ **Le deuil intensifié [4,6] :** Les manifestations de deuil sont exacerbées. Les sentiments de colère ou de culpabilité seraient à la fois une réaction à la perte et une tentative de maintenir le lien.

➤ **Autres manifestations :**

Dans les deuils inachevés la dépression peut être masquée par des troubles somatiques [6], ils sont alors levés quand le deuil est reconnu et la dépression traitée. Dans les complications par excès Hanus [10] évoque des cas qui présentent une identification aux symptômes de la maladie qui a emporté le proche et qui entraîne parfois l'endeuillé dans une mort identique. Ces cas sont rares et la plupart du temps ces identifications s'apaisent avec le temps. Un excès de culpabilité peut aussi amener certains endeuillés à se faire ou se laisser faire du mal.

b. Facteurs de risques

Le deuil d'une manière générale occupe les degrés maximum d'intensité de stress dans les échelles d'événements de vie. Dans le DSM III-R [26], sur l'échelle de sévérité des stress psychosociaux pour adultes, la mort d'un enfant ou d'un proche par suicide occupe le niveau maximum (niveau 6 : catastrophique). Au niveau 5 (extrême) on retrouve la mort d'un conjoint. Sur l'échelle de Holmes et Rahe en 1967 [27] la mort du conjoint occupe le niveau maximum.

Ces facteurs de risques entraînent des deuils difficiles [10] qui sont plus à risque de se compliquer :

- L'âge du défunt : La perte d'un enfant, ou d'un jeune est un des facteurs de complications les plus déterminants;
- L'âge de l'endeuillé : les jeunes auraient tendance à plus de culpabilité et de manifestations somatique que les endeuillés âgés qui seraient plus dans un déni initial (manifestations d'inhibitions, de fatigue et de retrait social). On peut aussi émettre l'hypothèse que ce sont les non dits, les tabous et autres mensonges qui bien que destinés à protéger sont potentiellement les plus délétères [7]

- Fragilités antérieures au décès : au niveau de la santé physique, mentale (personnes anxieuses ou dépressives) ou sociales (mauvaises conditions socioéconomiques : chômage, isolement, délinquance, marginalité, émigrés..), la répétition des deuils quand ceux ci ont été mal résolus se réactivent à l'occasion d'un nouveau deuil.
- les circonstances de la mort :
 - un décès inattendu, brutal, son caractère traumatique, le nombre de proches décédés...
 - le deuil après suicide est certainement l'un des plus difficiles [10]
- Les disparitions : ce sont des situations que l'on peut par exemple retrouver lorsque de guerres le corps n'est pas retrouvé; L'absence de preuve formelle du décès et le fait que les derniers devoirs rituels n'aient pu lui être rendus peuvent constituer des obstacles au deuil et le chroniciser.
- L'annonce du décès : La manière dont celle ci est réalisée participe plus ou moins à l'impact émotionnel et affectif de la nouvelle. Les termes employés, le contexte, le temps pris pour le dire, la qualité de la relation ont toute leur importance. Le fait de rester disponible pour répondre aux interrogations qui pourront naître est aussi important.[7].
- "L'aptitude au deuil" (M.Hanus) en lien avec les expériences de séparation, d'abandon dans l'enfance et la façon dont celles-ci ont été vécues, tolérées et intégrées. Les personnalités plus fragiles marquées par ces problématiques de séparation seraient plus exposées à un deuil compliqué.
- Le mode de relation préexistant : les relations de dépendance voire fusionnelles, conflictuelles ou ambivalentes sont des facteurs potentiels de complication. Une forte ambivalence peut occasionner des sentiments de culpabilité importants après le décès.[7]

Ces deuils difficiles peuvent présenter une intensité plus forte et nécessiter un accompagnement M. Hanus souligne l'importance des rites funéraires qui sont utiles à tous les deuils mais prennent ici une place encore plus nécessaire. Ceux ci peuvent atténuer les sentiments de culpabilité et d'identifier la mort quand celle ci arrive brutalement[10].

C. Le deuil pathologique

Des maladies mentales, physiques et des troubles importants du comportement peuvent apparaître au décours d'un deuil.[10]

1. Le deuil : une cause de surmortalité

Hanus en s'appuyant sur une revue de plusieurs études internationales affirme que la population des endeuillés dans notre pays où meurent en moyenne chaque année 545000 personnes accuse une nette surmortalité statistique [10]

Une revue de la littérature encore plus récente et plus étoffée parue dans le *Lancet* en décembre 2007 [29], reprend les données de la recherche en ce domaines depuis plusieurs dizaines d'années. Les conclusions sont similaires, il existe une surmortalité. Ce travail de revue de la littérature parue dans le *Lancet* en arrive aux conclusions suivantes :

Le taux de mortalité est augmenté pendant les premiers mois et diminue avec le temps [30]. Les populations de veufs ou veuves accusent également une surmortalité en comparaison avec des personnes mariées . La mortalité y est haute par accident, causes violentes ou par maladies liées à la consommation d'alcool. Elle est modérée par ischémie cardiaque et cancer du poumon et basse pour les autres causes de mort. Pour les parents en deuil d'un enfant, le risque de surmortalité pour la mère a pu selon certaines études être mis en évidence jusqu'à dix huit ans après le décès; pour le père le risque se situe plus tôt après le décès [31].

Plusieurs études longitudinales [31,32,33,34,35,36] montrent un excès de mortalité en lien avec des comportements à risque, spécialement dans la première semaine du deuil [36].

Il existe également une mortalité augmentée par suicide et encore plus quand le deuil fait suite au suicide d'un proche. Dans une étude réalisée au Danemark sur 15 ans autour de 9011 cas de suicide du conjoint (e) ou d'un enfant, on retrouve un risque relatif de mortalité par suicide chez l'homme de 46,2 (1,3-116,4) et de 10,1(6,5-15,8) pour les autres causes de mort. Pour les femmes les risques étaient de 15,8 (6,6-37,4) et 3,3 (1,5-7,2). Le deuil pour les parents d'enfants mort par suicide ou autres causes augmente ces risques par deux [32].

Il existe une surmortalité celle ci est plus importante pour les hommes âgés et les jeunes de 35 à 55 ans qui essentiellement n'arrivent pas à se remarier[10]. Dans ces populations les deux causes de mort les plus fréquentes sont les accidents et le suicide.

Selon Hanus [10] cette surmortalité des veufs et veuves est encore plus importante chez les

personnes seules et encore plus chez les séparés et divorcés.

Pour terminer on peut citer les chiffres d'une autre étude dans laquelle 5% des veufs de plus de 55 ans meurent dans les 6 mois qui suivent le deuil versus 3% chez les hommes mariés.[37]

2. Le deuil : un risque augmenté de pathologie somatique

Ce thème a fait l'objet d'une thèse entière de médecine générale en 1998 [38]. En ce qui concerne le deuil compliqué tel qu'il est défini selon les critères de Prigerson et al [18] on a pu montrer qu' à 6 mois du décès, un deuil compliqué est associé avec un risque ultérieur accru de cancer, d'hypertension artérielle, d'évènements cardiaques et d'idées suicidaires en comparaison à un deuil qui se déroule « normalement ».Le deuil compliqué a également été associé avec un risque augmenté d'invalidité, de handicap social, une augmentation des comportements à risques tels que la consommation d'alcool et de tabac, une augmentation des hospitalisations et une réduction de la qualité de vie.(cf chapitre II.B).

Dans le travail de revue de littérature [29] publiée dans le *Lancet* en 2007 sur les conséquences du deuil, les conclusions sont les suivantes en ce qui concerne la santé physique :

Les individus en deuil ont plus de probabilité d'avoir des problèmes de santé physique, en particulier ceux pour qui le deuil est récent. Les individus en deuil présentent plus de plaintes somatiques allant des symptômes physiques (céphalées,vertiges, indigestion et douleur thoracique) à un haut taux d'incapacité et maladie, d'utilisation de médicaments et d'hospitalisation. Les personnes veuves et veufs consultent plus fréquemment leur médecin, le plus souvent pour des problèmes d'anxiété et de tension. Cependant ceux qui vivent un deuil très intense ne consultent pas leurs médecins quand ils en auraient besoin.

Selon les mêmes auteurs ce dernier résultat est inquiétant car ces personnes qui vivent un deuil avec une haute intensité au début sont associés avec des problèmes ultérieurs de santé. Dans une autre étude de Prigerson [39], un haut niveau de deuil compliqué à 6 mois est prédicteur d'évènement sur la santé physique tel que le cancer ou une attaque cardiaque à 25 mois pour les veuves. Un haut niveau d'anxiété à 6 mois est prédicteur d'idées suicidaires à 25 mois pour les veufs. D'autres recherches montrent que le deuil a été associé avec plus de douleurs chroniques et de perte de poids [29].

3. Deuil et pathologie mentale

L'étude de Barry et al.[19] citée plus haut retrouve sur une population de 122 personnes endeuillées 4 mois après la perte, 9 % d'individus répondant aux critères de l'épisode dépressif majeur, 5,7% au diagnostique d'état de stress post traumatique et 10,7 % aux critères de deuil compliqué. Ailleurs une autre étude de Zisook et Shuchter [40] réalisée auprès de 350 veufs et veuves retrouvent 24% d'épisode dépressif majeur et 10 % de syndrome de stress post traumatique 2 mois après la perte de l'époux ou épouse. 23% de dépression à 7 mois et 16 % à 13 mois. L'échelle utilisée était alors entre autres celle du DSM III-R. Un taux de 4 % de dépression était alors retrouvée dans un groupe de 126 personnes pour lesquelles l'époux ou l'épouse était encore en vie.

a. L'épisode dépressif majeur

Les limites et la relation entre deuil et dépression ne sont pas encore parfaitement élucidés [6]. Dans le DSM IV-TR [8] il est précisé les limites avec l'épisode dépressif majeur : "Le diagnostique de Trouble dépressif majeur n'est généralement pas posé, à moins que les symptômes soient encore présents deux mois après la perte. Cependant la présence de certains symptômes non caractéristiques d'une réaction « normale » de chagrin peut aider à différencier le deuil d'un Episode dépressif majeur. Ceux ci comprennent : 1) culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'époque du décès; 2)idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée; 3) sentiment morbide de dévalorisation; 4) ralentissement psychomoteur marqué; 5) altération profonde et prolongée du fonctionnement; 6) hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt".

Cette dépression pourra alors nécessiter un traitement médicamenteux et/ou psychothérapeutique, les deux associés étant plus efficaces [24] qui rappelons le n'atténuera pas la souffrance du deuil.[14,18]. Mais pour Bacqué et Hanus, il faut se méfier que le traitement antidépresseur ne vienne empêcher ce travail de deuil : "des antidépresseurs mis en place lorsque la dépression aiguë, prolongée, bloque le travail de mentalisation de la perte (les processus de pensée nécessaire au decathecting- détachement des affects – cher à Freud). Celui- ci n'est possible que si la dépression est "mentalisée", c'est à dire dynamique et non pas fixée."[14)

b. Le deuil traumatique

Il répond aux critères du syndrome post traumatique et de l'anxiété pathologique (anxiété de séparation). [6]

Il nécessite une prise en charge précoce psychothérapeutique. Le deuil ne peut être abordé que lorsque les manifestations psychotraumatiques ont été traitées. La psychothérapie individuelle semble insuffisante dans les catastrophes collectives. La reconnaissance nationale facilite le lien social, renoue les émotions aux représentations et donne le sentiment d'appartenance à un corps social.

Lorsque qu'une prise en charge immédiate est absente le traumatisme « s'enkyste », et peut rester intact 60 ans après le deuil. Le deuil s'avère alors impossible comme en témoigne les grands génocides (juifs, arméniens, rwandais). Ces situations de deuil impossible peuvent conduire à une psychopathologie secondaire lourde. Les conséquences sont graves non seulement sur la personne mais pèsent sur la génération suivante. [28]

c. Les deuils "psychiatriques"

Leur diagnostic se fait selon les critères habituels utilisés les troubles mentaux (DSM IV).

Deux éléments permettent d'établir le lien avec le deuil :

- La proximité temporelle entre le décès et la constitution d'un tableau psychiatrique complet;
- la thématique du discours du sujet, généralement centré sur le défunt, ou plus rarement sur le déni de cette perte.[17]

c.1. Le deuil mélancolique

Il s'agit d'une forme délirante de la dépression du deuil. Il existe une auto dépréciation du moi, une culpabilité et une dévalorisation exacerbée. L'endeuillé se couvre de reproches et d'injures et en appelle au châiment suprême.

Le risque est le suicide ainsi que le suicide "altruiste" qui conduit la personne à tuer le reste de sa famille pour "éviter" les souffrances du deuil.[14]

Le traitement nécessite une hospitalisation en psychiatrie, une chimiothérapie et psychothérapie. [14,17]

c.2. Le deuil maniaque

C'est une réaction brève atteignant rarement le niveau d'une hypomanie caractérisée et

exceptionnellement celui d'un état maniaque franc. Dans ce dernier cas cela survient sur un terrain bipolaire et le manque de sommeil le stress jouent un rôle déterminant. Sinon l'humeur exaltée se retourne assez rapidement en humeur triste et en retrait mélancolique. Il peut y avoir des idées délirantes de toute puissance, de mysticisme, de triomphe sur la mort et le mort; Cette phase de déni est transitoire. Il peut alors apparaître de l'agressivité ou de la culpabilité laissant présager un virement de l'humeur maniaque en humeur mélancolique.[4,14,17,]

Le traitement est celui d'un état maniaque associé à une psychothérapie centrée sur le deuil. [17].

c.3. Le deuil hystérique

L'hyperexpression théâtrale des manifestations de deuil telle que cela est d'usage dans certaines cultures ne constitue pas en soi une pathologie. Mais on peut aussi voir des troubles de conversion somatique ou dissociatifs (amnésie psychogène,etc.)[17]. La personnalité hystérique peut s'identifier de façon pathologique en présentant constamment des attitudes physiques ou comportementales du défunt.

Ces symptômes peuvent prolonger la dépression qui peut alors être marquée de comportements autodestructeurs ou suicidaire. Une psychothérapie analytique dans ce cas est indiquée.(14]

c.4 Le deuil délirant

Il y a émergence d'un délire plus ou moins systématisé qui peut s'intégrer dans le cadre d'une psychose maniacodépressive ou d'une bouffée délirante aiguë.[17]

c.5. Le deuil obsessionnel

Il est accompagné de phobies d'impulsion, d'idées obsédantes, ou de comportements compulsifs...[17]

Les névroses obsessionnelles figurent parmi les pathologies mentales les plus graves. Des images obsédantes peuvent les "hanter" : "la vie inconsciente des obsessionnels est particulièrement angoissante. Leurs nuits sont peuplées de fantômes, momies et de squelette. Pour échapper à ces préoccupations morbide, l'obsessionnel se livre à une quête rationnelle de solutions. Parmi elle la mort figure en bonne place." [14]. Il existe un risque de suicide ou de clochardisation important.

Un traitement antidépresseur et anxiolytique associé à une psychothérapie est nécessaire. Le

deuil est le moment le plus difficile pour soigner un obsessionnel.[14]. On peut citer également le deuil phobique.

D. Aide et aspects thérapeutiques

1. Le deuil "normal"

a. Proposer une écoute et des informations

Le deuil quand il se déroule normalement ne nécessite pas de prise en charge spécifique. On peut apporter une écoute et une aide informelle qui peut provenir aussi bien de la famille, des proches, des amis que du médecin. Mais il n'est pas nécessaire de le médicaliser ou de le psychiatriser, c'est un processus de changement qui suit son cours naturellement dans la grande majorité des cas. L'importance du soutien apporté par les proches va sans dire.

On peut donner aux endeuillés des informations orientées dans cinq directions principales :

- La nécessité et l'universalité du deuil,
- Les grandes étapes du deuil,
- L'importance des émotions et de leur expression,
- L'éventualité de complications,
- les possibilités d'aide en donnant des indications précises.[3]

Comme je l'avais mentionné plus haut, ce ne sont pas toujours les personnes qui en auraient le plus besoin qui demandent de l'aide.

b. L'importance des rites funéraires

Le rite funéraire joue un rôle important qu'il soit religieux ou non. Selon le Dr Fauré [41], replacé dans sa juste position, il est l'un des plus puissants moyens qu'une personne puisse s'approprier pour progresser dans son travail de deuil. Il a une fonction symbolique de "rite de passage" entre l'absence réelle du défunt dans le présent de la personne et l'intégration psychique de cette réalité.

Il peut exister deux types de rituels :

- Le rituel public comme les obsèques ou la Toussaint et la visite au cimetière...Les obsèques permettent d'un point de vue psychologique aux personnes touchées de se percevoir en deuil et elles offrent un cadre socialement reconnu pour l'expression des émotions. C'est à cette occasion que peut commencer à se redessiner les rôles dans le système familial ou amical où le décès est survenu. La cérémonie permet de rassembler la communauté et peut permettre la constitution d'un réseau de soutien dont va avoir besoin la personne dans les mois à venir. C'est aussi le début de l'exploration de tous les aspects de la relation au défunt, où chacun amène ses souvenirs et anecdotes.
- Les rituels privés : certains iront planter un arbre, poser des fleurs au bord d'une route, écrire régulièrement... Ces rituels permettent un point de repère à un moment où la personne ne sait plus trop où elle en est. Ils permettent de canaliser les énergies en privilégiant un moment de la journée au recueillement et en libérant un peu les pensées pour le reste de la journée sans trop se culpabiliser.

Le rituel aide donc à la transition entre hier où le quotidien était partagé et un demain où il faudra vivre sans lui ou elle. Il préserve le lien avec celui qui est parti[41]. Il est aussi un moyen tenté par l'endeuillé pour communiquer avec le défunt et l'au delà.[42]

On pourrait rajouter que le rite est porteur de sens et permet de faire le pont avec les générations précédentes qui ont accompli les mêmes rites.

Alain De Broca nous rappelle également l'importance pour le soignant d'avoir un peu de connaissances sur les différents rites religieux afin de ne pas entraver le déroulement de ceux-ci.

2. Deuil compliqué et pathologique : aspects thérapeutiques

La thérapeutique selon le type de complication ou de pathologie du deuil a été abordée au fur et à mesure à chaque chapitre.

En résumé : les deuils compliqués nécessitent d'être dépistés et traités principalement au moyen d'une psychothérapie individuelle plus ou moins associée à un travail de groupe. Les deuils

pathologiques peuvent nécessiter en plus un suivi psychiatrique avec un traitement médicamenteux adapté à la pathologie associé à un travail psychothérapeutique, Ils peuvent nécessiter une hospitalisation selon les cas quand par exemple la personne est délirante ou suicidaire. Par ailleurs le deuil est une situation à risque au niveau de la santé physique, une attention particulière devra donc y être consacrée.

a. A propos du traitement médicamenteux

a.1 Le traitement antidépresseur

Il est souvent prescrit trop facilement [3,42]. Il conviendra donc de le donner si le diagnostic de dépression majeure est réellement posé. Ce sujet a déjà été traité précédemment, le diagnostic n'est pas simple et certains craignent que le traitement puisse empêcher le travail de deuil de se faire. Les traitements antidépresseur pour l'instant n'améliorent pas les symptômes de deuil mais ont une action sur les symptômes de la dépression. Dépression qui peut aussi être un facteur de risque de suicide.

Le traitement antidépresseur qui paraît le plus indiqué en première intention sont les Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine(IRS) du fait de leur meilleure tolérance [42]. Par ailleurs Prigerson laissait envisager que les IRS pourraient en plus agir sur les symptômes de deuil compliqué mais cela nécessitait des études supplémentaires [18].

a.2 Le traitement anxiolytique

Ils pourront être utilisés en cas d'anxiété avec retentissement grave sur le sommeil ou en cas de crise d'angoisse aiguë. Leur durée devra être limitée et il faudra être attentif aux risques d'association avec d'autres drogues et aux ordonnances multiples. On retrouve les benzodiazépines et d'autres classes comme le carbamate ou l'hydroxazine.

En cas de crise d'angoisse aiguë, il y a urgence à cause du risque d'effet dépersonnalisant de la crise, il existe un risque de raptus anxieux ou suicidaire. Le traitement classique; Le médecin peut avoir un effet contenant prescrire en plus une benzodiazépine per os ou en intramusculaire. Un neuroleptique sédatif peut aussi être employé.[42]

b. Les groupes d'aides

Il en existe différents types. Plusieurs associations proposent de manière bénévole une écoute téléphonique voire des entretiens à domicile. Citons par exemple Jalnav ou l'association Vivre son deuil.

Des groupes de paroles peuvent être proposés par ces associations. cela peut être des groupes d'un soir où chacun vient exprimer son vécu où des groupes plus structurés comme ceux organisés par le centre François Xavier Bagnoux [43]. Ces groupes peuvent durer un an avec par exemple une réunion une fois par mois. Ces groupes sont coanimés par un psychologue ou personne formée à l'accompagnement au deuil et un représentant de la société civile comme une assistante sociale.

L'expérience menée par ce centre [43] a permis de mettre en valeur l'apport de tels groupes :

- la fonction sociale: il permet de rencontrer l'autre dans ses similitudes et différences, de créer une complicité, voire des amitiés qui se révèlent être de vrais soutiens au cours de cette période de deuil.
- une fonction thérapeutique : même si ce n'est pas le but premier de ces groupes il apparaît que les personnes apprennent à exprimer leurs émotions, à les analyser et à être sensibilisé par le cheminement des autres. Des problématiques peuvent être mise en évidence et la personne peut alors être dirigée vers un psychologue ou psychiatre.
- Une fonction symbolique : liée au fait d'appartenir à un groupe, celui de personnes en deuil; Le fait de s'inscrire est déjà une forme de reconnaissance du deuil. L'entrée et la fin du groupe sont des moments symboliques forts où la douleur du deuil peuvent être réactivées et sont préparées activement par les animateurs.
- Une fonction de santé publique : le centre FXG qui réalise ces groupes manque encore de données statistiques suffisantes mais avance que ce type de groupe a une action de prévention du deuil compliqué. Ce qui rejoint les conclusions de l'équipe de Prigerson [18] sur le rôle protecteur du groupe.

Il existe également des groupes de thérapie menés par des spécialistes indépendamment de la problématique du deuil qui s'inspirent de la psychanalyse (psychodynamique de groupe), des thérapies familiales ou de la Gestalt thérapie [14].

c. L'accompagnement psychothérapeutique

Il existe différents types de psychothérapie et la littérature manque encore de données pour affirmer quel type de psychothérapie est le mieux adapté selon les cas. Je ne ferai que les citer brièvement sans les décrire de manière approfondie.

Les psychothérapies conventionnelles :

Elles ont montré une efficacité dans le deuil compliqué [25] avec une amélioration des symptômes chez 28% des personnes contre 51 % avec un traitement spécifique du deuil compliqué mis au point par les chercheurs associant informations éducatives, psychothérapie et prise en charge de l'aspect traumatique (cf chap. *deuil compliqué*).

De nouvelles formes de psychothérapie sont donc mises au point et évaluées actuellement. Ces psychothérapies conventionnelles s'appliqueront à traiter surtout les symptômes. Elles comprennent les thérapies comportementales et les cognitivo-comportementales. Dans l'article du JAMA [25] cité ci dessus il s'agit de thérapie interpersonnelle.

Les psychothérapies familiales et systémiques : elles permettent d'aborder les souffrances et d'aider les personnes à traverser cette épreuve ensemble et non séparés les uns des autres, elles permettront d'exprimer les difficultés de chacun, de se rendre compte des prises de pouvoir de certains, des coalitions possibles...Elle permettra d'aider les participants à dépasser le deuil, de renforcer les liens positifs entre les personnes de la famille, de renforcer les liens dans un couple sur des bases nouvelles après la perte d'un enfant par exemple.

La psychothérapie d'inspiration analytique : si les psychothérapies conventionnelles peuvent être brèves dans le temps, celle ci demande un engagement qui peut durer plusieurs années. Le travail est basé sur l'histoire personnelle de la personne et on en étudie la réactivation par le transfert sur le thérapeute. Elle vise une modification de la structure de la personnalité sous-jacente aux symptômes.

La Gestalt thérapie met l'accent sur la prise de conscience de l'expérience actuelle ("*l'ici et maintenant*" qui englobe, bien entendu , la résurgence éventuelle d'un vécu ancien) . Elle réhabilite le ressenti émotionnel et corporel.[44]

On peut également citer L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) qui peut être indiqué avec les thérapies cognitivo comportementales dans les états de stress post traumatiques [45].

E. Place des Soins Palliatifs et du médecin traitant dans la prise en charge des patients en deuil

1. Quelques chiffres

Excepté l'année 2004 de la canicule, 530 000 français meurent en moyenne chaque année . La part des décès dits prématurés (avant 65 ans) est de 12 % pour les femmes et 27 % pour les hommes. Un peu plus du quart des décès (27%) ont lieu au domicile, 48 % dans les établissements publics de santé, 8 % dans les cliniques, 11 % dans les maisons de retraite et 2 % sur la voie publique [46].

Un sondage IFOP paru dans le quotidien du médecin [47] "*Vous arrive t'il de penser à la mort ?* " est réalisé en octobre 1998 auprès de 953 Français de plus de 18 ans à la demande des Pompes funèbres générales. A propos "des personnes qui pourraient contribuer à informer le public sur la mort", le personnel médical est cité en premier (75%), ensuite les psychologues 34%, et les religions 31%. Les professions libérales ont une attente plus importante de la part des philosophes (19%). Une plus grande information serait souhaitée sur la fin de vie (47%), sur l'organisation des obsèques (38%) et sur le deuil (36%). Pour parler de la mort aux enfants une majorité pense que c'est le rôle des parents ou grands parents mais 21% pensent que le médecin est le mieux placé.

Un sondage IPSOS un peu plus ancien (1995) réalisé à l'initiative de la fondation de France publié lui aussi dans le Quotidien du médecin [48] révélait que dans les situations de deuils passés : 32% des personnes interrogées estimaient ne pas avoir été suffisamment accompagnées sur le plan psychologique et 39 % sur le plan médical.

Nous verrons plus loin que le médecin traitant à un rôle clef dans la prise en charge des personnes en deuil.

2. Le mouvement des Soins Palliatifs et les patients en deuil

a. Définition des soins palliatifs

"Ce n'est pas parce que l'on ne peut pas vous guérir qu'il n'y a plus rien à faire."

Les Soins Palliatifs m'évoquent cette phrase prononcée par Albert Dupontel dans le film *"La maladie de Sachs"*, adaptation cinématographique du livre du même nom de Martin Winckler. Il y joue le rôle d'un médecin généraliste qui reçoit un patient à qui l'on vient de diagnostiquer un cancer et auquel un confrère vient de lui dire qu'il ne pouvait plus rien faire pour lui.

Selon la définition de la Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatifs [49] :

*" Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte les souffrances psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne humaine, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort est un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. **Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil.** Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués."*

b. Brève Historique du mouvement des Soins Palliatifs

Le mouvement des Soins Palliatifs est relativement récent. Il débute dans les années soixante en Grande Bretagne avec les travaux du Dr Cicely Saunders qui crée en 1967 le St Christopher's Hospice à Londres pour la prise en charge des personnes malades en fin de vie. Elle

développa la notion de douleur "totale" en la considérant comme une expérience à la fois physique, psychique et spirituelle. Ce même type d'unités de soins se développa en Angleterre et au Canada. Dans le même temps le Dr Elisabeth Kubler Ross accompagnait les patients en fin de vie. Elle fût pionnière également dans son enseignement, on peut lire dans son histoire par exemple qu'il lui arrivait d'emmener avec elle et avec leur accord des personnes proches de mourir dans les amphithéâtres de médecine. Elle travailla sur le vécu psychologique et spirituel des patients en fin de vie. elle démontra qu'il était possible d'accompagner les personnes à travers différents stades quand ceux ci approchent de la mort afin qu'ils puissent l'aborder avec plus de sérénité, elle décrivit cette étape comme un moment important dans la maturation d'un individu. Elle décrivit les cinq stades que traverse une personne suite à l'annonce d'une maladie grave : le refus et l'isolement, l'irritation, le marchandage, la dépression et enfin l'acceptation.

En France la première consultation de Soins Palliatifs est créée à Paris par le Dr Salamagne. Le premier texte officiel en France date du 26 août 1986, c'est la "circulaire Laroque" relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. Dans le même temps tout un mouvement associatif se met en place (JALMAV,ASP...) visant à coordonner les connaissances et à faire connaître l'esprit et la pratique des soins palliatifs. La Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatifs est créée en 1989, regroupant les associations préexistantes, elle a un rôle représentatif auprès des pouvoirs publics.

La Loi du 9 juin 1999 garantit le droit d'accès aux Soins Palliatifs pour tous. En 1999 un plan triennal de développement des soins palliatifs est mis en place par Bernard Kouchner, alors secrétaire d'État à la santé, il vise :

- le recensement de l'offre de Soins Palliatifs existante notamment l'offre assurée par les bénévoles,
- le renforcement de l'offre de soins et la réduction des inégalités entre les régions,
- le développement la formation des professionnels et de l'information du public,
- le soutien de la prise en charge à domicile.
- Un second programme est mis en place en 2002, qui insiste sur l'accompagnement de la fin de vie à domicile, la création de réseau et la formation des professionnels de santé.

D'autres circulaires et lois suivront. En 2003, un rapport faisant état des lieux des pratiques concernant la prise en charge de la fin de vie en France. Il y est fait des propositions autour de quatre axes : la communication, l'organisation des soins la formation et l'amélioration des pratiques

soignantes confrontées à des situations limites.

A la suite de ce rapport L'ANAES présente en 2004 une conférence de consensus sur l'accompagnement des personnes ne fin de vie et de leurs proches [50].

c. L'accompagnement médical des personnes en deuil

c.1 Préparation du deuil à venir

Dans cette conférence de consensus [50], on peut trouver quelques recommandations à l'égard de la famille en lien avec la préparation du deuil à venir :

"[...] De même il convient de les aider à surmonter les périodes de crise et d'incertitude profonde, les risques de rupture. L'anticipation d'un deuil qui risque d'être pathologique justifie une approche spécifique.[...] Chaque famille est unique. Elle exprime des besoins spécifiques qui évoluent au cours de la maladie. Sa capacité d'accompagnement et sa présence auprès d'un proche en fin de vie permettent de le maintenir dans un espace convivial qui lui est familier. La famille recueille ainsi cet ultime témoignage d'une existence et témoigne du fait que seront préservées trace et mémoire de la personne à sa mort. La mort annoncée bouleverse les repères familiaux et risque de provoquer des attitudes paradoxales. En ces circonstances l'accompagnement et la communication prennent une plus intense signification. Il apparaît nécessaire que l'équipe soignante reste cohérente et soudée pour assurer un accompagnement optimal. La famille peut se trouver confrontée à des problèmes matériels complexes au cours de l'accompagnement de la personne malade. Il convient d'y être attentif et de leur apporter les réponses nécessaires en sollicitant l'intervention de professionnels du secteur social. La dimension spirituelle de l'accompagnement à laquelle certains aspirent ne saurait être négligée et la possibilité de bénéficier d'un soutien religieux s'impose."

On retrouve la notion de formation des professionnels à cet accompagnement, la nécessité qu'ils aient des connaissances des différents types de cultes afin de ne pas entraver le déroulement du rite funéraire :

"Les professionnels de santé savent conseiller les familles pour la toilette mortuaire, les derniers égards témoignés au défunt, et leur apporter un indispensable soutien moral. La qualité de cette phase de l'accompagnement contribue pour beaucoup au travail du deuil." [...] Favoriser la sensibilisation des professionnels de santé aux différentes approches de la fin de vie, de la mort et

du deuil dans différents champs culturels."

A propos de la gestion émotionnelle de ces situations pour les accompagnants :

"aider les personnels à une meilleure analyse des pratiques au travers de groupes type Balint, et dans des situations particulièrement graves (suite à un accident, une mort violente, un suicide, un attentat, etc.) par des séances de débriefing."

c.2. Après le décès

Le suivi des personnes après le décès y est évoqué :

"L'accompagnement de la famille ne s'interrompt pas au décès. Il doit se prolonger sous d'autres formes durant la période de deuil sans pour autant solliciter l'équipe soignante dans une fonction qu'elle n'est pas en mesure d'assumer."[50]

Les Unités de soins palliatifs et les équipes mobiles de Soins Palliatifs accueillent en priorité les personnes qui ont perdu un proche et qui ont bénéficié d'un accompagnement de fin de vie par ces équipes. Un certain nombre de ces lieux offrent leurs services également aux endeuillés dont le défunt n'a pas été suivi par ces équipes. Ce sont souvent des psychologues ou des équipes de bénévoles rattachées à ces institutions [43].

Ces consultations de deuil à l'hôpital dans les services ne semblent pas encore très développées.

A Nantes cela ne fait pas encore partie du projet du CHU. Le service de Soins Palliatif envoie une lettre de condoléances à la famille ou aux proches après le décès. Un entretien est régulièrement proposé et un suivi par un(e) psychologue peut être envisagé. Mais l'équipe serait vite débordée si tous devaient avoir ce type de suivi.

On peut par ailleurs citer l'ouverture d'une consultation de deuil avec un psychiatre en clinique sur Saint Nazaire, à Nantes une consultation de deuil menée par un médecin généraliste dans le cadre d'un partenariat avec la paroisse d'un quartier ou cette consultation spécialisée au CHS de Montbert dans le suivi des personnes qui ont perdu un proche par suicide. Il s'agit dans ce dernier cas d'une équipe pluridisciplinaire avec psychiatre, psychologue et infirmières..

3. Le médecin généraliste

a. Le médecin généraliste : quelles compétences en Soins Palliatifs ?

Selon la conférence de consensus de L'ANAES de 2004 sur les Soins Palliatifs, la formation des professionnels figure parmi les objectifs :

"La formation en institution comme à domicile occupe une place première dans les conditions de réussite de la démarche d'accompagnement. Elle concerne tous les professionnels, qu'ils soient soignants, personnels d'encadrement ou administratifs, mais aussi les bénévoles et la famille. Il est probablement utile aussi de développer une information et une sensibilisation en direction des organismes médico-sociaux ainsi que des différents prestataires afin de faciliter le développement de la culture d'accompagnement dans la société.

Cette formation peut se décliner selon diverses modalités. On peut distinguer :

- les formations de base de tous les professionnels de santé ,*
- les formations plus approfondies des référents.*

La formation d'accompagnement a trois finalités : développer une compétence relationnelle, technique et organisationnelle."

Le CNGE (Collège National des Enseignants Généralistes) a établi, en s'inspirant de la nouvelle définition de la médecine générale de la WONCA (2002) [51], un référentiel des compétences que doit acquérir le futur médecin généraliste. L'approche globale du patient (soins curatifs, palliatifs, prévention, dépistage, réadaptation) doit faire partie du savoir faire du médecin .

La prise en charge palliative des patients concerne donc bien le médecin généraliste y compris celle des personnes en deuil.

Il n'est cependant pas clairement défini quel rôle le médecin traitant peut jouer auprès des personnes en deuil.

b. Les personnes en deuil : quelles attentes ?

Il y a peu de données dans la littérature pour répondre à cette question. Un travail publié dans le *British Journal of General Practice* [52] en 2000 aborde cette question. Une enquête qualitative est réalisée auprès de 36 patients de plus de 60 ans, plus de six mois après le décès d'un proche.

Voici succinctement quelques résultats de ce travail :

- une minorité n'avait pas d'attente envers leur généraliste.
- la majorité ont ressenti un besoin de communication et de contact comme quelque chose d'important.
- certains se sont étonnés que leur médecin ne les contacte pas alors que celui ci les avait suivi depuis leur mariage !
- Il était important que le médecin lors de consultation soit attentif et reconnaisse que la personne est en deuil. Sept patients ont été bouleversés par le fait que leur médecin n'a pas abordé le sujet avec eux alors qu'ils en auraient eu besoin mais qu'ils n'osaient pas en parler.
- la majorité qui se sont sentis reconnu dans leur deuil par leur médecin ont apprécié et ont senti qu'il pouvait être un appui.
- trois personnes se sont inquiétées que des symptômes physiques authentiques aient pu être reliés au deuil.

Quelques suggestions ont été émises :

- Recevoir une lettre de condoléances (sympathy) : la majorité y était favorable. Un seul aurait aimé qu'on lui demande la permission.
- Recevoir une visite du médecin ou de l'infirmière : plusieurs trouvent cela nécessaire et la plupart auraient apprécié.
- Prendre des notes pendant la consultation à propos du deuil : pour la majorité, c'est une voie pratique de s'assurer que le médecin prend en compte le deuil. Seuls ceux pour qui les symptômes physiques avaient été rapporté au deuil ont émis une réserve.

Une communication pauvre ou inappropriée était cause de stress pour nombre de sujet avec parfois des conséquences sur le deuil.

Par ailleurs, ceux qui se sont sentis informés à chaque étape de la progression de la maladie et de la proximité de la mort ont gardé une "merveilleuse" image de l'équipe hospitalière ou du médecin généraliste. Certains qui ressentaient ne pas avoir pas reçu suffisamment d'information sur la cause de la mort avant que celle ci ne survienne ont exprimé de la satisfaction que l'équipe hospitalière ou le médecin traitant en explique par la suite les causes.

Plusieurs personnes disent qu'elles n'avaient pas conscience que leur proche allait mourir

(dans la plupart de ces cas il s'agissait de maladie chronique) et ont raté la chance de pouvoir partager leurs adieux).

D'autres trois ans après, se posent toujours des questions sur les causes de la mort et ne comprennent pas ce qui a pu être noté sur le certificat de décès.

En conclusion, l'information des proches avant et après le décès, la reconnaissance par le généraliste de leur vécu de deuil à travers une lettre de condoléances, l'ouverture de ce sujet dans la consultation ou même la prise de note par le médecin à ce sujet, une bonne communication sont des éléments importants pour la majorité de ces patients.

c. Le médecin généraliste : quelle perception a-t'il de son rôle auprès des personnes en deuil ? Quels besoins de formation ?

c.1 Perceptions et pratiques du médecin généraliste dans la prise en charge du deuil

Les données de la littérature renseignant la façon dont les généralistes prennent en charge les patients en deuil sont très limitées. J'ai pu trouver deux études quantitatives sur ce sujet publiées en 2000 [53] et 2006 [54]. La deuxième porte sur l'évaluation que les médecins portent sur leurs compétences en Soins Palliatifs, le deuil y est abordé très succinctement.

Une autre étude publiée en 1999 [55] explore de manière qualitative le vécu des médecins généralistes sur ces prises en charge. ce dernier travail se rapproche de mon sujet de thèse. Il a été publié dans le *BMJ* et concerne des médecins de Grande Bretagne.

A ma connaissance il n'y a aucune publication d'études similaires en France.

En ce qui concerne la première étude publiée en 2000 [53], les auteurs confirment eux aussi le manque de travaux sur ce sujet. A leur connaissance aucune publication ne traitait alors de "ce que les généralistes aux États-Unis pensent ou font dans le domaine de la prise en charge du deuil. "

Cette étude porte sur 113 médecins généralistes américains de l'académie d'Ohio, l'enquête est réalisée par questionnaires (113 réponses sur 400). La réactivité ou implication du médecin à la prise en charge des patients en deuil est évaluée (grief responsiveness) .

Voici une partie des résultats :

➤ **Une reconnaissance de leur rôle :** les médecins croient fortement que l'identification et le traitement des patients en deuil est un élément important de leur responsabilité. Ceci peut être attribué à la reconnaissance par le médecin que le deuil représente un facteur de risque important pour la santé et le bien être de leur patients. Beaucoup indiquent avoir un rôle actif dans le traitement des patients en deuil. Ils donnent des conseils en s'inquiétant de leurs besoins spirituels et de leurs ressources. Ils prescrivent un traitement si nécessaire.

➤ **Cependant, le degré d'implication du médecin est corrélé à plusieurs facteurs :**

- les caractéristiques du patient,
- la représentation que le médecin a lui même de la mort,
- les caractéristiques de la pratique du médecin,
- le manque de temps.

Selon les auteurs une des importantes découvertes de ce travail réside dans le fait que ce degré d'implication ou de réactivité du médecin aux situations de deuil (grief responsiveness) est très liée au niveau d'aisance (comfort level) du médecin avec les patients qui pleurent. Ce sont ceux pour qui ce niveau est bon qui vont écouter et qui pensent que leur écoute peut être une aide significative.

Par ailleurs plusieurs questions sur les habitudes de prescription où les croyances des médecins montrent par exemple que 58 % pensent que le deuil d'un enfant décédé d'une mort subite doit être terminé en deux ans ou moins. 75% estiment la même durée à propos de la perte d'un ou une épouse.

A propos du traitement prescrit, la plupart répondent prescrire des psychotropes. Les indications les plus communes étant les troubles du sommeil et la dépression. Il n'est pas précisé sur quels critères le diagnostic de dépression est réalisé. Les benzodiazépines sont prescrites pour la sédation et l'anxiété par une minorité significative. Plusieurs prescrivent des antihistaminiques ou des petites doses d'antidépresseur pour la sédation.

L'étude qualitative [55] portant sur les croyances et attitudes des médecins envers la mort et le deuil a été proposée auprès de 45 médecins généralistes de Grand Bretagne, 25 ayant accepté une interview. Cette étude apporte d'autres éléments :

- Tous les médecins sauf trois ont ressenti de la culpabilité suite à la mort de patients.
- Ces sentiments de culpabilité sont en lien avec leur attente de ne pas faire d'erreurs de

diagnostic.

- Ils décrivent une brèche existant entre le modèle hospitalier qu'ils ont appris et celui de la médecine générale. Ils éprouvent une inadéquation entre ces deux modèles. Cette différence est cause de stress et de culpabilité chez les médecins.
- les techniques de management du deuil proviennent plus de leur expérience personnelle que d'une formation médicale.
- les médecins utilisent différents moyens pour contacter leurs patients en deuil, spécialement si ils ont été impliqué dans les soins de fin de vie.
- les médecins peuvent avoir besoin d'exprimer leur deuil (chagrin : "grief) quand il s'agit de la perte d'un patient auquel ils étaient attachés.

c.2. Les besoins de formation

Cette étude met en évidence selon les conclusions des auteurs la nécessité de former les médecins à la prise en charge du deuil. Ce besoin de formation comprend des aspects cognitifs et affectifs.

Sur le plan cognitif, les médecins doivent apprendre : à différencier un deuil normal et compliqué, la durée et le déroulement du deuil, son traitement et des stratégies de référence. Étant donné le manque de temps rapporté, l'éducation doit s'appuyer sur les options de prise en charge adaptées aux soins primaires et l'utilisation des équipes interdisciplinaires et les indications d'y référer. Pour les cas de mort violente, il peut y avoir un besoin de soins adaptés au deuil post traumatique.

Sur le plan affectif : les médecins ont besoin d'être encouragés et soutenus à examiner leur façon de gérer la perte et les implications de leur expérience personnelle dans le traitement des personnes en deuil. Une attention doit être portée à améliorer l'aisance des médecins avec les patients qui pleurent et leur apprendre à différencier quand est ce qu'il est approprié ou non de parler de sa propre expérience.

Des formations auprès de professionnels du deuil, de la santé mentale ou des groupes type Balint pourraient les aider à améliorer leur pratique.

La deuxième étude citée plus haut publiée en 2006 dans *Palliative Medicine* [54] vient confirmer ces résultats. L'étude se passait cette fois ci en Grande Bretagne et portait sur 300 médecins généralistes. La plupart des questions portait sur l'appréciation de leur connaissance et de leur pratique en soins palliatifs .Parmi les résultats les généralistes montrent par exemple un haut niveau de connaissance dans la gestion des douleurs cancéreuses. Mais ils éprouvent moins de

satisfaction et de confiance dans les soins de deuils (36%).

Ici aussi les conclusions de l'étude expriment la nécessité d'améliorer entre autres la formation des médecins généralistes à la prise en charge du deuil.

4. Quel rôle a le médecin traitant auprès de la personne en deuil ?

En 1998, la Direction Générale de la santé réalisait un document : " Le deuil : une situation à risque " avec la collaboration de plusieurs spécialistes dont le Dr Hanus. Ce travail avait été publié dans la revue du Praticien-Médecine générale [56] et le Quotidien du médecin [47].

Voici comment y sont défini les rôles du médecin traitant :

a. Accompagner et écouter

- Préparer le deuil : la qualité de l'accompagnement influe sur le deuil des proches. Le médecin doit aussi apporter des informations sur l'évolution de la maladie et des traitements qu'il prescrit.
- Savoir écouter la personne en deuil qui peut parfois avoir besoin de parler et d'autres fois de rester silencieuse.
- Lorsqu'il est consulté, c'est le rôle du médecin d'aider les personnes à se déculpabiliser, les rassurer et leur faire comprendre la normalité et la nécessité du deuil.
- Il pourra les encourager à parler entre elles et à partager leurs émotions douloureuses.
- La possibilité d'exprimer son chagrin à autrui facilite le déroulement du deuil.

b. Conseiller les familles

- avant le décès, le médecin peut conseiller aux familles de dire la vérité, même aux enfants sur l'issue prévisible puis effective de la maladie. Ce qui est imaginé est souvent pire que la réalité.
- après le décès, les adultes dans la douleur peuvent parfois être désemparés sur l'attitude à avoir pour leurs enfants. Le médecin peut conseiller d'emmener l'enfant à l'enterrement, de lui proposer d'emmener un objet cher au disparu et de le mettre dans le cercueil ou la tombe.

Il est également important de rassurer les enfants sur le chagrin de leurs parents pour qu'ils ne se sentent pas en danger eux mêmes. Ces conseils contribuent au bon déroulement du deuil chez l'enfant.

c. Dépister les complications

Ces complications ainsi que les pathologies ont été abordées dans les chapitres du même nom.

Le médecin doit donc être vigilant aux complications qui peuvent survenir (par exemple : le risque de suicide, de consommation d'alcool ou encore d'accident cardiaque, de déclaration ou d'aggravation d'une maladie, de pathologie mentale....). La connaissance des patients avant et le dépistage des facteurs de risques de complication l'amèneront à être plus vigilant même sur le long terme et en particulier au moment de certaines dates, comme le premier anniversaire du décès, les fêtes de famille et les autres anniversaires.

Le médecin doit savoir repérer les "clignotants" d'une détresse cachée, avec par exemple chez la personne âgée :

- l'existence de maladies chroniques avec risque de décompensation,
- les problèmes nutritionnels et notamment un amaigrissement,
- la sur-consommation de médicaments,
- le stress entraîné par une succession,
- l'isolement social avant ou après le décès.
- les changements de mode de vie consécutifs au décès (entrée en institution, problèmes financiers),
- l'existence de conflits familiaux,
- une relation fusionnelle entre l'endeuillé et la personne décédée,
- Remplir ses fonctions administratives avec compassion.

La réaction au deuil chez l'enfant se manifeste parfois derrière une apparente absence de sensibilité. Parfois à l'inverse certains signes doivent attirer l'attention :

- un fléchissement scolaire,

- une dépression chez l'enfant peut être bien réelle,
- des troubles du comportement,
- des perturbations du sommeil ou de l'alimentation.

Il est souhaitable que l'enfant surmonte cette situation avec le parent survivant, celui ci peut avoir besoin d'une aide extérieure.

Le médecin doit aussi connaître l'importance de la sépulture dans le deuil (le deuil d'un mort sans sépulture peut être difficile), les différents modes d'expression du deuil selon les cultures, Il doit connaître également l'existence des deuils retardés parfois à retardement sur la deuxième génération.

d. Remplir son rôle administratif avec compassion

Le médecin qui rédige un certificat de décès doit prendre le temps de dire quelques "mots de sympathie" aux proches qu'il propose de revoir. La colère et l'agressivité des endeuillés peuvent se retourner contre lui en particulier lorsqu'il existe des conflits familiaux.

Il est aussi mentionné la possibilité de prescrire un traitement comme une aide supplémentaire à l'écoute quand celui ci est nécessaire. (troubles du sommeil, anxiété, dépression...), le recours à un spécialiste en cas de pathologie mentale ou physique, l'existence des associations et des groupes d'aides et leur utilité en particulier pour les personnes isolées ou à risques.

Un autre travail mené par une équipe de recherche espagnole composée de médecins généralistes ont mis au point un guide adressé aux médecins de famille intitulé : " Deuil dans le cadre des soins primaires" publié dans le *journal européen de soins palliatifs* en 2006 [57]. Cette équipe a mis au point des techniques de prise en charge psychologiques adaptées au cadre de la médecine générale. Ce travail financé par le gouvernement Basque et Espagnol fait actuellement l'objet d'une étude randomisée et contrôlée pour en évaluer l'efficacité.

Les auteurs rappellent le rôle clef du médecin traitant : "*Le médecin de famille est le seul spécialiste qui, grâce à son rôle dans le système de soins et dans la communauté peut apporter un soutien psychologique aux personnes en deuil tout en faisant face aux problèmes associés, sans prendre la place des ressources plus traditionnelles familles, amis, voisins, prêtre, etc.)[...] Les personnes en deuil voient leur médecin 80% plus souvent que le reste de la population.*"

Il est défini trois niveaux d'action possible pour le généraliste :

- La prévention primaire : aider les personnes en deuil à le réaliser de manière naturelle et saine avec un développement personnel.
- La prévention secondaire : diagnostiquer un deuil pathologique précocement afin de pouvoir proposer un traitement ou adresser la personne à d'autres professionnels. Assurer un suivi et ou un conseil aux personnes chez qui un deuil pathologique a déjà été diagnostiqué.
- La prévention tertiaire : suivi et conseil des personnes qui ont des problèmes liés au deuil sur le long terme.

Techniques proposées par les auteurs :

1. Établir de bonnes relation avec les personnes en deuil :

- proposer une "stratégie" avec des objectifs. Prévoir le nombre, la durée et la fréquences des séances qui pourront s'espacer au cours du temps. Une période de 1 an est conseillée. Considérer la personne en deuil comme un égal, dans l'idéal les séances se font en tête à tête.
- Le soin est dispensé de manière unidirectionnelle. Le médecin apporte de l'aide et le patient la reçoit.
- Le médecin "doit ressentir de l'empathie", être sincère et naturel et ne pas être dans le jugement.
- Rester dans le cadre professionnel. L'importance de l'aspect professionnel de la relation doit être souligné afin d'éviter tout malentendu ou transfert émotionnel (par exemple éviter de devenir un substitut de la personne décédée).

2. Proposer une écoute active :

- Se concentrer sur le moment présent (" ici et maintenant"),
- Être attentif au langage verbal et non verbal ainsi qu'aux non dits,
- Savoir "prendre du recul" : le médecin doit faire la différence entre les émotions de la personne et les siennes, ce n'est pas lui qui vit cette histoire. "je suis moi, il est lui".

3. Faciliter

Encourager la communication et l'expression des émotions à travers des questions ouvertes et de la

patience.

4. Informer

Sur le processus de deuil, donner des brochures...

5. Normaliser

Rassurer sur la normalité de ce que ressent la personne, valider ses sentiments, l'aider à se libérer de la culpabilité. Insister sur le fait que la personne n'a pas le devoir d'oublier le défunt mais qu'elle peut continuer à lui parler ou à en parler.

6. Orienter

- Suggérer certains comportements ou rites,
- Donner des conseils comme éviter de prendre des décisions trop importantes au début,
- Conseiller sur la réorganisation de la famille en expliquant que la perte d'un membre change tout : les interactions, les rôles, les espaces, les règles, etc.

D'autres techniques plus spécifiques habituellement utilisées sont conseillées par les auteurs pour des situations plus précises : narration répétée du décès, anticipation des dates spéciales, narration des rêves et des présences ressenties..., prescription de médicaments, examens biologiques, recherche de complications.

D'autres techniques sont conseillées pour un emploi plus particulier : écrire, dessiner, créer un album photo, avoir un animal familier, utilisation de métaphores, visualisations guidées, exercice d'expression des émotions, reconstruction de l'attitude mentale.

Pour l'ensemble des techniques proposées il me paraît que certaines reposent sur un savoir faire psychothérapeutique...(être dans "l'ici et maintenant", savoir favoriser l'expression des émotions, respecter la bonne distance...). Ces qualités peuvent-elles s'acquérir sur de simples recommandations ? Pour ce qui est des dernières techniques citées : utilisation des rêves, visualisations guidées, utilisation des métaphores, ce sont des techniques psychothérapeutiques peut-être encore plus spécialisées. Aussi il est intéressant que les auteurs étudient la pertinence de l'usage de telles techniques en consultation de médecine générale.

III. Matériel et Méthodes

A. Objectif

L'objectif était d'explorer les éventuelles problématiques que les médecins rencontrent ou ont pu rencontrer au cours de leur expérience professionnelle lors de prises en charges de personnes adultes en deuil.

B. Hypothèses

J'ai pu identifier certaines difficultés lors de mes remplacements. Celles ci ont été discutées avec le Dr Branthomme Emmanuel, médecin généraliste au cours de réflexions et partages d'expériences.

Ces éléments ont ensuite été retravaillées lors d'un groupe de travail avec le Dr Denis Nathalie et Emilie Gyssens psychologue dans le cadre du service d'Oncologie-Soins de Support - Soins Palliatifs du Pr Dabouis au CHU de Nantes. Un recueil de l'expérience de chacun, et les questions exprimées par des médecins lors de deux FMC sont venues s'ajouter aux premières données.

L'ensemble de ces éléments nous a permis d'émettre plusieurs hypothèses :

- Les médecins pouvaient avoir des difficultés à gérer ces consultations à cause d'un manque de connaissances sur le sujet : reconnaître les différentes phases du deuil et apprécier la limite avec le pathologique, quel traitement prescrire et à quel moment ? Quels conseils donner ? Faut il faire un examen somatique ? Vers qui et quand orienter le patient ? Comment aider les personnes qui présentent un deuil chronique ?
- Les médecins pouvaient avoir des difficultés à gérer ces situations particulièrement intenses sur le plan émotionnel. Ceci pour plusieurs raisons : la consultation peut renvoyer le médecin à ses propres deuils, il peut avoir à faire le deuil du patient quand il y était attaché. Il peut également éprouver de la culpabilité quand il assurait le suivi de la personne décédée. Le caractère traumatique et imprévu du décès pouvait venir rajouter à ces difficultés. Nous avons également évoqué que le médecin pouvait avoir besoin ensuite de parler de ces situations .
- Les médecins peuvent rencontrer des difficultés en lien avec des problèmes pratiques : le médecin peut ne pas avoir été prévenu du décès par l'hôpital, les consultations peuvent

demander du temps.

B. L'entretien semi directif

Il s'agissait dans ce travail d'explorer un vécu expérientiel, de saisir une éventuelle problématique. Celle-ci regroupe les difficultés vécues et les questions qu'ont pu ou que peuvent se poser les médecins dans la prise en charge des personnes en deuil. L'entretien nous est donc apparu comme le plus approprié : *"Plus encore que le questionnaire direct qui part de questions formulées par le chercheur, l'entretien, qui va à la recherche des questions des acteurs eux mêmes, fait appel au point de vue de l'acteur et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité une place de premier plan."*[58]

Les entretiens étaient semi directifs, ils s'appuyaient sur des questions ouvertes et sur un guide d'entretien permettant de recentrer la discussion sur les objectifs : *"Un entretien est dit semi directif en ce sens qu'il est ni entièrement ouvert ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de questions guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de la part de l'interviewé. Mais il ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue. Autant que possible, il "laissera venir" l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et de, reposer les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas sur lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible."* [59]

C. Critères de sélection des interviewés

Il devait s'agir de médecins généralistes ayant un minimum d'expérience (plus de trois ans de pratique professionnelle en médecine générale).

Le second critère reposait sur le fait de trouver des médecins qui soient motivés pour consacrer du temps et accepter de partager leur expérience et leurs éventuelles difficultés sur un sujet sensible qui peut toucher à l'intime.

Les médecins ont été dans la majorité rappelés dans les suites d'un premier contact soit lors de séminaires de formation médicale continue, de remplacements ou d'exercice hospitalier (ancienne interne). Les liens avec ces personnes étaient d'ordre professionnel. Un autre médecin a pu être

contacté par l'entremise de l'un des interviewés. Il nous paraît important de mentionner que trois des médecins contactés l'ont été suite à une FMC sur L'annonce d'une mauvaise nouvelle, à laquelle j'avais participé.

Un troisième critère portait sur le sexe, nous avons voulu recruter le même nombre de femmes et d'hommes.

Dans la mesure du possible nous avons essayé de recruter des médecins de différentes tranches d'âge exerçant dans des lieux différents (urbain, rural, semi rural).

D. Réalisation des entretiens

Les questions posées aux médecins ont été déterminées en équipe avec l'aide de la psychologue de l'équipe de Soins Palliatifs du CHU de Nantes. Ces questions sont précisées en annexe dans le guide d'entretien. Elles s'articulent autour du récit de situation de consultation difficile pour le médecin lors de prise en charge de personnes présentant un deuil récent et d'une autre prise en charge avec une personne présentant cette fois-ci un deuil ancien.

Le déroulement de l'entretien durait une heure et j'étais l'interviewer.

Le lieu, date et horaire des rendez vous étaient convenus selon nos disponibilités respectives. La majeure partie des rendez-vous ont eu lieu au cabinet, quelques uns ont été effectués au domicile du médecin, un autre a été effectué durant une garde médicale tranquille.

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits au format word.

E. L'analyse thématique

L'analyse thématique a consisté à découper chaque entretien selon une logique de significativité. Les thèmes ont été ainsi isolés sous formes de "noyaux de sens" repérables en fonction de la problématique et des hypothèses de la recherche.[58]

Nous avons repéré les thèmes récurrents sur quelques entretiens permettant de construire une grille d'analyse. Celle-ci a été modifiée à la lecture des nouveaux entretiens. Les thèmes ont alors été classés en thèmes principaux, secondaires et sous thèmes. Notre thématisation s'est donc faite avec chaque entretien, de manière continue et n'a pas été réalisée selon la même grille d'analyse pour tous les entretiens. Comme le signale Pierre Paillé dans son ouvrage *L'analyse qualitative* [60], la validité de cette dernière méthode est plus élevée.

Cette méthode permet donc de faire ressortir les thèmes communs et les sous-thèmes moins

fréquents.

Bien que le peu d'entretiens ne permettent pas un travail statistique, le nombre d'entretiens où le même thème apparaît a été compté et noté entre parenthèses derrière chaque thème lors de la présentation des résultats. Cela permet de mieux se représenter les idées communes aux médecins.

Cependant, selon Paillé [60], il n'existe pas de nombre "magique" permettant d'affirmer définitivement la "récurrence significative" d'un thème. Certes une saturation des thèmes est en faveur de l'importance de celui-ci. Mais une personne interviewée qui a plus d'expérience ou qui aura plus longuement réfléchi sur un sujet pourra livrer des informations de valeur même si elles ne sont pas retrouvées dans nombre d'entretiens.

Nous avons décidé de réaliser dix entretiens, ce choix étant aussi conditionné par le temps imparti pour la réalisation de cette thèse.

IV. Résultats de l'analyse thématique

IV.1. Profil des médecins interviewés

Ce sont tous des médecins généralistes. Un médecin pratique l'acupuncture de manière partielle en plus de ses consultations de médecine générale. La pratique d'homéopathie et de phytothérapie sont intégrées aux consultations de médecine générale.

Médecins	Age	Sexe	Lieu et mode d'exercice	Années d'expérience professionnelle	Exercice particulier
N°1	54 ans	homme	urbain	27 ans	acupuncture, homéopathie, nutrition
N°2	60 ans	femme	urbain en groupe	31 ans	
N°3	42 ans	homme	urbain en groupe depuis 2ans, rural avant pendant 8ans	11 ans	
N°4	59 ans	homme	semi rural	33 ans	homéopathie, phytothérapie
N°5	57 ans	femme	rural en groupe	29 ans	
N°6	42 ans	homme	rural, associé depuis 1 an	12 ans	
N°7	34 ans	femme	urbain	4 ans	
N°8	65 ans	homme	semi rural	39 ans	
N°9	36 ans	femme	urbain	5ans	
N°10	37 ans	femme	urbain	9ans	

IV.2. Présentation des thèmes

A. Problématiques de la prise en charge d'une personne vivant un deuil très récent et solutions mises en place par les médecins

Ce grand chapitre regroupe des thèmes qui ont pu apparaître au cours des différentes questions ouvertes posées lors de l'entretien (cf guide d'entretien) et en particulier deux d'entre elles. Celle où il est demandé au médecin de raconter une expérience de consultation difficile de prise en charge d'une personne venant de perdre quelqu'un ou très peu de temps après et celle où il lui est demandé comment il gère ses émotions dans ces situations qui peuvent être éprouvantes.

Un autre chapitre moins important est consacré plus loin aux problématiques spécifiques en lien avec le suivi de personnes en deuil mais cette fois-ci de deuil plus ancien (plusieurs mois ou années).

Plusieurs types de problématiques sont apparues : Les difficultés d'ordre psychologique à savoir la gestion des émotions et de la "bonne" distance médecin/patient et d'autres d'ordre pratique en lien avec l'organisation de la consultation.

A.1. Les problématiques d'ordre psychologique

1. Les émotions et leur gestion

a. Un vécu émotionnel difficile

- **Le médecin est touché, ému, trouve cela difficile de voir l'autre dans une souffrance de deuil (10/10) :**

"C'est perturbant parce quelqu'un qui a une expérience émotionnelle comme ça, ça me touche. Même, on a des phénomènes d'émotion qui peuvent venir. On peut avoir envie de pleurer, quand on voit quelqu'un qui pleure, aussi. On est en peine, surtout dans des circonstances de douleur, de mort difficile, de souffrance".

- **La consultation est imprévue et en lien avec une mort inattendue, inhabituelle et violente (8/10) .**

Quand les médecins évoquent une situation de consultation difficile, certaines caractéristiques sont similaires pour la majorité : la consultation est imprévue (7/10) :

"C'est ça qui est difficile aussi dans le.. dans notre job, c'est tellement inattendu "

La consultation concerne une personne ou famille qui vient de perdre quelqu'un de manière inattendue, inhabituelle et violente (8/10). Et dans ce cas le médecin apprend le décès d'un patient qu'il pouvait connaître ou auquel il pouvait être attaché.

Cela peut par exemple être une visite suite à une mort subite du nourrisson, un arrêt de travail le lundi matin parce qu'un enfant est mort durant le week-end (de suicide, d'un accident...) : *"Ça a été effectivement deux adolescents donc qu'on connaît depuis tout le temps et la famille vient le lendemain, parce que ça s'est produit aux urgences le week-end [...] Donc, oui je l'ai vécu deux fois et bien sûr c'est toujours le lundi à huit heures. Donc, on s'y attend pas..."*;

" Et là je me souviens que j'avais vraiment trouvé ça difficile. Pareil ce sont des décès, je dirais anormaux, de personnes jeunes, de mort brutale, de choses comme ça."

- **Dans certains cas le médecin exprime clairement le besoin de pouvoir se préparer se préparer au décès lui aussi (3/10) :**

"Par contre si c'est quelqu'un pour qui je sais que ça va se produire, j'ai le temps de me préparer, c'est idiot mais c'est comme ça."

- **Le médecin pouvait s'être attaché à cette personne et avoir à en faire le deuil en même temps (8/10) :**

" ...au bout de douze ans, on a un côté mère de famille entre guillemets...avec les enfants c'est très familial, c'est attachant, c'est des enfants qu'on a vu régulièrement pour des rhino, des petites maladies, des certificats de sports, donc oui on est attaché à la clientèle, ça c'est sûr [...]Un deuil à faire de ces patients tout à fait. Oui, tout à fait."

"c'est de perdre un patient qu'on aimait bien, un être cher quand même (...) Quand t'as accompagné quelqu'un pendant des mois, et que t'as suivi pendant des années, c'est difficile! "

- **Le médecin suivait la personne qui est décédée et peut culpabiliser ou se questionner sur le suivi qu'il avait mis en place (8/10) :**

Les médecins dans la très grande majorité expriment des doutes sur le suivi mis en place,

même pour certains dans une fin de vie où ils disent que tout avait été discuté avant. Parfois il s'agit d'un doute sur une erreur médicale ou un manque de compétence :

" ça c'est horrible (...) le truc de se refaire l'histoire, comme la famille peut se la refaire en se disant: "est-ce que j'aurai dû être plus là ? ", moi je le fais d'un point de vue médical, aussi (...), et puis de culpabiliser " ;

"Ben si ce n'est pas moi qui les ai tué, c'est plus simple. C'est vrai... Alors quand c'est toi qui les a tué, ou que tu te dis que ..."

- **Le médecin peut être déstabilisé par la souffrance aiguë exprimée par la personne et l'absence de formulation de demande : il peut éprouver un sentiment d'impuissance ou se sentir démuni (6/10) :**

"Ils ne vont pas forcément exprimer une demande. On est un peu programmé pour répondre à des patients qui ont une demande (...) y a aucune demande. Y a juste l'expression d'une souffrance. D'une souffrance laquelle, d'abord on n'est pas formé pour répondre (...) Puis forcément quand on se sent impuissant, y a toujours un sentiment de culpabilité .";

"J'avais un tel sentiment d'impuissance, et ben voilà c'est moi, j'étais là, j'ai assisté à ça mais derrière comment vont ils digérer cette histoire là ?"

- **Autres thèmes exprimés moins fréquemment :**

- Le médecin peut se sentir déstabilisé, mal à l'aise devant une personne en crise qui exprime des émotions fortes (pleurs, cris, état de panique...) (4/10)
- Le patient change de médecin après le décès, c'est mal vécu par le médecin. Le médecin comprend plus tard que c'était pour faire son deuil (2/10)
- Le fait de ne pas connaître le patient qui consulte, plus difficile à aider (1/10)
- Le médecin peut éprouver de la culpabilité en lien avec le sentiment d'impuissance car il ne sait pas quoi proposer. (1/10).
- Le médecin peut ne pas demander d'honoraires par culpabilité ou à cause de l'image symbolique du médecin à la campagne (2/10).

b. La gestion des émotions

b.1. Pendant la consultation

➤ **Le médecin essaie plus ou moins difficilement de retenir ses pleurs (6/10)**

" Dans l'idée d'avoir presque envie de pleurer avec elle [...] mais je sentais que ça me demandait de me retenir, de me faire un peu violence. "

➤ **Il faut se montrer fort pour pouvoir être aidant (6/10)**

Les médecins expliquent essayer de masquer leurs émotions, de se contenir dans l'idée de pouvoir rester soutenant : *"Ils viennent justement pour essayer de trouver une solution à un malheur qui vient de se produire avec quelqu'un qui est très fort et si l'autre en face pleure en même temps que son patient, ça casse tout. Pour moi ça casse tout, il faut toujours qu'il y ait un supérieur, un dominé, un dominant. "* ;

"Je mets ça de côté, oui. Je ne sais pas. Sans l'expliquer, j'aurais l'impression que ce serait trop. Ce n'est pas mon rôle. Ce serait malvenu. Je pense que les gens ont besoin d'un réconfort et de quelque chose qui soit fort, qui soit stable. Ils ont besoin d'un pilier. Ils n'ont pas besoin de sentir quelqu'un de fragile autour d'eux."

➤ **Le médecin peut se laisser pleurer (4/10)**

Quelques médecins n'arrivent pas à contenir et trouvent cela humain. En particulier lorsqu'il partagent le deuil de la personne qu'ils ont pu suivre, spécialement dans l'accompagnement de fin de vie quand le décès a lieu au domicile ou que le médecin passe pour une visite le jour de l'enterrement :

"...de moments, voilà, on a perdu le patient, voilà, j'étais là, j'ai pleuré avec eux et, enfin, ça a été difficile " ;

"mais c'est arrivé que je pleure un peu avec les gens. Enfin voilà, de toutes façons, je suis assez émotive. "

➤ **Le médecin explique prescrire un traitement ou redonner un rendez-vous pour répondre au sentiment d'impuissance, se déculpabiliser ou différer la consultation pour avoir le temps de se préparer (4/10).**

b.2. Après la consultation

➤ Le médecin éprouve le besoin de parler de la situation (10/10)

Tous les médecins expriment le besoin d'en parler , partager, faire un débriefing avec leurs associés, A plusieurs reprises cela a été avancé comme un avantage ou un motif de s'associer avec d'autres médecins. Cela permet également de se rassurer, se déculpabiliser :

"Enfin, c'est évident que ça, c'est important, de pouvoir en parler... De quand même débriefer un peu, quand même...Moi, ça me paraît important...Et puis, quelquefois avec les collègues du cabinet aussi, quand c'est des gens qu'ils connaissaient, et tout... Ca me paraît tellement naturel et spontané, obligatoire, que je ne me rend même plus compte qu'il y a quand même plein de médecins qui ne font pas ça... Et ça me paraît tellement invraisemblable de pouvoir encaisser tout ça sans en parler que je me sens loin de tout ça..."

D'autres éprouvent le besoin d'un petit rituel d'adieu quand ils suivaient le patient en faisant une lettre de condoléances avec sa secrétaire ou en en parlant avec l' équipe de l'EPAD.

Un médecin exprime qu'il peut faire appel à sa religion et à la prière pour se sentir moins seul et soutenu : *"en tant que chrétien nous ne sommes pas seuls face à la souffrance. Y en a un qui a été prisonnier, qui a été battu, qui a été torturé, qui a été crucifié... Et qui a vécu toutes nos souffrances... Et si la souffrance n'a pas de sens, au moins, nous ne sommes pas dans la solitude. Nous ne sommes pas tous seuls."*

➤ Certains médecins éprouvent le besoin de voir un psychothérapeute ou suivre des groupes de type Balint (5/10).

Un médecin exprime sur le fait qu'elle débrieфе assez souvent avec son mari le soir et envisage d'autres solutions :

" ce serait peut-être bien des fois, que je trouve quelqu'un d'autre pour euh...soit faire de la supervision, voir un peu tout...travailler un peu ce qui se passe dans les consultations."

2. La distance dans la relation médecin patient et sa gestion

a. La distance médecin patient

➤ Le médecin peut s'identifier ou ses protections peuvent devenir ou être insuffisantes

- Le médecin est renvoyé à ses propres deuils passés ou en cours, cela est vécu comme une difficulté (5/10) :

"Bon forcément, ça te renvoie à ce que t'as vécu certaines fois, donc c'est pas toujours très évident."

- Le médecin se projette, s'identifie à ce que vit l'autre (5/10) :

"Et ce que j'ai trouvé difficile, c'est effectivement de me trouver dans une situation où cette dame vivait ça que moi j'aurais pu vivre ça avec un de mes propre fils... La proximité de tout ça... Et c'est quelqu'un que j'aime bien et je sentais bien que mon affect était touché...Je crois qu'effectivement j'avais du mal à rester à ma place de médecin."

- Difficulté à se protéger (3/10) :

Un médecin va exprimer son incapacité "à fermer la porte" en partant du cabinet, un autre va exprimer le besoin de mettre des barrières pour se protéger et pas devenir dépressif, un autre va expliquer qu'il peut être affecté malgré ses protections :

"T'as beau mettre des barrières toi même tes propres défenses, c'est.. Ca te fait toujours de la peine, mais bon, il faut.. T'arrives, maintenant, enfin j'arrive plus facilement à faire que, bon, ça ne m'affecte plus "; "c'est dur pour toi, parce que c'est...Même si tu prends tes distances ."

➤ Un investissement trop important et le risque de perdre son rôle aidant de médecin

- Vouloir porter les souffrances de l'autre, trop s'investir, porter la misère du monde sur ses épaules.,etc. (5/10) :

"la difficulté, moi je pense que initialement quand j'ai commencé, j'étais pas du tout préparé et j'ai essayé de partager cette souffrance [...]c'est se projeter trop, c'est essayer de trop comprendre leur souffrance[...]On s'en récolte plein la figure. Et en plus on aide pas les gens."

- Le médecin peut avoir l'impression de jouer le rôle d'un (e) ami(e), cela peut nécessiter un effort, une vigilance, certaines situations de deuil pourrait faire tomber la "bonne " distance (4/10) :

" Et le fait qu'elle vive quelque chose comme ça, ça aurait tendance à me faire sortir de ma place. Justement, me mettre dans un rôle d'ami. Donc je pense que ce n'est pas mon rôle. En tous cas, si elle vient me voir au cabinet, moi, je ne considère pas que c'est une amie qu'elle a besoin de venir voir. Donc, il faut que je fasse attention à ça. Je n'ai pas à me transformer tout d'un coup en amie alors qu'on n'est pas amies. Et puis en plus avec ce que je disais; quand c'est quelqu'un de ton âge, c'est quelque chose de difficile. On a tendance à se dire «comment elle fait» «comment je ferais moi»... C'est quand même perturbant."

Un autre médecin explique également la difficulté qu'il a pu avoir à suivre une personne en deuil qu'il connaissait plus ou moins avant de manière amicale.

- Le médecin de famille peut se sentir comme faisant partie de la famille (3/10) :

"Ils veulent connaître notre vie etc. Voilà, mais bon, moi je suis plutôt aussi dans la sympathie avec les patients, et je pense que voilà, c'est un effort de tous les jours, de tous les instants et le deuil, là, t'as du mal en fait. Et là c'est trop dur parce t'étais là, t'es avec la famille [...] La distance est difficile à mettre à ce moment là. C'est pour ça qu'après on a ce lien privilégié avec la famille [...] je me souviens ils m'appellent par mon prénom [...] je fais parti de la famille, j'ai des nouvelles des enfants."

Ce médecin explique également dans l'entretien que dans ces moments là elle ne peut pas demander d'honoraires.

- Il faudrait être au même niveau de souffrance pour que ça soit aidant (2/10)

"Moi, je suis du côté de ceux qui ont de la chance. Lui il est du côté de ceux qui ont tout perdu. Donc on ne peut plus communiquer. A égalité. [...] Donc si on lui parle, il faut que quelque part on s'accroupisse un petit peu et qu'on se mette un peu à son niveau. C'est pour ça je crois qu'on ne peut pas trop parler [...] Il faut qu'à ce moment là on soit plus simplement dans la présence, dans l'écoute. Y a pas grand-chose à dire."

➤ **Conséquences pour le médecin**

La moitié des médecins parlent d'évènements très marquants :

"Pour moi en tant qu'être humain, tu vois j'y pense quand tu fouilles un peu dans ma mémoire, ça a été des évènements vachement marquants dans ma construction d'être humain. "

Certains relatent un mal être après certaines consultations (4/10), un médecin ne peut reprendre ses consultations après une mort subite du nourrisson dans son cabinet, d'autres ne sont "pas bien" après telle situation qui les renvoie à leur histoire. D'autres ont besoin de faire le deuil mais celui ci peut être entaché de culpabilité, et cela peut les tourmenter parfois quelques jours ou semaines .

b. La gestion de la distance médecin patient

- **Une majorité de médecins expriment à un moment de l'entretien l'importance d'une bonne distance (6/10)**

- **L'importance de la reconnaissance de ses limites (6/10) :**

Le médecin va exprimer à un moment donné l'importance de reconnaître ses limites ou va simplement faire remarquer qu'il n'est pas tout puissant. cela intervient souvent après lors d'une réflexion sur ce qu'il s'est passé et sur l'éventuelle culpabilité qu'il peut ressentir : "*c'est la première humilité quand tu fais...C'est de se dire, des erreurs, j'en ferai...* " ; "*ou si tu sens pas le patient, si y a pas de... Sentir ses limites... Pouvoir sentir ses limites[...]c'est déjà de pas tomber dans l'écueil de "c'est moi qu'arrive, c'est Zorro."* ; "*j'apporte mon aide en fonction de mes capacités et de mes possibilités...C'est ce qu'on nous apprend en Soins Palliatifs...Là,,t'as franchi un énorme pas."*

- **La mise en place d'une protection ou la nécessité d'un travail psychothérapeutique (5/10)**

La plupart des médecins évoquent la mise en place d'une frontière ou d'une protection (5/10) qui est propre à chaque médecin. Certains évoquent le besoin de "se blinder", de se "faire une carapace", un autre évoque le travail de psychanalyse qui lui a permis de mieux gérer ces situations, ou d'autres encore disent qu'ils arrivent à "fermer la porte du cabinet " en partant et cela est nécessaire pour que la vie privée ne soit pas envahie (4/10) :

"mais tu seras obligé, obligé de te faire une carapace." ; "J'ai une capacité à fermer la porte du cabinet en sortant, ouais. Ça c'est vrai. Et je pense que c'est quelque chose qui peut sauver. Parce que quand on... Bah non, c'est vrai, sans parler forcément de deuil, on voit plein de choses... les gens vont mal quoi. Donc si on ressort avec tout ça, pour aller à la maison."

➤ **Notion d'apprentissage avec l'expérience à mettre une distance, à se positionner comme accompagnant**

La plupart des médecins interrogés qui ont de l'expérience (10 à 40 ans de vie professionnelle) expriment des difficultés plus importantes en début de carrière (7/10) en lien avec la gestion de ces situations . Cet apprentissage a pu se faire avec l'expérience (6/10), certains parlent "d'auto apprentissage", avec les lectures ou formations médicales continues (5/10). certains ont pu évoluer grâce aux groupes Balint où à un travail de psychothérapie (2/10) :

" un auto apprentissage au fil des années aidé par un travail perso; travail d'équilibre et intellectuel et psycho, j'ai fait une psychanalyse."; "J'ai envie de dire, y a eu cette première partie où je pense que j'avais l'impression de porter la misère du monde sur les épaules et qu'au bout d'un moment ça n'a plus été soutenable... Et grâce à l'expérience Balint et après la thérapie personnelle, ça a changé des choses. J'ai pu mettre cette distance dans mon boulot..."

Un autre médecin qui se sentait trop investi au début de sa carrière a appris à se positionner en accompagnateur. Il dit ne plus partager la souffrance de l'autre mais être à ses côtés et le laisser guider et trouver ses solutions.

A.2 Problématiques en lien avec l'organisation

➤ **Le manque de temps en consultation de médecine générale (10/10)**

Tous les médecins évoquent la difficulté de ce genre de consultation qui prennent du temps et sont imprévues. Pour tous les médecins cela entraine un retard dans le planning. Ce sont des consultations qui prennent selon les médecin au moins une demi heure, trois quarts d'heures ou plus. La moitié prennent le temps et essaient d'aller plus vite après. D'autres sentent la pression des autres patients (4/10).

" C'est quand même vrai que c'est sans doute une des circonstances, face à une situation très aigue où je vais accepter de me laisser déborder en me disant tant pis si ma grand mère pour son renouvellement de diabète après je la vois vite."

➤ **Autres difficultés :**

- **Difficile quand il y a trop de monde à la fois (3/10) :**

Le médecin peut se sentir dépassé s'il reçoit toute la famille dans une situation de crise, souvent lors de visites où toute la famille est là.

- **Difficultés en lien avec l'administratif (Que faire du corps, appel pompes funèbres, mort subite du nourrisson..) (2/10) :**

Un médecin évoque l'importance d'avoir une trame bien précise d'actions lors de visites à domicile pour une mort subite du nourrisson : savoir comment gérer le corps, le transport...afin de ne pas en rajouter à la difficulté des parents et pouvoir rester disponible.

B. Problématiques plus spécifiques en lien avec la prise en charge de personnes vivant un deuil ancien

Cette partie présente les thèmes qui ont pu être évoqués par les médecins lors de prises en charge de patients vivant un deuil moins récent (quelques mois ou années). La charge émotionnelle des premières consultations n'est plus là, mais d'autres difficultés apparaissent.

➤ **Les dates d'anniversaires, moments sensibles dans le suivi des patients (6/10)**

La plupart des médecins évoquent ces moments comme difficiles dans la prise en charge, le patient replonge dans sa tristesse, ou vient consulter pour des problèmes somatiques souvent aux mêmes dates :

"ça me pose souci parce qu'il faut que la personne prenne conscience qu'il y aura des moments dans la vie, tous les ans où elle replongera. Un deuil on l'oublie jamais, on l'atténue mais on l'oublie jamais. Donc il y aura toujours des moments douloureux pour peu qu'ils revivent avec des amis un membre de la famille un peu près du même âge, ils replongent très vite. Ils restent plus fragiles que les autres."

➤ **Sensation d'impuissance et/ou d'échec, de ne pas savoir comment faire avec ces patients qui «n'évoluent pas», ne semblent pas arriver à faire le deuil, éviter le passage à la chronicité (6/10)**

La majorité des médecins expriment des difficultés avec des patients qui ne semblent pas faire leur deuil. Certains médecins se sentent inefficaces, d'autres disent qu'ils peuvent oublier que la personne est encore en deuil. Un autre médecin se demande si c'est lui qui voudrait que ça aille plus

vite ou si ce n'est pas normal :

"On sait pas trop comment les aider. Donc euh.. Qu'elle fasse son deuil un jour, j'en suis pas sûre! C'est ça aussi. Est-ce que toutes les aides sont vraiment utiles? Je pense que perdre un enfant par exemple, ça reste "

➤ **Apprécier la limite entre deuil normal et pathologique, dépression normale**

Pour trois médecins ce n'est pas simple :

"La difficulté, d'une part, , malgré tout, c'est nous, de vouloir aller trop vite, en tant que personnage extérieur pour le deuil, et du coup, de le balayer un petit peu. En se disant: "bon, dans sa tête, ça fait 6 mois maintenant, bon, on peut passer à autre chose !" .

Deux des médecins qui relatent cette difficulté ont suivi une formation approfondie sur le deuil (DU de Soins Palliatifs, association *Vivre son deuil*), le troisième médecin dit avoir des connaissances théoriques mais a du mal à les utiliser pratique (entretiens n° 4, 5, 8).

Les autres médecins évoquent des critères plus ou moins différents en terme de longueur de temps, de symptômes dépressifs. Le critère exprimé le plus fréquemment est l'isolement social, l'incapacité de pouvoir reprendre le travail, des troubles du sommeil envahissants.

➤ **Difficulté à orienter la personne**

L'orientation au psychologue ou psychiatre peut être difficile .La plupart des médecins relatent l'expérience de patients qui refusent d'aller voir un psychiatre ou psychologue, car ils ne se disent pas fous mais en deuil (6/10). D'autres difficultés comme le délai d'attente, le coût financier, l'isolement à la campagne sont évoqués moins fréquemment :

"Parfois quand on dit à nos patients que ce serait peut être bien de faire un travail psycho. Ils disent "oh, la,la, oh non les psys..", c'est tellement intime cette histoire là, qu'ils mettent une barrière très forte et qu'on devrait avoir plus de facilité peut être à lever nous les toubibs. Je sais pas où les envoyer. On les envoie au psychiatre qui les reçoivent parfois dans six mois c'est un peu compliqué."

Quelques médecins (3/10) aimeraient avoir un lieu plus adapté, où adresser les personnes en deuil, ou travailler en réseau.

D'autres médecins sentent un déni et/ou une absence de demande (4/10) et ne savent pas comment aider :

"j'en ai encore une en tête, sa fille est morte il y a une quarantaine d'années. C'est une dame qui est âgée également. Et c'est tout le temps pareil, tous les ans. Et cette dame refuse de recevoir une aide, à son âge elle veut plus. Mais ça c'est compliqué, parce qu'on sait ce qui se passe, mais..

c'est compliqué."

➤ **Difficulté à traiter des complications (consommation d'alcool, boulimie, angoisse, dépression) (4/10)**

Quelques médecins expriment des difficultés à traiter des patients qui présentent des complications du deuil, comme la consommation d'alcool, la boulimie, des angoisses, les troubles du sommeil, etc.

" Mme K. qui a perdu il y a 12 ans son mari, je ne la connaissais pas, je l'ai vu il y a dix ans, deux ans après le décès de son mari. Elle a perdu son fils il y a un an et demi, deuxième deuil, elle présente un syndrome dépressif pour lequel elle me demande une cure de sommeil qu'on arrive pas à trouver en France et c'est compliqué. Sans doute ce deuil là est l'un des plus compliqués que j'ai jamais eu à tenter d'accompagner ."

Pour la dépression la plupart des médecins relatent un effet positif de l'antidépresseur, d'autres précisent qu'il ne résout pas le deuil.

Trois médecins évoquent aussi le cas de patients présentant une répétition de deuils et la difficulté de les traiter.

Un autre médecin exprime qu'il n'est pas toujours simple de dépister derrière des symptômes somatique un deuil ancien non résolu : *"ça m'a fait de la peine pour lui parce qu'il est venu plein de fois au cabinet, il avait des lombalgies vraiment intenses, on n'arrivait pas à le calmer puis au final je lui ai posé des questions sur sa vie. Et donc il m'a parlé du deuil de sa maman en fait, qu'il a perdu à l'âge de douze ans, donc là il s'est totalement effondré ."* Pour ce patient les symptômes ce sont améliorés sous antidépresseur et un travail de psychothérapie.

C. Pratiques des médecins autour de la prise en charge des personnes en deuil

Bien que cela sorte un peu des objectifs initiaux de ce travail, il nous est paru intéressant de relater les pratiques des médecins. Ceux ci ont exprimé par exemple l'importance de l'attitude, d'être à l'écoute. Tous peuvent proposer un traitement anxiolytique en aigu si cela est nécessaire...Voici donc les thèmes abordés par les médecins.

1. Les prescriptions des médecins

a. Utiliser les médicaments

- **En aigu : les anxiolytiques ou somnifère (10/10)**

- **A distance : les antidépresseurs (6/10)**

b. Autres prescriptions

- **L'attitude (10/10) :**

Tous expriment l'importance de l'attitude, de pouvoir être à l'écoute, présent, disponible.

Une majorité exprime l'importance d'aider la personne à verbaliser ou exprimer ses émotions.

Quelques médecins parlent d'accompagnement : "*Faut bien qu'il vive son deuil c'est sûr mais je suis à côté. Tu prends ton rôle d'accompagnateur et tu écoutes parce qu'en fait c'est la personne qui te guides. C'est lui même qui va se guérir.*"

- **Orienter**

Tous les médecins évoquent, quand ils l'évaluent comme nécessaire, l'orientation du patient vers un spécialiste (psychologue/psychiatre) (10/10) ou vers des associations, groupes d'aides (4/10).

- **Redonner un rendez vous (8/10) , donner des conseils (6/10)** (Les médecins peuvent conseiller des lectures, peuvent conseiller d'aller voir le prêtre si la personne est chrétienne, etc.), **rassurer, réconforter (4/10).**

- **Prescrire un arrêt de travail (4/10)**

2. Le dépistage

Quelques médecins expriment l'importance de questionner leurs patients sur leurs antécédents de deuil (4/10).

D'autres médecins insistent sur la prévention au niveau somatique dans les suites d'un deuil (4/10) :

"Par le fait que à l'interrogatoire de certains patients venant avec un cancer du sein, dans les

mois qui précèdent le diagnostique on trouve souvent la notion de perte d'un être cher. Est ce le fruit du hasard ou pas ? Je pense qu'il y a des gens qui ont fait des travaux là dessus, je crois et qui moi m'incitent à penser en tant que médecin qu'il faut être très vigilant sur le plan gynéco après le décès d'un être très cher. Et beaucoup de femmes me disent "c'est à la suite de... que j'ai senti que quelque chose se cassait en moi, et voyez docteur je fais mon cancer du sein, je veux le rejoindre", oui je suis attentif sur d'éventuelles somatisations."

Quelques médecins évoquent aussi l'importance de repérer les moments critiques (risque de suicide, consommation d'alcool..)

D. La formation des médecins sur le deuil

A propos de leur formation sur le deuil, certains médecins abordent de manière critique leur formation universitaire, d'autres évoquent les formations qu'ils ont suivies.

Lors de l'entretien il a également été demandé aux médecins quels aspects de la prise en charge du deuil ils aimeraient voir traités lors de **formation médicale continue**.

1. Le médecin évoque ses manques de formation

➤ Manque de formation sur la gestion du deuil (5/10)

La moitié des médecins expriment leur manque de formation à ces situations de deuil.

➤ Absence d'espace de débriefing ou de vide d'accompagnement lors de situations autour de la mort et du deuil pendant les études (4/10)

Les médecins expriment un manque de débriefing et de conseil suite à des situations vécues comme traumatisantes autour de la confrontation à la mort ou du deuil; Un médecin relate une situation lors d'une garde aux urgences où on lui demande de suturer un jeune décédé dans un accident et défiguré pour pouvoir le présenter à la famille :

"C'était la question sur la vie d'un être humain, d'être avec un être mort, de mettre des gants, pas mettre des gants[...], de prendre du matériel propre ou pas [...] Non, c'est, c'est difficile, c'est le grand silence qui envahit l'espace[...] mais personne m'a dit d'aller à tel endroit si j'avais envie d'être soutenu pouvoir dire ce que j'avais vécu [...] Rien derrière si ce n'est les amis ou une amie, se confier à quelqu'un de proche, mais c'est pas la compétence d'aider l'individu d'aller un peu plus loin...Surtout en formation de médecine, on peut dire ça comme ça aussi."

➤ **Critique des chefs ou formateurs et du modèle hospitalier:**

Les médecins parlent de certains chefs ou formateurs qui n'accompagnait pas les familles ou exprimaient très peu leurs émotions (4/10) : *" c'est vrai que dans nos études où ...Pas forcément chez les maitres de stages mais bon, on en voit qui n'ont pas d'émotions, les médecins, ils ne doivent pas avoir d'émotions. L'ancienne génération c'était un peu ça quand même... moi j'y arrive pas."*

Un autre médecin relate la différence entre le modèle hospitalier où on apprend surtout à guérir et la médecine générale où il y a guérir mais aussi "tout le reste", entre autres l'accompagnement et la qualité de vie.

2. Quelles attentes en formation ?

➤ **La plupart des médecins disent s'être plus ou moins formé (7/10) .**

La moitié évoquent des lectures et d'autres les formations médicales continues (3/10). Quelques uns évoquent l'importance d'avoir fait un travail de psychothérapie ou des groupes Balint (3/10). Deux médecins ont suivi une formation spécifique du deuil (du soins palliatifs, formation approfondie avec l'association "Vivre son deuil").

La moitié des médecins évoquent la nécessité de faire un travail de réflexion sur son histoire et sa propre représentation de la mort. Certains disent que c'est un minimum pour pouvoir être aidant

➤ **Les attentes d'une formation médicale continue (fmc) sont d'abord expérientielles et ensuite théoriques**

- Une attente d'apports théoriques (5/10)

Plusieurs médecins souhaitent avoir plusieurs regards (philosophe, psychanalyste, thérapeute familial, psychiatre...). Quelques médecins voudraient avoir des informations sur "Quoi dire?", "Quoi faire?" et sur "Quel traitement donner ?". Des demandes plus ponctuelles sont faites par rapport à l'importance des rituels, les aspects juridiques qui font suite au décès.

- Une attente expérientielle (7/10)

La plupart des médecins ont une attente de confrontation, de partage de leurs expériences et façons de faire (7/10) afin de pouvoir pour certains se sentir moins seuls ou pour d'autres de pouvoir se situer.

Une majorité exprime la pertinence du jeu de rôles pour ce genre de situations (6/10). Mais certains craignent le jeu de rôle (3/10) par peur de leur image devant les confrères ou par peur de pas être bien après et de ne pas savoir quoi en faire. Un cadre sérieux comme un groupe de type Balint serait rassurant et intéressant (3/10).

V. Discussion et Perspectives

Ce travail a permis d'explorer les problématiques rencontrées par les médecins généralistes dans les prises en charge de personnes en deuil. Certaines hypothèses de départ ont été confirmées, d'autres problématiques importantes que nous n'avions pas envisagées ont été découvertes. Certaines hypothèses n'ont pu être vérifiées.

Nous avons émis l'hypothèse que ces situations peuvent être difficiles à gérer à cause de l'intensité émotionnelle de ce type de consultation.

Les résultats montrent que certaines situations de deuil touchent profondément le médecin et peuvent être difficiles à vivre.

Nous avons évoqué plusieurs hypothèses pour expliquer ces difficultés : la situation peut renvoyer le médecin à un ou des deuils difficiles de sa propre histoire, le médecin peut avoir à faire le deuil de la personne décédée quand celle ci était un patient auquel il était attaché. Il peut éprouver de la culpabilité quand il assurait le suivi de cette personne avant le décès. Le caractère traumatique du décès peut venir rajouter de la difficulté à la gestion de la situation. Toutes ces hypothèses ont été exprimées par une grande majorité des médecins.

Cependant, d'autres éléments que nous n'avions pas envisagé sont venus étayer les raisons de ce vécu difficile. En effet les médecins ont pu exprimer aussi un débordement émotionnel qu'ils avaient du mal à contenir et la question se posait alors de savoir s'ils pouvaient pleurer avec le patient .

Nous avons évoqué l'hypothèse que les médecins auraient le besoin de parler de ces situations et que certains auraient pu éprouver une sensation d'isolement. Tous finalement arrivent à trouver un moyen de parler de leur situation que ce soit aux associés, à leur conjoint(e) ou bien au psychothérapeute. Comme a pu l'exprimer l'un des médecins il n'est pas certain que toutes ces solutions aient une efficacité équivalente. En effet, il est fort probable que ce qui est renvoyé par un conjoint soit fort différent de ce que peut renvoyer un psychothérapeute ou encore un associé. Nous pourrions émettre l'hypothèse que ces solutions peuvent servir plus ou moins le médecin. Le psychothérapeute ou le groupe Balint aidant celui-ci à maturer et à trouver de nouveaux ajustements alors que les autres solutions font office de décharge émotionnelle. On peut également émettre l'hypothèse que le fait de discuter avec des collègues permet aussi de se déculpabiliser sur un plan technique.

Nous avons évoqué l'hypothèse que la consultation de deuil pouvait poser problème en raison du temps qu'elle nécessite. Dans notre travail, la totalité des médecins évoquent le bouleversement de leur planning dans ces cas-là et pour certains la difficulté de se rendre disponible. D'autres difficultés organisationnelles ont été découvertes chez certains : la gestion administrative du décès, la difficulté de consultation de deuil avec trop de monde à la fois.

Pour les consultations de patients vivant un deuil ancien nous avons émis les hypothèses suivantes : la difficulté à aider les patients qui n'arrivent pas à faire leur deuil et le problème de l'orientation du patient. La majorité des médecins expriment ces problèmes. En ce qui concerne les problèmes d'orientation, la plupart des médecins évoquent le refus du patient. D'autres ne savent pas vers qui orienter et évoquent le manque de structure adaptée ou de réseau.

D'autres problématiques ont été découvertes dans les situations de deuil ancien : l'accompagnement des personnes lors des dates anniversaires, la difficulté d'adresser la personne chez un psychiatre ou psychologue. ou pour certains de traiter les complications du deuil.

Nous avons émis l'hypothèse que le médecin pourrait avoir des difficultés en lien avec le manque de connaissances théoriques.

Ce travail ne nous permet pas de répondre précisément à cette question. Bien que la moitié des médecins évoquent un manque de formation sur le deuil, l'approche qualitative de ce travail ne permet pas d'évaluer leurs connaissances mais seulement les difficultés ressenties par les médecins,

Cependant quelques éléments nous donnent une piste de réflexion. Les médecins qui expriment une difficulté à reconnaître la limite entre un deuil normal et pathologique ont suivi une formation sur le deuil. Nous pourrions donc émettre l'hypothèse que ceux qui ont plus de connaissances identifient ce problème alors que pour les autres il ne se pose pas.

Les médecins expriment peu de demande de formation théorique sur la psychopathologie du deuil mais sont demandeurs de formation pratique comme les jeux de rôle. Pourtant la majorité ne se sent pas formée au deuil. Ceci nous amène à évoquer l'hypothèse que ces médecins pensent savoir ce qui est nécessaire sur la pathologie du deuil. Le besoin le plus exprimé est l'apprentissage de la communication dans ce type de consultation (savoir être) et le partage d'expériences.

D'autres hypothèses n'ont pas pu être vérifiées. Nous avons évoqué la possibilité que les médecins se questionnent sur les traitements à prescrire et à quel moment, sur les conseils à donner, la pertinence de l'examen somatique dans ces situations, etc. Ces éléments ne sont pas exprimés comme des difficultés. Tous les médecins évoquent l'importance de l'attitude, de l'écoute et de l'utilisation possibles des anxiolytiques ou somnifères en aigu, de donner des conseils, etc. La prescription d'antidépresseurs se faisant dans la suite du deuil pour une majorité. Ce travail ne permet pas non plus d'évaluer la pertinence des critères de prescription de ces médicaments ou des

conseils donnés. Peu de médecins évoquent l'importance de l'examen et de la prévention sur le plan somatique. Est-ce dû à un manque de connaissances sur le deuil ? Ce travail ne permet pas non plus de répondre à cette question.

Nous avons également évoqué l'hypothèse de difficultés en lien avec la communication tardive des décès de la part des établissements de santé. Cela n'a pas été abordé de manière explicite par les médecins. Cependant c'est une interprétation que nous faisons de certains récits. En effet, quelques médecins ont décrit cette situation. Ils débutent le lundi matin leur consultation et apprennent, par la personne qui consulte, le décès accidentel d'un patient pendant le weekend aux urgences. Quand le médecin connaissait le patient, il se retrouve face à une double difficulté : il apprend la nouvelle par la personne endeuillée qui consulte. Il doit alors faire face au choc de l'annonce, il est affecté par la situation mais il doit également prendre en charge la personne en deuil qui vient avec toute sa souffrance. Une communication plus rapide du décès par l'hôpital permettrait au médecin de prendre connaissance des faits avant la consultation.

L'utilisation d'entretiens semi directifs a donc permis, en comparaison avec une étude quantitative, une meilleure exploration des vécus et problématiques rencontrées par les médecins.

Cependant le groupe de médecins était petit et ne permet pas une généralisation de ces données. Il existe également un biais de recrutement des médecins. Les médecins ont été contactés de manière indirecte (médecins que j'avais remplacés, médecins qui avaient participé à des fmc...) .

Ceux qui ont été sélectionnés sont naturellement ceux qui ont accepté d'être interviewés .Cet échantillon n'est donc pas représentatif de la population des médecins généralistes dans la région. En effet, j'ai été étonné de voir que parmi les dix médecins, l'un possédait un D.U de soins palliatifs, deux autres avait suivi une psychanalyse plus ou moins des groupes Balint et enfin un autre avait suivi une formation spécifique sur le deuil. Quatre des médecins avaient tout de même un bagage de connaissances sur le deuil et/ou l'expérience d'un travail d'introspection. Cependant, cet aspect présente aussi un avantage, il a permis d'explorer différentes façons de gérer ces difficultés. Étant moi même un jeune médecin généraliste, il est également possible que les médecins aient été plus à l'aise dans la confidence de certains sujets et moins dans d'autres, ce qui peut également être une source de biais.

Les publications de recherches sur le deuil, sa pathologie, et maintenant sur le rôle à jouer des médecins dans cette prise en charge sont nombreuses et consistantes. Cependant j'ai été étonné du très petit nombre de publications explorant les pratiques des médecins généralistes sur le terrain lors des prises en charge des personnes en deuil. Celui ci a pourtant un rôle clef et est en première ligne. A ma connaissance aucun travail français n'a été publié à ce jour sur ce sujet.

Une étude qualitative menée en Grande Bretagne a été publiée en 1999 dans le *BMJ* [55]. Il

était question d'explorer chez 25 généralistes leurs attitudes face aux deuils et à la mort dans le cadre de leur pratique. Cette recherche portait particulièrement sur l'exploration de leurs relations avec leurs patients endeuillés et leurs façons de gérer.

Les résultats de notre étude sont similaires en partie à ceux de cette équipe. Les auteurs retrouvent aussi un sentiment de culpabilité du médecin suite au décès d'un patient et la nécessité pour celui-ci de faire son deuil. Leur étude met en évidence de façon plus marquée la remise en cause du modèle médical hospitalier basé sur la précision du diagnostic et son inadaptation à la médecine générale. Le généraliste est en contact avec une population différente pour laquelle il est plus difficile de ne pas faire d'erreur de diagnostic. Cette brèche était ressentie comme un stress important source de culpabilité chez les médecins qui étaient demandeurs de modèles plus adaptés à la médecine générale.

Les médecins interviewés dans notre étude ont également une attitude critique envers leur formation hospitalo-universitaire. Ils évoquent le manque de préparation à ces prises en charge. Certains évoquent l'absence d'accompagnement des étudiants, durant leur cursus, autour de leur vécu de situations difficiles comme la confrontation à la mort ou au deuil.

Cette étude met également en évidence que les techniques de management du deuil sont pour la plupart des médecins issues de leur expérience personnelle. On retrouve des résultats similaires. Leur étude aborde aussi la façon dont les généralistes contactent les patients en deuil au moyen de lettres de condoléances ou visites à domicile... Bien que ces pratiques aient été abordées par certains médecins nous ne les avons pas faites ressortir dans les résultats.

Notre travail apporte des éléments nouveaux : les difficultés des médecins à gérer leurs émotions et la distance médecin patient prend une place importante dans notre étude. Les difficultés en lien avec le manque de temps et le traitement des complications de deuil ne sont pas non plus abordées par cette étude.

Une étude quantitative réalisée aux États-Unis publiée en 2000 [53], explore le degré d'implication de 113 généralistes dans ces prises en charge de deuil. Une des découvertes importantes de cette étude était la corrélation importante entre le niveau d'aisance du médecin avec les patients "qui pleurent" et son implication dans le soin. Notre travail explore de manière plus détaillée d'où peut provenir cette difficulté avec ces "patients qui pleurent". En effet notre travail tente de montrer que tout dépend de ce qui est touché chez le médecin et comment.

Si celui-ci ne connaît pas la personne décédée, que la situation ne le renvoie pas à sa propre histoire il semble, selon nos résultats, qu'il sera plus à l'aise. De la même façon, les médecins qui auront fait un travail d'introspection auront probablement plus de facilité à gérer la distance et à faire la distinction entre leurs propres émotions et celles du patient. Cette étude arrive à ces mêmes

conclusions elle montre que le degré d'implication des médecins est aussi liée à leur représentation de la mort et aux caractéristiques du patient. Un autre résultat commun important est le manque de temps exprimé par les médecins généralistes américains. Les auteurs concluent à un manque important de connaissances théoriques sur le deuil et la nécessité que les médecins fassent un travail d'introspection pour examiner l'implication de leur histoire personnelle dans leurs prises en charge. Des groupes de types Balint peuvent être conseillés. Cela rejoint l'expérience des médecins interviewés qui avaient pu se former.

Dans notre travail, la façon de réagir des différents médecins nous font émettre l'hypothèse de plusieurs stades de maturation dans la prise en charge de la souffrance. Des psychiatres [61] évoquent à partir de leur pratique et expérience plusieurs stades d'adaptation et de maturation dans le parcours d'un soignant qui peuvent éclairer les résultats de notre étude.

Le premier stade est celui de l'immersion et de la découverte. Le soignant est alors sollicité de manière excessive. Dans le deuxième stade celui de "l'empathie souffrante", le médecin est renvoyé plus ou moins consciemment à ses propres souffrances. C'est un stade qui est décrit comme "pas tenable" et qui donne lieu à des mécanismes de défense comme l'évitement, l'agressivité. Le troisième stade est celui de la mise à distance, le médecin "se blinde" et c'est efficace, mais le patient est alors objectalisé. C'est un mécanisme de défense et de repli émotionnel. Le dernier stade est celui de la maturation où le professionnel n'est plus inhibé par ses défenses, il s'humanise et peut maîtriser ses affects. Ces concepts ne peuvent-ils pas s'appliquer aux médecins interviewés ? Certains éprouvent le besoin de se faire une carapace ou de se protéger. Le deuil vient, chez ces médecins, mettre à dure épreuve leurs protections. De la même façon les médecins qui ont pu travailler sur leur histoire se sentent plus disponibles et ont dépassé le stade de "vouloir porter la misère du monde sur leurs épaules". Tous ces stades semblent s'intriquer selon les situations. Cette notion de frontière-contact entre le médecin et le patient qui peut prendre la forme de protection, mise à distance, ou être trop fragile quand par exemple le médecin s'investit trop apparaît au cœur de la relation médecin-patient.

Nous émettons l'hypothèse qu'une meilleure gestion de cette distance permettrait de diminuer le stress du médecin. Certains médecins expriment d'ailleurs avoir eu plus de difficultés en début de carrière. Il serait intéressant de voir si cette carapace ou blindage qui permet de se protéger n'a pas de conséquences négatives au long cours pour le médecin. En effet si celui-ci met à distance son ressenti émotionnel, ne risque-t-il pas de s'insensibiliser et d'être moins à l'écoute de ses propres besoins ? D'une certaine façon en devenant résistant, il pourrait endurer plus et finir par se laisser déborder un jour de manière plus catastrophique.

Il nous paraît important de rappeler l'importance du Burn Out dans la profession médicale.

Selon un article paru dans le bulletin de l'ordre des médecins en octobre 2008 [62], 47% des médecins libéraux présenteraient des symptômes de Burn Out et on retrouvait deux fois plus de suicide chez les médecins libéraux que dans la population générale. Bien que n'étant pas au premier rang, on retrouve parmi les grandes causes de stress des médecins libéraux la perturbation de la vie privée [63]. Par ailleurs les deuils figurent parmi les stress les plus importants dans la vie d'un individu selon le DSM III R [26]. Dans notre étude, certains médecins décrivent ces événements comme très marquants. D'autres médecins relatent des conséquences sur leur bien être et leur sommeil.

Par ailleurs les médecins critiquent une formation universitaire basée sur la technique où peu de place est laissée au partage du vécu .

Des travaux supplémentaires seraient nécessaires pour évaluer l'impact d'une psychothérapie, de groupes types Balint ou de formations spécifiques sur le deuil. L'hypothèse étant que ces types de formations permettent au médecin de mieux gérer la distance avec son patient, et diminuent le stress éprouvé ou modifie la façon de le gérer. Elles permettraient une meilleure disponibilité du médecin et un meilleur accompagnement du patient.

Des études qualitatives sur le ressenti des patients dans ces situations permettraient de comparer leur vécu à celui du médecin et peut être de changer certaines représentations à savoir si un médecin qui pleure avec son patient n'est pas un médecin soutenant.

Enfin un travail quantitatif reprenant les problématiques mises en évidence permettrait d'évaluer leur représentativité sur un plus grand échantillon de médecins.

Plusieurs suggestions peuvent être faites pour essayer de diminuer ces difficultés. Les consultations de deuil ou les autres nécessitant un accompagnement psychologique et un temps important pourraient bénéficier d'une tarification appropriée. Le médecin a un vrai rôle de prévention et de dépistage dans ces moments délicats.

Une réflexion sur l'organisation de la gestion des urgences dans un planning de médecin généraliste peut également être approfondie.

Une meilleure communication médecin-hôpital permettrait au médecin de se préparer à ce type de consultation et en diminuerait certainement le stress. Pourquoi ne pas envisager pour de grands événements comme le décès d'un patient, l'envoi d'un mail ou d'un coup de téléphone pour prévenir le médecin ?

Le développement de réseaux ou de consultations dédiées à la prise en charge du deuil permettraient aux médecins qui ne souhaitent pas faire ces prises en charge d'orienter leurs patients plus facilement.

Plusieurs suggestions peuvent être faites concernant la formation des médecins :

- Développer un espace de débriefing pour les étudiants et leur apprendre à identifier ce qui a pu être touché en eux lors de telles situations de confrontation à la mort ou au deuil . Éventuellement les orienter vers un travail psychothérapeutique si besoin. Cet apprentissage leur permettra plus tard de pouvoir demander de l'aide dans les situations qu'ils vivront comme difficiles et ainsi éviter le Burn Out. On pourrait recommander avec Alain De Broca d'éviter de laisser les jeunes soignants seuls et sans aide face à des personnes décédées [42]. Comme le concluent les auteurs de l'étude américaine [53] citée plus haut, les médecins qui auront été supporté dans leurs deuils où expériences difficiles pourront à leur tour offrir cet accompagnement à leurs patients.
- Développer l'apprentissage de la gestion de cette distance médecin patient et de l'accompagnement
- Approfondir les connaissances sur le deuil sur sa psychopathologie, le rôle du médecin traitant dans l'accompagnement, le dépistage et le traitement des complications et pathologies de deuil. Un enseignement orienté vers l'éthique et la philosophie confrontant divers regards pourrait être proposé.
- Développer une formation à partir d'un partage des pratiques dans des ateliers de type Balint ou autre. Mais également des exercices de communication ou jeux de rôles.

Les formations médicales continues pourraient être un moyen d'amener les médecins à une réflexion sur leur histoire, leur attitude face au deuil à la mort, mais celles-ci ne constituent pas un espace psychothérapeutique.

Les jeux de rôles réalisés dans un cadre sérieux et contenant, peuvent être l'occasion de mettre en évidence certaines fragilités. Ainsi ils pourraient conduire le médecin à une plus grande conscientisation de son attitude..

Ils pourraient être aussi le déclencheur qui feront réaliser au médecin l'éventuelle nécessité d'un travail d'introspection plus approfondi.

Bibliographie :

1. **Larousse.** *Le petit Larousse illustré.* édition 2009. Paris : Larousse; 2008.
Disponible : URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires>
2. **Larousse.** *Dictionnaire français-anglais, anglais-français .* Paris : Larousse; 2008.
Disponible : URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires>
3. **Hanus M.** *Les deuils dans la vie: deuils et séparations chez l'adulte et l'enfant.*
Paris : Maloine; 1994
4. **Chatillon o, Galvao F.** *ECN épreuves classantes nationales: Psychiatrie, pédopsychiatrie,*
conforme au programme 2007/2008. Paris : Vernazobres-Grego; 2007
5. **Freud S.** *Deuil et mélancolie.* Dans : *Metapsychologie.* Paris : Gallimard; 1968
6. **Bourgeois ML.** *Deuil normal, deuil pathologique,* clinique et psychopathologie.
Rueil-Malmaison : Doin; 2003
7. **Amar S.** Deuil chez l'adulte, attentif et empathique le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié. *La revue du praticien-médecine générale* 2008; tome22, n°811/812 : 981-985
8. **American Psychiatric Association** ; coordinateur général de la traduction française Julien-Daniel Guelfi. *Mini DSM-IV-TR : critères diagnostiques : version française complétée des codes CIM-10.*
Paris: Masson; 2004
9. **Organisation mondiale de la santé (OMS).** *Troubles mentaux et troubles du comportement.*
Dixième révision de la Classification internationale des maladies. Genève : OMS, 1992
10. **Hanus M.** Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques.
Ann Med Psychol 2006; 164 : 349-356
11. **Bourgeois ML.** Les deuils pathologiques, traduction et validation de l'inventaire de deuil compliqué (ICG de Prigerson et al.). Thèse de doctorat de psychologie n° 947.
12. **Prigerson Hg, Maciejewski PK, Reynolds III Cf et al.** The inventory of complicated grief : a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatr Res* 1995; 59 : 65-79
13. **Elisabeth Kübler-Ross** ; traduit de l'américain par Pierre Maheu. La mort dernière étape de la croissance. Monaco : éditions du rocher; 1985
14. **Bacqué, M.F., Hanus, M.** Le deuil. Paris : PUF. Collection Que sais-je ?; 2000
15. **M'Uzan de M.** De l'art de la mort. Saint-Amand : Gallimard; 1977
16. **Baessant-Crenn C.** Le deuil : aspects cliniques, théoriques, thérapeutiques. Dans : Bercovitz A. *Accompagner les personnes en deuil. L'expérience du centre François-Xavier Bagnoud.* Cahors: Eres; 2003. p 15-44. Disponible: URL : <http://www.croix-saint-simon.org/formation-et-recherche>

17. **Bourgeois M.-L.** Les deuils psychiatriques. *Ann Med Psychol* 2006; 164: 364-365
18. **Zhang B, El-jawahri A, and Prigerson HG.** Update on Bereavement Research : Evidence-Based Guidelines For The Diagnosis and Treatment of Complicated Bereavement. *J Palliat Med* 2006; vol 9, 5 : 1188-1203
19. **Barry LC, Kasl SV, Prigerson HG.** Psychiatric disorders among bereaved persons : the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 10: 447-449
20. **Bourgeois M.-L, Cereijo C, Radat F.** Deuil compliqué et deuil psychiatrique. Etude de 106 patients hospitalisés en psychiatrie. *Ann Medicopsychol* 1996; 154 (7) : 469-73
21. **Bourgeois M.-L.** Etudes sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives. *Ann Medicopsychol* 2006; 164: 278-291
22. **Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG.** A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev* 2004; 24 : 637-662
23. **Hebert RS, Dang Q, Schulz R.** Preparedness for the death of a loved one and mental health in bereaved caregivers of patients with dementia: findings from the REACH study. *J Palliat Med.* 2006 Jun; 9(3) : 683-93.
24. **Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE, Frank E, Perel JM, Cornes C, Houck PR, Mazumdar S, Dew MA, Kupfer DJ.** Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry.* 1999 Feb; 156(2) : 202-8.
25. **Shear K, Frank E, Houck PR., Reynolds III CF.** Treatment of Complicated Grief. A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2005 ; 293 : 2601-2608
26. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and staistical manual of mental disorders.* (3rd edition, revised) (DSM III-R). Washington DC. American Psychiatric Association; 1994
27. **Holmes TH, Rahe RH.** The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-218
28. **Bacqué MF.** Deuils et traumatismes. *Ann Medicopsychol* 2006; 164 : 357-363
29. **Stroebe M, Shut H, Stroebe W.** Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007; 370 : 1960-73
30. **Martikainen P, Valkonen T.** Mortality after death of spouse in relation to duration of bereavement in Finland. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50 : 264–68.
31. **Li J, Precht DH, Mortensen PB, Olsen J.** Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet* 2003; 361 : 363–67.
32. **Agerbo E.** Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: a gender specific study. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59 : 407–12.

33. **Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW.** Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing* 2004; 33: 378–383
34. **Qin P, Mortensen PB.** The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60 : 797–802.
35. **Duberstein PR, Conwell Y, Cox C.** Suicide in widowed persons: A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; 6 : 328–34
36. **Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H.** Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 1987; 77 : 283–87.
37. **Stroebe MS, Stroebe W, Schut H.** Gender differences in adjustment to bereavement: an empirical and theoretical review. *Rev Gen Psychol* 2001; 5 : 62–83.
38. **Thomas-Alzy C.** *Les manifestations somatiques du deuil normal et compliqué chez l'adulte.* Th : Med; université François Rabelais : 1998; 3080.
39. **Chen JH, Bierhals AJ, Prigerson HG, Kasl SV, Mazure CM, Jacobs S.** Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychol Med* 1999; 29 : 367–80.
40. **Zizook S, Shuchter SR.** Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991; 148 : 1346-1352
41. **Fauré C.** *Vivre le deuil au jour le jour.* Paris : Albin Michel : 2004.
42. **De Broca A.** *Deuils et endeuillés.* 3^{ème} édition. Liège (Belgique) : Masson , collection Médecine et psychothérapie : 2006
43. **Bercovitz A.** *Accompagner les personnes en deuil.* L'expérience du centre François-Xavier Bagnoud. Cahors: Eres; 2003
44. **Ginger S.** *La Gestalt. L'Art du contact.* Barcelone : Marabout : 2005
45. **Attal J.** Post-traumatic stress disorder and acute stress disorder. *Rev Prat* 2009 Sep20; 59(7) : 969-72.
46. **Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.** *Demographie. Mortalité en France 2007.* Disponible sur le site de l'observatoire régional de la santé des Pays de laLoire. URL : <http://www.sante-pays-de-la-loire.com>
47. **De Jacquelot S.** Les Français pensent de plus en plus souvent à la mort. *Le Quotidien du Médecin* 1998; 6370 : 32-33
48. **De Jacquelot S.** Les quatre missions du médecin traitant face au patient endeuillé. *Le Quotidien du Médecin* 1998; 6370 : 33-34

- 49. Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs.** Définition des soins palliatifs et de l'accompagnement. Disponible : URL : <http://www.sfap.org>
- 50. Haute Autorité de Santé.** *Conférence de consensus. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches.* Faculté Xavier-Bichat, Paris. Texte des recommandations. disponible sur le site de L'HAS. URL : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Accompagnement_long.pdf
- 51. Collège National des Enseignants Généralistes (CNGE).** *Médecine Générale.* Lonrai : Masson : 2009
- 52. Main J.** Improving management of bereavement in general practice based on a survey of recently bereaved subjects in a single general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50 : 863-66
- 53. Lemkau J.P, Mann B, Little D, Whitecar P, Hershberger P, Schumm J.A.** A Questionnaire Survey of Family Practice Physician's Perceptions of Bereavement Care. *Arch Fam Med* 2000; 9 : 822-29
- 54. Low J, Wilkinson C, Wilkinson S, Barclay S, Hibble A.** A UK-Wide postal survey to evaluate palliative care education amongst General Practice Registrars. *Palliat Med* 2006; 20 : 463-69
- 55. Ridsdale L, Saunderson E.M.** General practitioner's beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement : qualitative study. *BMJ* 1999; 319 : 293-96
- 56. Direction Générale de la Santé et al.** Le deuil : une situation à risque. *Revue du Praticien-Médecine Générale* 1998, 12 (434) : 16-18
- 57. Garcia-Garcia J.A, Petralanda V.L.** Les services de deuil et le médecin de famille. *Journal Européen de Soins Palliatifs* 2006; 13 (4) : 163-66
- 58. Gotman A, Blanchet A.** *L'enquête et ses méthodes. L'entretien.* 2ème édition refondue. Armand Colin; 2007
- 59. Quivy R, Campenhoudt, L.V.** *Manuel de recherche en sciences sociales.* 2ème édition. Paris: Dunod; 1995
- 60. Paillé P, Mucchieli A.** *L'analyse quantitative en sciences humaines et sociales.* Liège: Armand Colin; 2005
- 61. Lotstra F, Delhaye M.** Soignants. Soignés, un rapport complexe. Une réflexion "chemin faisant" quant au statut émotionnel du soignant. *Cahiers de Psychologie Clinique* 2007; 28 : 49-59
- 62. Chabrol A.** Les médecins, des patients pas comme les autres. *Bulletin du conseil national des médecins* 2008; septembre.
URL : <http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/IMG/pdf/dossiersept08.pdf>
- 63. Gautier I.** Burn Out des médecins. *Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris* 2003; N°86 .
URL : <http://www.association-samba.org/Burn-out-des-Medecins.html>

ANNEXES et ENTRETIENS

Table des matières

Guide d'entretien.....	4
Premier entretien	5
Deuxième entretien	24
Troisième Entretien	39
Quatrième entretien	56
Cinquième entretien.....	82
Sixième entretien	103
Septième entretien	126
Huitième entretien.....	152
Neuvième entretien	201
Dixième entretien	226

Guide d'entretien

- **Au regard de votre expérience, quelle représentation vous faites vous du deuil, de son évolution et de votre place auprès de patients endeuillés?**
- **Pouvez vous me parlez de votre expérience de consultations difficiles de patients venant de perdre un proche de manière récente ? Qu'est ce qui a pu être difficile pour vous ?**
- **Pouvez vous me parlez de votre expérience de consultations auprès de patients qui ont perdu un proche dans les mois voire les années qui suivent ? Vous arrive t'il de rencontrer des difficultés dans ce genre de situation ?**
- **Accepteriez vous de partager avec moi la situation qui a été la plus difficile pour vous au cours de votre expérience professionnelle dans la prise en charge d'endeuillés ?**
- **Les situations de deuil sont des moments très éprouvants qui peuvent générer beaucoup d'émotions. Comment vivez vous de telles consultations? Comment gérer vous ces émotions ?**

- **Quels sont à votre avis les points importants que doit maîtriser un professionnel dans l'accompagnement de patients en deuil ?**
- **Quel a été votre parcours de formation jusque là sur le deuil et sur la gestion des émotions ?**
Qu'attendriez vous d'une formation sur ces sujets ?

Premier entretien

- Quelle représentation avez-vous du deuil ? Qu'est ce que cela vous évoque ?

- En tant que médecin ?

- Et bien oui et peut être aussi en fonction de votre histoire personnelle si vous pensez que cela intervient.

- C'est ça, je peux mélanger le regard du médecin et de l'homme.

- Oui.

- Moi, ça m'évoque en tant que professionnel, Jalmav, l'accompagnement...

- Ca m'évoque mes études, mes études de médecine où j'ai vu des gens qui venaient parce que quelqu'un était mort...Ca m'évoque ça, l'absence d'accompagnement, l'espèce de vide d'accompagnement médical de mes supérieurs hiérarchiques ou de l'abandon un peu des familles. Sauf dans les services de réa. Je trouvais qu'il y avait un travail de réflexion qui était déjà entamé il y a vingt ans, vingt-cinq ans. Ces services là étaient un peu au top de la réflexion mais les services de médecine, de chirurgie où il y avait des drames c'était un peu difficile.

Ca m'évoque ça, le deuil, ça m'évoque la séparation avec quelqu'un de cher souvent. de quelqu'un d'important dans le quotidien cérébral d'un individu, quelqu'un qui est là et tout d'un coup

n'est plus là.

Ou on a eu le temps de s'y préparer, ou on n'a pas eu le temps de s'y préparer. Ça m'évoque ça aussi, le deuil, on sait que ça va se terminer parce qu'il y a un processus de maladie ou le deuil dramatique inattendu. Voilà.

La difficulté pour moi en tant que médecin de m'intégrer à chaque deuil parce que y a pas de structure que je connaisse bien où je peux adresser les patients pour qu'ils aient un accompagnement un peu médicalisé on va dire.

Ca m'évoque comment chacun le vit. Tous les gens que j'ai pu rencontrer qui ont été en période de deuil, chacun le vit à sa façon, de façon très personnelle avec des gens qui s'en sortent ou qui donnent le sentiment de s'en sortir, c'est à dire qu'ils n'ont pas de troubles de sommeil, d'adaptation, leurs pulsions de vie sont toujours présentes. Et puis des gens qui s'enferment dans quelque chose qui devient chronique et dans lequel nous les médecins généralistes on a plus trop prise. Enfin, est ce qu'on doit avoir prise ? Ouais, il peut y avoir une démission de ma part, enfin je ne sais pas trop, de notre part, j'allais dire en tant que médecin sur cette souffrance là.

Je ne pense pas que l'antidépresseur, l'anxiolytique soit la réponse adaptée à moyen ou à long terme. Alors qu'il y a beaucoup de gens je pense qui sont dans un deuil non résolu qui sont sous antidépresseur, anxiolytique sans que ça ne résolve jamais rien.

- Donc, ce serait un processus de séparation avec un être cher, vécu de manière personnelle avec des gens qui donnent l'impression de s'en sortir et d'autres moins ?

- oui, de s'adapter différemment.

- Est ce que ces démissions dont vous parlez sont liées à un sentiment d'impuissance ?

- Pas d'impuissance. Mais dans certains cas on en parle plus on passe à un autre sujet ou je ne sais pas. Parfois quand on dit à nos patients que ce serait peut être bien de faire un travail psycho. Ils disent "oh !, la la, oh non les pys..", c'est tellement intime cette histoire là, qu'ils mettent une barrière très forte et qu'on devrait avoir plus de facilité peut être à lever nous les toubibs. Je ne sais pas, je sais pas où les envoyer. On les envoie au psychiatre qui les reçoivent parfois dans six mois c'est un peu compliqué.

- Avez-vous déjà eu l'expérience de consultations que vous avez pu trouver difficile, de patients qui viennent juste de perdre quelqu'un, au moment où ils sont en état de choc? Et qu'est-ce qui

a été difficile pour vous à ce moment là ?

- Oui, des consultations comme ça depuis vingt deux ans, c'est le moins qu'on puisse dire. Sur des deuils d'humains et aussi sur des deuils d'animaux. Ouais, c'est étonnant mais cette souffrance on l'entend assez souvent. "vous allez me trouver ridicule docteur, mais..", le mot deuil m'évoque aussi ça. Les gens qui osent nous parler de ça, ils ont souvent très honte et en même temps ils sont dans une souffrance qui est la même que celle de la perte d'un être humain. Moi, j'ai été surpris dans ma carrière, j'ai vu ça souvent.

- Comme souvenir, celui qui m'est venu quand tu as posé la question c'est celui de Mme Y qui a perdu il y a 12 ans son mari, je ne la connaissais pas, je l'ai vue il y a dix ans, deux ans après le décès de son mari. Elle a perdu son fils il y a un an et demi, deuxième deuil, elle présente un syndrome dépressif pour lequel elle me demande une cure de sommeil qu'on n'arrive pas à trouver en France et c'est compliqué. Sans doute ce deuil là est l'un des plus compliqué que j'ai jamais eu à tenter d'accompagner.

- Ok, je note tout ça car ça répond un peu à la prochaine question. Mais je voulais vous demander si vous aviez pu rencontrer des difficultés lors de consultation pour des personnes qui viennent juste de perdre quelqu'un ? Disons dans le mois qui suit.

- Oui Mme A, perd son ami de trente, trente cinq ans je ne sais pas d'un accident de moto. C'est une femme très tonique, très douloureuse de partout déjà au niveau physique avant ce décès là. Et qui était révoltée contre le monde médical quand elle est venue me trouver. Au moment où elle m'a annoncé la mort de son ami, je me suis senti un peu démuni sauf sur le fait que j'avais une écoute un peu bienfaisante on va dire mais toute orientation derrière était impossible.

Oui, Mme A. c'était compliqué, décès brutal suite à un accident. Voilà, est ce que d'autres cas t'intéressent ?

- En fait ce qui m'intéresse c'est de savoir ce qui a été compliqué pour vous à ce moment là ?

- C'est sa réaction à elle. Elle parlait, elle parlait, elle disait...Et dans les silences, si j'essayais de lui dire "est ce qu'il ne serait pas bon que vous alliez...", elle disait "non, écoutez docteur..." . C'était un blocage, tout de suite, c'était à elle de régler cette histoire d'amour, c'était un couple très amoureux, personne d'autres ne pouvait les toucher. Elle était très, très réactive à la moindre tentative

d'orientation ailleurs que face à moi.

- Ce qui a été dur, ce serait d'avoir eu à gérer ça seul avec elle ?

- Probablement, oui je pense. Oui parce qu'elle avait un fils aussi qui venait donc de perdre son papa et c'était important pour moi de donner des conseils pour que cet enfant que je ne connaissais pas soit aidé. C'est ça qui est compliqué, c'est aussi les autres.

Alors et puis, oui j'ai été confronté sur un deuil aigu sur une mort subite du nourrisson en tant que remplaçant. et c'est ce qui me revient en parlant. J'ai deux morts, c'était un peu ta question directe quoi...c'est intéressant ça.

Donc mort subite du nourrisson, je suis arrivé et massage, j'ai appelé le SAMU, y avait la grand mère qui était là qui préparait le petit lit, l'homme qui se tapait la tête contre les murs, les enfants de sept et huit ans frères et sœurs qui pleuraient de partout et moi je....euh. Je suis resté, c'était la seule arme que j'avais c'était de rester avec eux et de tenir le médecin traitant au courant car j'étais remplaçant.

Et deuxièmement c'était un assassinat où j'ai été appelé à b... et où j'ai été auprès de Mme M. qui venait d'être tuée à coups de couteaux dans le cou et dans le ventre alors qu'elle était enceinte et je suis allé faire l'alcoolémie sur demande des flics à son assassin de copain...voilà, après je me suis évanoui dans la cité.

- Evanoui ?

- Evanoui, c'est à dire j'ai continué mon boulot, ceci dit il y avait sûrement des parents mais je suis reparti dans la ville, y a pas eu de suite à cette histoire là en fait.

- Est ce que tu peux me préciser ce qui a été difficile pour toi ?

- Pour moi en tant qu'être humain, tu vois j'y pense quand tu fouilles un peu dans ma mémoire, ça a été des événements vachement marquants, quoi. Dans ma construction d'être humain. J'avais un tel sentiment d'impuissance, et ben voilà c'est moi, j'étais là, j'ai assisté à ça mais derrière comment vont ils digérer cette histoire là, si c'est possible de la digérer. J'ai assumé le moment présent puis après je suis parti, j'ai disparu, j'ai pas donné de piste pour réfléchir.

- Qu'est ce qui aurait été le plus difficile pour toi sur le moment, j'entends un sentiment

d'impuissance ?

- Sur le moment et puis dans les quarante-huit heures qui suivent. On peut donner des informations ou des adresses de gens qui peuvent accueillir...

- C'est ce que tu avais fait ?

- Non.

- Est ce que tu avais prescrit quelque chose ?

- Aux parents du bébé non et à la femme M. non, elle était toute seule.

J'ai vécu une autre mort comme ça aussi quand j'étais remplaçant. Je me souviens d'un homme qui avait été trouvé mort dans son champ, c'était à B..., j'étais revenu et j'avais été appelé...mais je ne sais pas si c'est important, mais c'est sur le deuil et ce que ça m'évoque en tant que médecin.

- Oui.

- Donc R. était dans son lit à B... mort, je l'examine un peu, il est mort, je reste avec sa femme de 75 ans et leur fils qui devait avoir un peu plus de quarante ans. Ils me parlent de sa vie, qu'il est mort sans souffrir...Je rentre au cabinet médical où j'étais remplaçant. Une semaine passe et le médecin que je remplaçais qui était le médecin traitant de ce patient me convoque dans son bureau et me dit: " t'es allé chez Mr R. la semaine dernière, parce que j'y suis allé ce matin et j'ai examiné Mr R., il va plutôt bien, qu'est ce qui s'est passé ?

Voilà et j'ai pensé pendant 1 min que j'arrêtais le métier de médecin, j'étais pas capable de diagnostiquer un mort. Et au bout d'une minute trente il m'a dit " On me l'a fait ,donc je te la fait".

J'ai trouvé ça formateur, mes amis ont trouvé ça nul.

- Dans quel sens vous avez trouvé ça formateur ?

- Et bien que moi, je la referais jamais cette blague là. Et puis j'ai vu ce qui se passait à l'intérieur de moi sur le fait qu'il était important d'être très précis dans le cas d'un décès, d'être plus attentif que ce que j'avais été, Il m'a mis un tel doute. Tu te dis les pupilles j'ai pas regardé, ou je sais pas.

- Donc oui j'ai pas mal de morts vécus en tant que médecin qui m'ont marqué.(...)

- Oui, j'entends que dans ce qui a été difficile dans ces situations c'est parfois l'énormité de la situation dans le sens où elle est inattendue et traumatisante, le sentiment d'impuissance et de ne pas savoir quoi faire pour les gens.

- Pour la suite, ouais pour la suite. de ne pas recontacter.

- Vous auriez souhaité les recontacter ?

- Avec le recul du temps, oui. ça fait un peu j'ai autre chose à foutre, alors que c'est une situation que je trouve majeure, la détresse des gens et que vu mon ouverture je trouve scandaleux de laisser les gens comme ça parce que si ça va pas bien ils vont aller voir une médecine qui va un peu vite et qui peut donner des antidépresseurs des anxiolytiques qui peuvent soulager provisoirement mais y a t'il un autre travail plus profond de fait pour aider les gens à vivre avec cette absence ou à vivre mieux l'absence en tout cas.

Voilà, je ne sais pas, je sais qu'on est dans un pays où il y a plein d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et où la mort est un peu tabou quand même. On cache les morts et je pense que cette carence que j'ai c'est je pense entre autres que si il y avait un vrai travail d'accompagnement verbalisé, il y aurait sans doute beaucoup moins besoin d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. L'enjeu de la réflexion est peut être à ce niveau là.

- Est ce que vous pensez que c'est le travail du médecin généraliste de faire cet accompagnement là ?

- De certains médecins formés à cet accompagnement, oui. Il faut lire le docteur Boré, heu je sais plus son nom exact, il a écrit "Comment faire son deuil ?".

- C'est un livre que vous avez lu ?

- Oui et que j'ai conseillé à des patients. A l'époque j'étais plus confronté à ce truc là, que là depuis quelques mois ...Oui c'est un super bouquin.

- Donc finalement vous auriez souhaiter les orienter vers quelqu'un qui sache gérer ça, est ce qu'aujourd'hui vous avez le même sentiment, est ce que vous ne vous sentez pas plus capable

d'accompagner ces patients là ?

- Plus, ouais, plus, en même temps la vie de pas mal de généralistes rend difficile de se sentir vraiment disponible à chaque fois pour ce moment là et pour que les gens ne sentent pas la pression des autres patients ou de notre boulot tout simplement. Donc je crois que oui il y aurait une filière peut être infirmière ou autre psychologue ou médecin formé à ça avec un lieu où on pourrait travailler un peu, c'est bizarre de dire ça peut être un peu à l'image des curés. Il y a des patients très pratiquants qui vont trouver de l'espoir là malgré la disparition. On a beaucoup de patients qui n'ont pas cet espoir là.

- Vous dites que c'est difficilement compatible avec l'exercice de généraliste ? Quand vous parlez de la pression des patients, il s'agit du temps?

- Oui, c'est ça.

- Ce sont des consultations qui prennent du temps?

- Oui, du silence et du respect et ouais un temps de pause où la personne est que avec le thérapeute et y a pas de parasitage autre. Il m'ait arrivé il y a quinze ans de prendre le téléphone avec des gens en deuil et de dire "ben vous voyez là c'est...". Les gens n'en ont rien à faire que quelqu'un d'autre vive un peu autre chose qui semble un peu parallèle au toubib. Il me semble qu'il ne faut pas qu'il y est de parasitage dans ces moments de soin.

- Donc un parasitage lié au temps et au téléphone?

- Oui le téléphone qui sonne, la secrétaire qui dérange quatre fois.

- De la même façon accepteriez-vous de partager votre expérience de consultations qui ont pu être difficile pour vous dans le suivi de patients endeuillés dans le temps ? Et qu'est ce qui a pu être difficile pour vous ?

- Ce matin. Mme Y., elle vient de perdre un ami qui est mort d'un cancer généralisé, elle m'a parlé de crises d'angoisses qu'elle a faites au moment où elle a appris son décès. Elle a été préparée car elle a accompagné, c'est une dame de soixante dix, soixante douze ans, elle est allée le voir, elle l'a écouté,

etc. Elle m'a parlé ce matin de crises d'angoisses qu'elle avait faites. Je sais historiquement et elle me l'a dit, à onze ans elle a perdu une très bonne copine qui a été tuée à coups de couteau et dont le cœur a été accroché dans un arbre, dans un petit bois là où elle passait tous les jours.

J'ai essayé de l'aider à faire un travail de fond là dessus, elle comprend très bien enfin elle me l'a dit, son angoisse c'est qu'elle ressentait exactement les mêmes choses au moment de la mort de quelqu'un. et c'est depuis ce drame absolu. A l'époque il ne s'est rien passé au niveau de l'accompagnement. Voilà.

Donc oui ça c'est vraiment un exemple type que j'ai, j'en ai d'autres comme ça, je sais pas.

- Donc oui ça paraît difficile et c'est une histoire horrible mais vous quelle est votre difficulté dans cet accompagnement là ?

- La libérer de cette angoisse, cette angoisse tellement forte qui la prend chaque fois qu'il y a une séparation, un deuil. Quelqu'un qui a un cancer qui meurt, c'est quelque chose qui existe qui est quand même plus fréquent que l'évènement qu'elle a vécu et ce serait bien de l'aider à se préparer au deuil quand il y en a un de façon moins angoissante pour elle même. Elle fait une angine de poitrine assez importante. Ouais est ce qu'il y aurait un endroit où elle pourrait aller parler des deuils de ce deuil là. Moi j'ai pensé à l'EMDR mais c'est un peu tard, c'est enkysté dans sa tête. Mais oui on était d'accord tous les deux mais après qu'est ce qu'on fait de ça ?

Qu'est ce qu'on fait de ça ? Sur le plan gynéco si elle avait un ennui gynéco cette dame, j'ai réussi à la convaincre il y a dix ans de refaire un suivi gynéco, là ce serait bien qu'il y ait un "deuillologue" où je ne sais pas, quelque chose comme ça.

On a une structure où il y a pas de Bon Dieu, il y a les gens qui réfléchissent sur humainement comment un deuil est assimilé et digéré par un cerveau et allez y, quoi. Moi je ne serai pas hostile à ce genre de création.

- Ok. Donc pour résumer la difficulté pour vous c'est de trouver un moyen de l'aider vis à vis de cette angoisse et de savoir où l'orienter. Est ce que vous avez déjà essayé de l'adresser à quelqu'un ?

- Oui.

- Vers qui ?

- Un psychiatre. Elle a vu une psychologue mais elle pouvait pas car c'est une dame qui n'avait pas beaucoup d'argent.

- Vous avez l'impression que ça ne lui a pas permis d'avancer ?

- Je crois que si. Mais ce matin ça m'a touché, elle était contente que je crois qu'elle s'est pas réinscrite. Cette nuit elle vient de rêver à son mari elle était contente, "j'ai entendu sa voix vous vous rendez compte docteur". Bon, ben voilà je crois qu'elle a avancé. C'est peut être moi qui a été le plus touché par son histoire.

- Actuellement elle revit un deuil récent ?

- D'un mari. Mais pas d'un ami.

- Donc vous avez l'impression, qu'elle recommence un peu comme au départ ?

- Qu'il y a un réflexe, ouais.

- Avec une intensité différente ?

- Je pense que c'est quelqu'un qui a avancé. Mais ouais elle a pas dormi pendant deux nuits, elle a une angine de poitrine, c'est chiant est ce qu'il y aurait un moyen au moment où il y a une réactivation de ce processus de permettre à l'individu de pouvoir dormir, d'avoir moins cette angoisse en profondeur.

- Est ce que vous avez eu recours à certains médicaments ?

- Je ne suis pas son médecin traitant. Elle en prend de temps en temps.

- Des anxiolytiques?

- Oui.

- Un antidépresseur ?

- Non.

- Donc un souci dans l'orientation chez des personnes qui ont pu avoir un deuil ancien et avec lesquels tu as du mal à avancer.

- Et qui sont capables de...Tu sens que c'est sûrement possible quelque part de les aider. C'est vrai qu'une structure accueillante sur ce sujet là uniquement pourrait effectivement être extrêmement utile à mon avis à pleins de gens.

- J'ai entendu aussi que vous avez été attentif aux problèmes somatiques, est ce que vous pensez qu'il pourrait y avoir un lien entre les deux ?

- Oui. La réponse est oui. Bien sûr.

- Est ce que vous êtes plus attentif dans ces périodes là au plan somatique ?

- Alors oui. C'est une bonne question. Non c'est une question qui m'évoque une réponse, c'est pour ça que je dis que c'est une bonne question. Dans des deuils de mari, de maman ou de papa, je conseille aux femmes de faire un examen gynéco mammaire dans les six mois qui suivent, ou même rapidement.

- Vous craignez pour un cancer ?

- Oui. Par le fait que à l'interrogatoire de certains patients venant avec un cancer du sein, dans les mois qui précèdent le diagnostic, on trouve souvent la notion de perte d'un être cher. Est ce le fruit du hasard ou pas ? Je pense qu'il y a des gens qui ont fait des travaux là dessus, je crois, et qui moi m'incitent à penser en tant que médecin, qu'il faut être très vigilant sur le plan gynéco après le décès d'un être très cher. Voilà.

Et beaucoup de femmes me disent "c'est à la suite de... que j'ai senti que quelque chose se cassait en moi, et voyez docteur je fais mon cancer du sein, je veux le rejoindre", oui je suis attentif sur d'éventuelles somatisations.

- Est ce qu'il y a d'autres points où vous êtes vigilants ?

- Cancer de l'estomac, troubles intestinaux chroniques, l'angine de poitrine...

- Est ce que ce sont des situations que vous rencontrez fréquemment où ce sont des cas isolés ?

- C'est assez fréquent je pense, je suis très vigilant là dessus je pense. Quand je fais des arbres généalogiques quand je vois de nouveaux patients, je regarde ça souvent. Je regarde si les grands-parents sont vivants. Beaucoup de gens sont très malheureux de la perte de leurs papys et leurs mamies et ils ne l'ont jamais dit à personne.

- Et vous en parlez avec eux si vous sentez qu'ils sont en souffrance par rapport à ça ?

- Toujours, toujours ça fait partie du boulot...toujours, j'aurais envie de dire c'est basique. Ca fait partie vraiment du cadre de la rencontre.

C'est après quand on voit les gens plusieurs fois, que les choses se chronicisent, que l'on a l'impression de ne plus les aider à avancer sur ce sujet que l'on a vu au début et la vie passant il peut y avoir des problèmes somatiques qui font qu'on oublie de reparler de ça et de savoir si ils ont avancé sur ce sujet là. Mais le diagnostic on peut le faire sur une première consult à mon avis, et ce serait bien d'avoir à ce moment là un numéro de téléphone de professionnels du deuil. Parce que psychologue ou psychiatre ça fait souvent très peur aux gens. Il faudrait créer un nouveau mot.

- Donc des situations de deuil, finalement c'est assez fréquent ?

- Tous les jours. Je suis attentif à ça, je pense tout le temps.

- Si on ne l'a pas déjà évoqué, quel aurait été pour vous la situation la plus éprouvante auprès d'endeuillés ?

- Quel a été la situation la plus éprouvante pour moi, en tant que médecin, hein ?

- Oui.

- Les urgences de Nantes, j'avais du suturer un mec qui était mort tellement défiguré qu'il fallait le remettre en forme humaine pour que sa maman, son papa le voit. Ouais ça , ça a été pénible.

- Ce qui a été éprouvant c'était de voir les gens, de faire les sutures ?

- C'était la question sur la vie d'un être humain, ouais, d'être avec un être mort, de mettre des gants, pas mettre des gants, ouais tout ça, de prendre du matériel propre ou pas. On se posait ces questions de faire un choix qui était de mettre des gants de prendre du matériel nickel et de disparaître en fait, j'étais étudiant, y avait la surveillante, le chef de clinique, je ne sais pas qui et que comme je faisais pas mal les points on était venu me chercher. Et de vivre avec ce truc là en moi, ça a été éprouvant, je n'ai pas...Pareil moi derrière, c'était à moi de gérer ce que j'avais vécu. Je n'avais pas à intervenir auprès de la famille.

- Parce que vous ne le vouliez pas ?

- Non, pas du tout, parce que la surveillante est venue, elle m'a dit "super, merci beaucoup, ben écoutez maintenant je vais appeler le médecin et la famille en salle d'attente", et ben voilà, elle m'a pas demandé de rester et puis j'ai pas eu le courage. Je suis allé faire autre chose, je sais plus exactement après.

Je pense que c'était la situation qui aurait été le plus éprouvante, c'est vraiment celle là en tant que médecin, c'était la plus éprouvante ouais.

- Donc ce qui a été éprouvant c'est de ne pas avoir vu la famille et de ne pas avoir pu en parler après ?

- Je crois en tant que toubib, étudiant à cette époque là, de garder ça.

- Vous auriez pouvoir aimer en parler avec un chef ?

- A un chef ? A un "deuillologue" ouais.

- Donc il s'agirait de votre propre deuil par rapport à cette situation là.

- Oui.

- Qu'est ce qui a été difficile pour vous ?

- Non, c'est sur l'existence humaine, les questions de fonds quoi.

- Ca a été des questionnements autour de la mort ?

- Ouais...Ouais, ouais. Une résurgence des questions qu'on se pose à neuf, dix onze ans, un truc comme ça, que tu te poses pour toi ou pour ceux que t'aimes...Mais, et puis après ça dépend de la vie que t'as. Ouais, une résurgence de questions avec des questions plus faciles à poser à ce moment là, mais personne m'a dit d'aller à tel endroit si j'avais envie d'être soutenu pouvoir dire ce que j'avais vécu.

- Vous rappelez vous les questions que vous aviez à cette époque ?

- Les questions...Non, c'est, c'est difficile, c'est le grand silence qui envahit l'espace et voilà, c'est...Pourquoi ça me touche tant ? Ouais. Pourquoi ça me touche tant et...parler de sa propre mort pour peut-être être capable de mieux entendre les...je sais pas, c'est la souffrance des autres par rapport à cette peur intense qu'est la séparation de soi-même et je pense, que thérapeute, on a sûrement besoin de faire un travail de fond là dessus pour être plus compétent avec nos patients. Voilà.

- Donc ça vous a renvoyé à votre propre mort et à vos propres questionnements.

- Oui, au tréfonds du tréfonds. Y a quand même l'événement, y a quelque chose de fort envers la famille mais en même temps, on a employé le mot d'impuissance tout à l'heure mais de silence, ouais, très lourd.

Rien derrière si ce n'est les amis ou une amie, se confier à quelqu'un de proche, mais c'est pas la compétence d'aider l'individu d'aller un peu plus loin...Surtout en formation de médecine, on peut dire ça comme ça aussi.

- Beaucoup de ces situations peuvent être éprouvantes émotionnellement. Comment faites vous pour gérer ça dans ces moments là voire au quotidien quand vous rencontrez des situations certes un peu moins difficiles mais éprouvantes tout de même ?

Est ce que votre formation médicale vous permet d'appréhender ces situations là ou est ce que vous êtes allé chercher ailleurs des outils ?

- Je me suis fait moi même mes propres outils, je n'ai eu aucune formation, on parlait de jalmav tout à l'heure, j'ai un peu essayé de les joindre mais j'ai jamais concrétisé.

Je pense que l'équilibre personnel est important par le sport, par les activités extérieures, par la confiance que je peux avoir dans certaines personnes que j'aime profondément avec lesquelles je peux parler de mes émotions plus profondes et qui m'aident dans leur écoute. Moi en tant que médecin, voilà, pas de trouble du sommeil ou de choses comme ça alors que à l'époque, ouais je ne dormais pas pendant deux jours s' il se passait un truc comme ça. Donc je pense que ouais il y a eu un auto-apprentissage au fil des années aidé par un travail perso; travail d'équilibre et intellectuel et psycho, j'ai fait une psychanalyse quand même donc je dis pas non parce que...

- Pourquoi ?

- G., non mais c'est...je n'ai pas envie que ça se sache forcément. Y a pas de honte mais j'ai pas envie de le dire. Ca me gênait au début aujourd'hui est ce que je le dirais à tout le monde, je ne crois pas, je crois que c'est intime aussi. Je dis pas où je vais pisser, ça me gêne pas de dire que je vais pisser tout à l'heure, mais j'ai pas envie de parler de ça et l'analyse c'est un peu aller pisser et chier de façon un peu répétitive et je ne sais pas voilà c'est un acte...

- Vous avez commencé cette démarche après le début de votre activité ?

Après ,oui ,dans le courant de travail de médecin installé.

- Ce travail d'analyse vous a aidé dans votre travail de médecin ?

- Oui bien sûr. Pour moi, c'est évident. C'était un désir depuis dix sept ans de faire une analyse et le métier, la vie, a fait qu'un moment donné j'étais prêt ou j'étais mûr ou j'ai pris le temps qu'il fallait pour. Je pense ça m'a appris à gérer ces situations de deuil mieux. (...)

Je fais plus la part des choses depuis l'analyse, les choses difficiles en consult avec des gens ne rentrent plus chez moi du tout.

- Ok.

- Puis j'ai oublié de te dire aussi : les patients. Quand je te parlais de livre du docteur Boré, c'est un

patient qui me l'avait offert. Voilà, certains patients t'apprennent des trucs au fil du temps. Les patients te disent j'ai fait telle démarche et ça m'a vraiment aidé.

- Vous voulez dire que parfois ils vous donnent des tuyaux?

- Parfois, quand je sais que tel patient a une pratique religieuse chrétienne par exemple, je leur dis : "qu'avez vous fait, est ce que vous êtes allé voir un frère, une sœur pour parler un peu du deuil puisque vous êtes dans une philosophie de croyance?". et je sais que certains vont dire : "c'est incroyable, j'y avais même pas pensé, merci ça m'a aidé."

Ca je l'ai fait parce que les patients m'ont dit que. Le bouquin je les donné en référence à des patients pendant plusieurs années grâce à une patiente qui m'avait apporté le livre. Ouais c'est une espèce d'échange comme ça.

- Ok.

- Au regard de votre expérience quels sont pour vous les points forts à ne pas rater dans la prise en charge des endeuillés ?

- Les points forts pour certains médecins, c'est l'arsenal thérapeutique pour aider de façon aiguë les gens. Je pense à mon meilleur copain qui a perdu un enfant écrasé par une voiture devant chez lui en campagne...et je pense que c'était bien qu'ils aient des médocs à ce moment là.

Donc je pense que c'est ça notre rôle de médecin en aigu c'est que l'on a un arsenal thérapeutique efficace. On a à disposition cette capacité à disposition de faire des ordonnances pour soulager dans l'aigu et ça je trouve ça super.

- Donc pour vous l'arsenal thérapeutique, c'est notre capacité de pouvoir prescrire en aigu ?

- Oui, c'est l'écoute aussi. L'écoute est importante mais quand il y a une personne qui ne dort plus depuis trois quatre nuits, c'est bien qu'ils aient une ordonnance efficace si possible. Qu'ils soient en demande d'homéopathie ou de plantes...Enfin il y a un arsenal thérapeutique possible, avec une possibilité de m'appeler ou de m'envoyer un mail pour me dire s'ils ont bien dormi, qu'ils ne partent pas dans une bouffée délirante ou autre chose.

Moi, je trouve qu'on a cette force là nous les médecins de pouvoir aider les gens en aigu. Heu, voilà alors qu'en chronique on est relativement nuls.

- Donc j'entends que tu gardes contact avec eux pour vérifier que le deuil se déroule correctement.

- Oui, de les suivre ,de leur redonner des rendez vous. « Je vous laisse pas tomber, là, on se revoit », et je donne le rendez vous dès la fin de la consult.

- Qu'est ce que tu attendrais d'une fmc sur ce sujet ?

- Des apports théoriques et des jeux de rôles.

- Au niveau théorique, est ce que tu sais plus exactement quelles seraient tes attentes ?

Sur la réflexion philosophique, sur ce qu'est le deuil depuis la nuit des temps.

- Sur l'histoire du deuil ?

- L'histoire du deuil, exactement. Pour en arriver à notre civilisation actuelle en 2008, comment c'est vécu...Ouais.

- D'autres choses ?

- Des jeux de rôles, ouais c'est fondamental pour qu'on progresse. De créer peut être un réseau, pour les gens qu'on trouve s'installer dans des situations un peu dramatiques par rapport à leur propre deuil. Le deuil est il dramatique ? Par exemple, une question qui est fondamentale. Est-il si dramatique que ça? Mais il est le lit de beaucoup de consultations, je pense.

- Ok. Donc un apport de connaissances sur l'histoire, la philosophie et des jeux de rôles. Est ce que vous pensez avoir les idées claires sur la limite entre le deuil dit normal et celui qui devient pathologique ?

- Oui, mais qu'effectivement un partage avec d'autres montrerait peut être des incohérences et des choses à coté des quelles on passe.

Le problème du temps qui passe quand on est médecin c'est qu'on a l'impression de mieux maîtriser certaines choses qu'on maîtrise peut être pas aussi bien que ça, quoi. Donc d'avoir des idées...en tout

cas de faire un lieu de rencontre où on puisse travailler là dessus bien sûr ce serait passionnant, voilà.

- Et le jeu de rôle vous en attendriez quoi?

- Ben, éducatif. Ouais, éducatif, parce que on...Je pense qu'il y a beaucoup de médecins dont moi aussi peut être qui se rendent pas compte des conneries qu'ils disent. Pour mettre au point certaines réflexions.

"Vous savez madame quand j'ai perdu mon enfant....heu tatati", combien de gens m'ont raconté des histoires comme ça sur leur généraliste quoi. "Quand j'ai perdu ma mère, vous savez on s'en remet vous inquiétez pas ", mais ça va, on n'a jamais à dire des phrases comme ça, je trouve c'est un scandale. Ça pourrait me mettre en colère.

Donc faire des rencontres, des fmc pour qu'on apprenne les uns les autres à maîtriser ces choses qu'on a peut être envie de dire pour nous faire du bien, je pense ça pourrait aider beaucoup d'entre nous de médecins.

- Ok.

- J'ai fait des jeux de rôles un peu comme ça sur l'alimentation, c'est extraordinaire ce qu'on apprend. Je pense que dans le domaine du deuil, ça pourrait être très intéressant. Le jeu de rôle d'un patient endeuillé face à un confrère et puis de changer après, de voir comment on est devant les autres en plus...

- On apprend sur soi, sur sa pratique?

- On apprend sur sa pratique. Le regard d'autres confrères peut être très intéressant. Je crois beaucoup dans l'utilité des jeux de rôles dans notre métier. Voilà.

- Ok, bon je crois que c'est la fin.

- Merci.

- Merci aussi.

Deuxième entretien

- Quelle représentation avez-vous du deuil? Qu'est ce que le mot deuil vous évoque?

- Un moment très douloureux à passer, pour le patient et pour le médecin, ça c'est sûr. Heu, parce qu'on n'est pas préparé à ça. Il y a des deuils qu'on attend parce qu'on les a vus en clientèle et il y a bien sûr des deuils brutaux suite à des accidents où ensuite on voit la famille brutalement et où là on est démuni.

Moi, ça s'est produit deux fois, d'accord ?

- Oui.

- Donc l'image que j'ai du deuil c'est quelque chose où on est mal préparé. C'est ce que je dirais.

- Ok.

- Dans la vie, c'est quelque chose qui fait basculer la vie de l'autre.

- Ce que le deuil vous évoque c'est donc ces moments préparés ou pas du tout de la perte de quelqu'un. Suivez vous également des patients ayant vécu un deuil mais plus ancien? Quelle représentation en avez-vous?

- Des patients qui ont vécu des deuils mêmes antérieurs, ça m'arrive bien sûr de les suivre pendant un bon moment. Pas spécialement seule c'est souvent en accord avec un psychiatre ou un psychologue. Je fais un trio pour aider la personne. Seule, je me sens un peu démunie dans la parole. Je veux bien aider dans le traitement mais je pense que ça ne suffit pas. Et puis je pense qu'on n'a pas le temps en consultation.

- Vous allez répondre à toutes mes questions en une seule fois (rires). Mais donc je note que vous manquez de temps en consultation.

- Voilà, pas le temps...Manque de temps, manque de formation.

- Donc pour résumer votre point de vue, le deuil est donc un moment qui peut être difficile.

- Difficile pour le médecin. Certainement.

- Pouvez-vous m'en dire plus sur cette difficulté?

- Alors moi, je fais la différence entre les deuils subis, c'est à dire non préparés et puis l'accident. Ca, ça m'est arrivé ! L'accident et celui des suites d'une leucémie ou d'un cancer, je m'y suis préparée, c'est tout bête. J'ai déjà préparé ma réponse. Voilà j'ai le temps de m'y faire.

Heu, le reste, ça m'est arrivé une fois qu'une femme vienne un lundi matin 8 heures, elle m'attendait en me disant je veux simplement un arrêt de travail parce que mon fils a été tué dans un accident de voiture hier.

Je connaissais l'enfant, je l'avais vu pour une rhinopharyngite huit jours avant et heuuu...je me suis sentie mal, à la limite je n'avais plus de parole, je sentais les larmes qui venaient et c'est le contrôle qu'on a du mal à gérer.

Par contre si c'est quelqu'un pour qui je sais que ça va se produire, j'ai le temps de me préparer, c'est

idiot mais c'est comme ça.

Donc je sépare le deuil en deux, le deuil subi et le deuil préparé.

- Encore une fois vous avez pris de l'avance sur mes prochaines questions. (en plaisantant).

La seconde question était donc : est-ce que vous avez eu l'expérience de consultations difficiles pour vous, auprès de patients venant juste de perdre quelqu'un ?

- Oui, voilà deux fois. Ca a été effectivement deux adolescents donc qu'on connaît depuis tout le temps et la famille vient le lendemain, parce que ça s'est produit aux urgences le week-end. Ils viennent pour un arrêt de travail. Il y en a qui ont vraiment un masque et il y en a d'autres qui s'effondrent. Donc, oui je l'ai vécu deux fois et bien sûr c'est toujours le lundi à huit heures.

Donc, on ne s'y attend pas, on est mal franchement toute la matinée.

Et j'ai vécu un autre deuil qui m'a beaucoup marqué, heu...d'une femme qui me téléphone un jour en me disant : "je trouve dans mon lit ma petite fille" qui avait sept, huit mois "qui a l'air de faire des mouvements anormaux".

Je lui dis vous me l'amenez d'urgence en consultation. La gamine m'a fait une mort subite sur ma table. J'ai appelé le SAMU, on n'a pas pu la réanimer.

Prendre après d'autres consultations... Je m'étais dit...alors déjà les gens avaient vu le SAMU, l'enfant partir etc.

J'ai été obligé de dire aux gens, "excusez moi je suis obligée de m'arrêter un peu"... parce que je ne pouvais même plus consulter, je ne savais plus ce que je disais. J'étais incapable. Et ça m'est arrivé donc sur place, un deuil.

Et ça on le vit très mal, on le vit vraiment très mal!

Donc, c'est une autre expérience et puis ça s'est produit quand même sur ma table. Parce que l'enfant hoquetait encore, j'ai essayé de la réanimer, j'ai appelé le SAMU, il est venu tout de suite. L'enfant hoquetait encore, le SAMU n'a pas pu le réanimer, donc il est parti à la morgue.

Donc là, je l'ai vécu!

- Qu'est ce qui a été le plus dur pour vous, j'ai l'impression que c'est le fait de ne pas avoir pu réanimer l'enfant?

- Voilà, on se culpabilise même si on sait que bon, quelqu'un est venu de plus compétent que nous, a fait tout ce qu'il fallait. Oui tout à fait, on se culpabilise, je pense, intérieurement. Donc on a besoin d'être rassuré par les autres.

- Donc, ce serait la culpabilité.

- Oui.

- Et vis à vis de ces consultations qui vous sont arrivées le lundi matin, qu'est ce qui a été difficile pour vous?

- Le manque de parole et de...et de réconfort en fait.

- Le manque de parole?

Je ne sais pas comment dire...D'avoir les mots justes pour les aider en les déculpabilisant. Parce que quand c'est la personne qui conduit, qui vient, qui a des idées suicidaires parce qu'en plus c'est son enfant. Parce que je l'ai vécu. Griller un stop ça peut arriver. Bon, ne pas culpabiliser, on n'a pas les paroles qu'il faut...Ouais, on est mal préparé.

- J'entends ce que vous dites comme un sentiment d'impuissance ?

- Oui, d'impuissance ! Tout à fait, d'impuissance.

- Impuissance à pouvoir réconforter, rassurer, déculpabiliser ?

- Oui, tout à fait...Dédramatiser.

- Vous avez dit "je l'ai vécu", ça vous est arrivé de vivre cela personnellement?

- Moi, non. Je l'ai vécu avec ma clientèle. Mais bon ça m'est arrivé plusieurs fois.

- Et ces enfants là vous les connaissiez?

- Très bien, j'ai vu les mamans enceintes. Ce sont des enfants que j'ai suivis, ben, un jusqu'à huit ans et l'autre jusqu'à douze ans.

- Donc dans ces cas là, j'imagine que c'est brutal pour vous aussi ?

- Ah complètement, au bout de douze ans, on a un côté mère de famille entre guillemets...avec les enfants c'est très familial, c'est attachant, ce sont des enfants qu'on a vu régulièrement pour des rhino, des petites maladies, des certificats de sports, donc oui on est attaché à la clientèle, ça c'est sûr.

Le généraliste est quand même le pilier de la médecine familiale. Oui, tout à fait. Donc, il y a un attachement personnel.

Je pense que tout le monde vit la même chose.

- Donc, vous avez aussi à faire le deuil de ces patients là ?

- Un deuil à faire de ces patients... tout à fait. Oui, tout à fait.

- Est-ce que c'est difficile?

- Moi, personnellement ça me demande au moins trois, quatre jours. Ca c'est sûr que les premières nuits je dormais très mal parce que dans les rêves et subconscient je le vois c'est clair, ça m'est arrivé. Bon, au fur et à mesure des jours et des semaines, bon, il y a d'autres soucis et la vie reprend son cour. Mais on y pense de temps en temps on y pense. Tout à fait, ça c'est sûr.. Oui, on a du mal à faire le deuil.

- Ok.

- Oui, je pense que tout le monde raisonne pareil. On a quand même les sentiments qui sont là dans le métier. Si on n'est pas un peu sentimental on est mauvais médecin je pense?

- Je ne suis là qu'en tant qu'interviewer. (sur le ton de la plaisanterie.)

- Moi, je le dis avec mon expérience d'installée depuis des années, je trouve ...tout à fait.

- Vous avez dit que vous pouviez être un peu débordée par les émotions ? Il vous arrive de pleurer avec les patients?

- Non, jamais. J'arrive à lutter contre. Effectivement je pense qu'à la longue, je me suis forgée une carapace entre le patient et moi-même qui fait que je pense que le patient ne voit pas mes sentiments, ça c'est clair. Parce que je pense que c'est très important, déjà la patiente en face est complètement déprimée, démunie et choquée, donc si je me mettais à pleurer avec elle ce serait mal venu. Donc, ça m'est jamais arrivé.

- Ok. silence.

- Je repense à la famille du bébé, ou des adolescents. Est ce que vous leur proposez de les revoir?

- Tout le temps. De toute façon je les revois à la fin de l'arrêt de travail. Je leur propose une aide psychologique avec soit le psychiatre soit le psychologue. Soit seule ou avec le mari, s'il y a d'autres enfants, je leur dis souvent qu'il y a besoin aussi d'un soutien psychologique. Je les laisse libre bien entendu. Souvent soit ils me rappellent soit ils reviennent. Je leur parle aussi des associations d'aide au deuil et s'ils veulent leurs coordonnées téléphoniques je suis prête à leur donner.

- Ok.

- Un peu de la même façon que pour la question précédente, avez-vous déjà eu l'expérience de

consultations difficiles pour vous à gérer, de patients que vous voyez dans les suites d'un deuil mais dans les mois voire les années qui peuvent suivre, une fois que cette phase de choc est passée?

- Oui, parce que souvent les gens ont un état dépressif chronique notamment au moment des fêtes, des anniversaires, des vacances scolaires, du jour où s'est produit le décès, et on les voit de façon cyclique tous les ans à la même période.

Donc quand on le sait, qu'on les prévient et qu'ils en sont conscients, on essaie par un traitement un peu plus fort de passer le creux de la vague et de les faire remonter de façon à ce qu'ils ne plongent pas.

- Donc, vous faites de la prévention.

- De la prévention. Oui, je les préviens je leur dis, Ils en sont conscients.

- Pour en revenir à ma question, est ce que ces consultations présentent des difficultés pour vous?

- Oui ça me pose souci parce qu'il faut que la personne prenne conscience qu'il y aura des moments dans la vie, tous les ans où elle replongera. Un deuil on ne l'oublie jamais, on l'atténue mais on n'oublie jamais. Donc il y aura toujours des moments douloureux pour peu qu'ils revivent avec des amis, un membre de la famille, à peu près du même âge, ils replongent très vite. Ils restent plus fragiles que les autres.

- Qu'est ce que vous trouvez difficile, vous, là dedans?

- De les convaincre. De leur faire accepter, de les convaincre à accepter que leur vie a basculé que ce sera une autre vie mais que ça ne sera jamais celle d'avant.

- Donc les consultations les plus difficiles pour vous ce serait ces patients qui n'acceptent pas ?

- Tout à fait, ah ouais, c'est le plus difficile.

- Ils sont tous comme ça?

- Ah non, non...Ils y en a qui essaient par eux mêmes de s'en tirer. Euh ...j'ai une femme, qui a perdu son enfant de huit ans, qui a essayé d'elle-même, qui n'a pas réussi car manifestement elle s'est mise dans l'alcool. Donc, bien sûr, non avoué quand elle venait me voir jusqu'au moment où, bien sûr, j'ai réussi à prouver, non pas en lui disant face à face, mais par les prises de sang. Donc, elle a reconnu et je lui ai dit qu'il valait mieux qu'elle ait une aide extérieure. Donc maintenant elle le comprend elle est sous antidépresseurs régulièrement et dès que ça ne va pas, elle revient quitte à reprendre un petit arrêt, augmenter les doses d'antidépresseurs...ça va mieux, ça n'est pas parfait mais ça va mieux.

- Donc avec ces patients un peu plus difficiles, les solutions que vous avez trouvé c'est de les orienter ou de mettre un traitement médicamenteux ?

- Alors une aide psychologique, mais pas qu'avec moi et puis bien sûr l'aide médicamenteuse.

- Donc le plus difficile c'est de leur faire accepter les soins.

- Oui, tout à fait. C'est d'éviter le passage à la chronicité. Le risque c'est ça, la chronicité de la dépression.

- Ok.

- Nous l'avons certainement déjà évoqué, Quelle a été la situation la plus éprouvante pour vous dans l'accompagnement de personnes en deuil ?

- La perte d'enfants ou d'adolescents. Enfin de jeunes. Pour moi c'est le plus éprouvant car ça n'est pas dans la logique de la vie. Si c'est une personne âgée, c'est triste mais c'est la logique de la vie. Un cancer c'est triste mais c'est malheureusement dans la logique de l'évolution. Mais une perte brutale accidentelle, c'est révoltant.

- Donc quand ça arrive à vos patients, ça peut vous révolter ?

- Oui, voilà. Et puis ils passent tous par le même stade. Le choc, la révolte et ensuite la soumission : " C'est comme ça, c'est comme ça". Donc la dépression qui s'installe dans la chronicité. Il y a plusieurs stades, ils y passent tous plus ou moins rapidement mais tous ils arrivent à ça. "Pourquoi moi, pourquoi pas l'autre?"

- Devant ces situations qui peuvent être particulièrement éprouvantes, et parfois dans notre exercice se répéter régulièrement, comment faites vous pour gérer cela?

- Comment je gère? En essayant de me raisonner et de me dire que j'ai un métier pas facile. Voilà déjà, que c'est la logique de beaucoup de médecins, ça c'est sûr. Et en prenant du recul quand même vis à vis de mon métier.

- Pouvez vous me préciser comment vous faites pour prendre du recul ?

- Je pense que toutes les formations que j'ai faites, de mes années d'expériences font que je vois les patients, la maladie différemment. C'est à dire que moi je fais mon travail ici, je ferme la porte et c'est terminé. Je fais la part des choses entre mon métier et la vie en dehors.

J'en parle à mes collègues parce qu'on est encore là, on arrive à s'aider, on est là pour discuter, mais bon c'est fini après, il y a le monde du travail et le monde à l'extérieur.

- Vous pouvez ressentir le besoin d'en parler ?

- Ici. Oui j'en parle ici, tout à fait. L'association avec d'autres médecins est quelque chose de très important, à tous niveaux. Oui, pour se déculpabiliser les uns et les autres. Et je ne suis pas la seule, parce qu'on aime tous bien se réunir de temps en temps. C'est déculpabilisant, oui tout à fait, j'en suis convaincue.

- Ok. Vous avez parlé de formations ?

- Alors oui, les formations de deux jours, j'aime bien c'est intensif, et souvent on en retire quelque chose, les fmc, les congrès, les lectures, je lis beaucoup. En lisant l'expérience des uns et des autres, sur différentes revues, les cas cliniques, ça me permet de me dire, je suis pas toute seule.

- Donc encore une fois ça vous permet de vous déculpabiliser ?

- Oui tout à fait. Moi, ça me gênerait de penser que j'ai fait une erreur médicale, d'autant plus que ça arrive à tout le monde, Je pense que j'en ai fait et d'autres en font aussi. Si vraiment je le sais et si je prend conscience de quelque chose que je n'ai pas fait ça me gêne. Ça me gênerait de dire une vérité

trop nette aussi à quelqu'un. Je trouve qu'il faut prendre les gants. Donc je vais avoir les mots, permettre le soutien qu'il faut en prenant le temps...Voilà, et avec les termes qu'il faut, et ça c'est pas évident.

- Vous avez parlé de carapace tout à l'heure pour ne pas laisser transparaître vos émotions?

- Je l'ai développé avec l'expérience. Pour moi c'est quelque chose de sain parce que même si j'ai des relations très familiales entre guillemets avec ma clientèle, ça n'est pas ma famille, on est d'accord ? C'est mon métier. Donc, je pense qu'il est indispensable de faire la différence patient/médecin. Parce que je pense qu'il y a une carapace toujours.

- Qu'est ce qui vous paraît important au regard de votre expérience comme point à ne pas négliger dans le rôle du médecin auprès de personnes en deuil ?

- Ne pas oublier la relation patient/médecin, ça c'est clair. Que c'est très difficile car c'est à la fois une relation professionnelle, de conseil et de soutien. Mais ça n'est pas une relation amicale, donc professionnelle : médicaments, de soutien psychologique, en paroles bien entendu, mais c'est pas le copain qu'on a en face de nous.

- Donc votre côté humain qui pourrait avoir envie de pleurer avec l'autre vous le mettez de côté ?

- Je le mets de côté, complètement. Dans le travail, c'est mal venu car on a plus cette relation...Ils viennent justement pour essayer de trouver une solution à un malheur qui vient de se produire avec quelqu'un qui est très fort et si l'autre en face pleure en même temps que son patient, ça casse tout. Pour moi ça casse tout, il faut toujours qu'il y ait un supérieur, un dominé, un dominant. Pour moi ça ne colle pas.

C'est dur parfois on a la voix qui "uuuh", puis on sent qu'on a des larmes qui viennent, on a envie de se moucher...Alors ça c'est pas évident.

Je pense que les autres médecins ont vécu ce que j'ai vécu. Le médecin lors de votre premier entretien a du vous dire ça ? Enfin, sans doute. Mais c'est pas évident.

Il faut cacher ses sentiments.

- Donc, pour vous, c'est donc l'aspect relationnel qui est important.

- Complètement.

- Professionnel, vous parliez de médicaments tout à l'heure ?

- Oui, tout à fait ,c'est une aide au passage de moments difficiles. Je dis bien au passage.

- Et ce que ça peut être aussi une réponse à votre sentiment d'impuissance?

- Oui, tout à fait. Ah oui.

- Donc lors d'une première consultation, ça peut vous arriver de donner un traitement ?

- Oui, tout à fait mais ça peut être un petit traitement, phytothérapeutique, homéopathique...ça peut être n'importe quoi.

Ca m'aide aussi à me déculpabiliser, oui complètement, j'ai donné quelque chose, c'est même sûr. En me disant, là ça me permet d'attendre, là je vais lui donner quinze jours, ça permet de voir ce que je vais pouvoir lui dire et comment je vais gérer.

C'est un genre de fuite aussi.

- De fuite?

- De fuite, enfin ça me permet de réfléchir pour la suite, parce que parfois je sais plus trop que dire à la fin de la consultation et je vois que la personne est toujours pas bien. Le fait de glisser une ordonnance, permet de dire je vais réfléchir pendant quinze jours, heu c'est bon, on reverra le problème.

- Si vous deviez participer à une fmc sur le deuil quels seraient les points importants pour vous que vous aimeriez voir traités ?

- En gros, la démarche verbale à pouvoir suivre dans le cadre d'un deuil.

- Ce serait: que dire ?

- Voilà, les grands points. Comme on m'a appris que l'annonce d'un diagnostic difficile ne doit jamais se faire la nuit, avant le week end, les grands points qu'il faut pas faire ou qu'il faut faire.

Un genre de tableau comme on peut avoir pour un diabète, hein, c'est tout bête.

- Ce serait pour mieux faire face à ce sentiment d'impuissance?

- Oui, tout à fait. Les grands chapitres pour avancer dans le bon sens et pas à reculons.

- Ce serait donc un apport de connaissances théoriques ?

- Oui, que j'appliquerais après en fonction de mon expérience. Oui, que dire dans le deuil attendu et dans le deuil brutal ? Voilà, un beau tableau.

Et deuxièmement, le deuil chez la personne âgée ou d'âge moyen et le deuil chez l'enfant ou le nourrisson. Deuxième tableau, ça m'aiderait bien.

- Et que pensez-vous du jeu de rôle ?

- La formation que j'ai faite à Angers sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle m'a beaucoup apporté. Alors que je déteste mais déteste les jeux de rôles, là j'ai apprécié. Ca m'a apporté beaucoup.

- Pensez vous que sur un sujet comme cela ce serait intéressant ?

- Tout à fait, complètement. Ca permet de voir les failles dans notre façon de faire. Oui, positif.

Alors que les médecins ils n'aiment pas, à chaque fois qu'on fait des fmc et qu'il y a des jeux de rôles, l'horreur. On a peur de sa propre image devant tout le monde.

Mais comment ils font les hommes politiques ? Ils s'entraînent énormément.

- Donc finalement, on pourrait dire que ce serait aussi un besoin de formation en communication ?

- Cours de communication. Tout à fait.

- Est ce qu'on pourrait dire que ça fait défaut dans la formation médicale?

- Complètement. Ah bien ça, j'en suis sûr. Ouais, ça c'est sûr, sûr, sûr. Le comportement qu'on peut avoir... On voit, il y a des médecins, excuses moi, mais qui sont comme ça devant leur patients. (penche la tête sur son bureau, ramène ses épaules en avant, ne me regarde plus), alors ça se voit qu'ils sont mal dans leur peau. Je ne dis pas que je suis bien mais au moins je regarde les gens en face. Dans les remplaçants, c'est pareil, on en voit...

(rires).

- Non, on est obligé de se dire que oui le jeu de rôles a du bon.

On manque de formation à ce niveau là, on ne sait pas s'exprimer devant les autres. Alors, c'est vrai qu'il y en a qu'un en général en face mais n'empêche que c'est extrêmement important. La personne en face nous juge. Le médecin c'est quand même quelqu'un d'important, si la personne en face a la trouille et que le médecin est entrain de se tortiller, ben ça se passe mal, quoi !

- Donc ce serait un travail de formation sur que dire et sur l'attitude.

- Oui, la communication et l'attitude.

- Et en ce qui concerne les traitements ?

- Je voudrais savoir quel genre de traitement et à qui ? Avoir des tableaux, pouvoir juger que telle personne nécessitera plus un petit traitement en raison de son tableau clinique et l'autre ce sera plus fort dès le départ et sur combien de temps?

- Vous avez évoqué en début d'entretien que ce genre de consultation prenait du temps ?

- Ah oui, énormément de temps. Nous on est dans la logique de tous les médecins généralistes : un quart d'heure par client. Des gens qui viennent comme ça, c'est minimum une demi-heure. Minimum, parce qu'en fait, ils sont tellement mal, qu'ils veulent pas décoller. Nous on voit l'heure passer, on arrive plus à enregistrer, on se dit oh lala, ça va râler dans la salle d'attente, si je pouvais le faire partir. On est mal, on ne peut pas lui dire stop.

- Donc ça fait réellement partie des difficultés.

- Ah, complètement, le manque de temps.

- **Ok. Est ce qu'il y aurait d'autres choses dont vous auriez voulu parler à ce sujet ?**

- Non, mais j'ai jamais eu de formation sur le deuil, c'est vrai que ça n'a jamais été fait.

Ok. Merci.

Troisième Entretien

- Quelle représentation pouvez-vous avoir du deuil ? Que vous évoque ce mot ?

- On a toujours les images que l'on a vécues. C'est une période de souffrance par rapport à une perte, qui peut durer assez longtemps. Cela peut aller de quatre mois à un an je pense jusqu'à ce que la cicatrice se referme, que cette douleur s'amenuise. Le temps amenuisera en fait cette perte. C'est un temps de transition obligatoire qui, s'il n'est pas effectué, s'il est mal effectué peut donner des pathologies importantes. C'est une période de souffrance, effectivement et on peut retrouver des états dépressifs.

Donc voilà, c'est plutôt un état de souffrance lié à une perte.

- **C'est une définition que vous décrivez suite à votre expérience ?**

- Oui, je n'ai pas regardé le Larousse. Voilà alors après le vécu du deuil, chacun...c'est comme tout, c'est avec ce que t'as vécu. Ça n'appartient qu'à soi. Tu n'es pas dans le deuil, je pense quand les gens ont perdu quelqu'un, tu ne partages pas leur souffrance. Tu te la représentes éventuellement. Tu peux imaginer ce que ça peut représenter mais on ne sait pas ce que ça représente. Voilà.

- Ok.

- Et puis, je pense que même si quelqu'un a vécu un deuil, il l'a pas vécu de la même façon qu'une personne va le vivre. Ceci dit la douleur...Il y a une douleur. Je ne pense pas qu'il y ait de deuil sans douleur...Voilà. Un deuil gai ?

Faire le deuil, c'est faire le deuil de la perte. C'est une période de souffrance, je ne vois pas d'autres

définitions pour le deuil.

- Ok.

- Est ce que vous avez eu l'expérience de consultations qui auraient été particulièrement difficile à gérer pour vous auprès de patients qui viennent de perdre quelqu'un, ou juste dans la période qui suit ? Quelles difficultés vous avez rencontrées à ce moment là ?

- Tu restes sur le deuil de la perte d'une personne ? Le deuil ça peut être le deuil de la perte d'une certaine puissance, de la perte de son immortalité, de la perte de...

- On est d'accord que le deuil ça peut concerner beaucoup de situations où il y a une perte, dans le cadre de ma thèse je me suis limité à la perte d'un être cher. Ca peut être aussi un animal.

- C'est ça un être cher. Le deuil de la perte de sa voiture qu'a été bousillée, merde j'ai écrasé ma Porsche...Bon, ça peut être un deuil.

C'est un être cher! (rires)

Alors vas y, c'était quoi la question ?

- La logique de mon travail est de chercher à identifier des difficultés que le médecin peut rencontrer dans l'accompagnement d'endeuillés. Donc ma question c'était : Est ce que t'as eu l'expérience de consultations difficiles de personnes qui viennent de perdre quelqu'un, que tu vois en consultation, et qu'est ce qui est difficile dans ces moments là ?

- C'est pas trop s'immiscer, ce qui est difficile c'est de ne pas projeter, toi, ta représentation du deuil ou de ta souffrance en se disant " lui, il a la même chose". Ce qui est difficile c'est justement ce qui n'est plus là, (...), c'est pas vivre le deuil, c'est de pas remplacer la personne, c'est écouter et puis être passif, la difficulté, moi je pense que initialement quand j'ai commencé, j'étais pas du tout préparé et j'ai essayé de partager cette souffrance. En fait maintenant j'accompagne, c'est un accompagnement et tu es là pour accompagner. Moi, je regarde pas dans la même direction de la personne; Faut bien qu'il vive son deuil c'est sûr mais je suis à coté. Tu prends ton rôle d'accompagnateur et tu écoutes parce qu'en fait c'est la personne qui te guide. C'est lui même qui va se guérir. On n'est pas là

pour...On peut rien faire sauf repérer des moments critiques où la personne pourrait se mettre en danger.

Le travail d'accompagnement la personne le fait, elle le fait, elle vient te voir parce qu'elle a éventuellement besoin d'être accompagnée et tu l'écoutes. Moi je ne vois ça que comme ça. Alors ce qui est difficile effectivement c'est de ne pas s'immiscer parce qu'au début je crois que je le faisais.

- Oui.

- Un peu trop. Et en fait je pense que ça n'apportait rien aux gens.

- Quand vous dites : "s'immiscer", c'est que vous preniez un peu trop...

- Voilà, c'est se projeter trop, c'est essayer de trop comprendre leur souffrance, de trop...Voilà.

- Et vous en récoltiez...

- On s'en récolte plein la figure. Et en plus on n'aide pas les gens. Et puis y en a certains, je pense que je le faisais un petit peu mais beaucoup moins que certains, heu essayer par compassion...bon ça il faut le faire mais faut pas dire...heu, faut pas faire, surtout pas de comparaison avec ce qu'on a vécu. Tu vas épancher toi même tes propres souffrances sur le patient qui a besoin d'accompagnement, alors ça c'est un peu grave.

- Donc, vous...

- Les grandes difficultés c'est le positionnement, c'est le positionnement quand on est avec les gens et puis bien sûr la variété du deuil. Et pour lutter contre cette variété du deuil, c'est le patient qui dit et toi qui écoutes.

Et puis le seul rôle que j'ai c'est éventuellement de repérer les instants limites, le patient qui peut être mélancolique. Alors ce qui est dur, c'est que parfois tu n'as pas repéré ça et effectivement tu te retrouves avec une autre mauvaise nouvelle ! (rires) Alors là c'est un deuil dur pour soi, tu te dis merde, j'ai peut être pas bien fait mon travail. Là ça te remet en cause sur ton travail mais bon on est pas tout puissant on est pas des maîtres, on peut pas tout régler et puis parfois tu peux pas dire que t'y arrives, si t'y arrives pas, tu peux te poser la question pourquoi t'as pas réussi, est-ce t'aurais pu

faire autrement ?

et puis se calmer et s'apaiser l'esprit en te disant que tu peux pas faire grand chose...point.

Mais quand tu sens que t'y arrives pas il faut demander de l'aide et dire que si t'y arrives voilà, à un moment donné si tu sens que ça t'échappes, si je sens que j'y arrives pas, si je sens que ça aboutit pas, si je sens que la personne , si je sens que j'y arrive pas, si je sens que ça aboutit pas, si je sens que la personne s'enfonce un petit peu plus...Heu, faut pas hésiter à demander de l'aide de confrère qui ont un peu plus d'expérience, qui vont travailler différemment, qui vont apporter un bon nombre de solutions. et j'ai pas de solutions moi c'est ça. Le deuil, t'accompagnes et de temps en temps après l'expérience de chacun fait que...

Pourquoi t'y arrives pas ? Alors est ce que c'est lié à la personne, est ce que c'est lié à toi? Si c'est lié à toi, toi l'intérêt c'est que tu peux aussi t'aider et ça aide aussi le patient. Tu n'es pas dans "Heureusement je suis là, je vais...Je vais vous sauver de votre désarroi ". On est pas là pour les sauver de leur désarroi, il a un désarroi tu vas l'accompagner, et si tu sens que la personne échappe que la personne est en danger, il faut la protéger. Pour ça t'as un certain nombre de soins, l'aide des confrères.

Ca peut être un entretien de psychothérapie, ça peut être un psychiatre, une hospitalisation.

- Vous vous êtes constitué un réseau?

- Voilà, effectivement, tout l'intérêt c'est de connaître au moins un psychiatre avec qui tu travailles souvent et puis un psychologue.

Tu leur proposes ça comme une aide, elle te dit non, elle te dit oui...point.

- Donc ça c'est vraiment au début.

- Tu me dis quels sont les moments difficiles ? Les moments difficiles pour moi, c'est déjà de pas tomber dans l'écueil de "c'est moi qu'arrive, c'est zorro", c'est pas tomber dans l'écueil de "je vais m'épancher moi aussi de toute ma souffrance à laquelle ça me renvoie et je vais vous en faire partager un petit peu". Heu, c'est donc la neutralité des liens, je suis bienveillant, je suis à coté de vous et je vous écoute. Je comprends mais je ne partage pas la souffrance. Je comprends la souffrance, je peux la comprendre.

- C'est un ajustement que vous avez trouvé au fil du temps ?

- Et bien de toute façon oui car tu vis quand même sur des échecs. Surtout lorsqu'on sort de la fac, on nous apprend jamais ça...attends!(12min15s)

- Ton travail, c'est une expérience personnelle. C'est une expérience personnalisée aussi! Tu regardes les autres gars, tu te dis: "tiens, il fait différemment que moi, c'est pas mal". Tu seras pas lui mais tu peux te dire: "j'vais essayer d'utiliser la même approche, la même manière d'être". Donc, premier écueil, c'est ça, deuxième écueil, c'est effectivement, si tu veux simplifier, c'est te dire justement, si tu y arrives pas, voilà... Si tu es mal à l'aise, ou si tu ne sens pas le patient, si y a pas de... Sentir ses limites... Pouvoir sentir ses limites...

- Pour toi vraiment, c'est ...

- C'est très clair.

- T'as suivi des formations, tu disais, à ce niveau là ?

- En fait, j'ai eu tellement de formations. Même une formation sur euh, je ne sais pas... MST et adolescence, n'importe quoi euh... Ca peut t'apporter sur... (rire) Une connaissance sur une manière d'être et un état.

- Donc, c'est des formations qui t'ont appris sur...

- Le savoir être, le savoir faire, qu'on n'apprend pas du tout à la faculté de médecine.

- Ok. Donc t'as pas reçu d'informations spécialisées sur...

- Et on en apprend d'autant moins que, en fait, je pense que, la manière de faire n'est pas toujours bonne sur.. des patrons qui sont un peu plus des universitaires et des... Enfin, il y a toujours eu des personnes extraordinaires, j'ai connu quelques patrons qui aidaient à le faire mais... c'est exceptionnel, on peut pas comparer.. Rigueur en rentrant dans une salle, hein euh, avec sa cour. Pour le patient, c'est assez impressionnant.. Professeur B, très courtois, très gentil, très bien positionné vis-à-vis du patient, avec beaucoup de respect pour l'étudiant, le patient tout ça, ça se passait très, très bien. Quand t'as des gens comme ça qui te montrent une manière de faire, une manière d'être, tu,

clairement, tu te dis: "la médecine peut être comme ça!".

Le problème, c'est que la majorité des universitaires n'ont pas cette formation là. Quoique dans la nouvelle génération, y'a quand même eu des... des... enfin j pense il n'y a plus ce côté professeur. Y'a des gens, qui ont quand même une certaine manière de faire qui.. En fait non j'en sais rien, c'est 50/50, y a un petit peu de tout.

- Dans l'ensemble, toi tu trouves que la formation universitaire, sur le plan de la communication, n'est pas exceptionnelle.

- N'est pas exceptionnelle. Mais de toutes façons, faut quand même une expérience, et cette expérience là, tu ne l'auras que par la pratique médicale. C'est très difficile de se projeter, on donne des cours de déontologie à des gens de première année de médecine. Enfin, c'est complètement absurde. Tu sors de la fac, tu n'as aucune expérience de la vie, tu n'as aucune expérience, enfin la majorité n'ont pas encore assez vécu pour avoir vécu des difficultés, avoir été confronté à la maladie et on leur expose des choses théoriques, de réflexion, d'une expérience qu'ils n'ont pas. Faut le faire plutôt en fin de cycle.. Mais bon, laissons aller..

- Donc pour la deuxième question, t'as un petit peu répondu.

- C'était quoi la deuxième question? (rire)

- Les difficultés qu'on pouvait rencontrer. J'te parlais de la phase un peu de choc, où tu peux rencontrer des patients qui viennent juste de perdre quelqu'un.

- Alors, la première consultation. Le patient t'annonce qu'il a perdu un être proche.

Effectivement, là c'est l'écoute. Tu lui dis pas : "je vais vous aider", tu lui dis : "comment je peux faire pour vous aider ? »

Et puis, peut être, si on peut l'aider. Tu es là pour l'aider, pour faire un suivi, pour l'accompagner. Est-ce que je prescris? Je prescris pas, sauf si le patient demande. Quelle est sa demande? Tu n'es là que pour répondre à la demande. Je ne suis là que pour répondre à la demande de mes patients. Point, enfin pour le deuil

- Ok. J'entends que c'est clair pour toi ce genre de situation. Y'a des médecins qui ont pu

exprimer que pour eux, c'était des moments difficiles, qu'ils pouvaient se sentir impuissants, qu'ils ne savaient pas quoi dire..

- L'impuissance... c'est le patient, y a que le patient qui détient la clef. Je ne suis là que pour repérer la dangerosité effectivement du patient plus tard. Mais c'est rare que les gens, lors de la première consultation, veulent se suicider tout de suite, ou veulent mourir. D'accord, ils se sentent tellement... Enfin si tu veux, après la foudre, t'es tétanisé donc tu peux pas.. C'est après que c'est dangereux. Tu donnes des antidépresseurs, pas tout de suite, parce qu'il ne va pas faire son deuil...Un deuil avorté c'est monstrueux. Effectivement, dans un état dépressif, dans le deuxième mois tu peux te dire peut être, tu pourras éventuellement, parce qu'il y a des gens qui sont très très médicamenteux, si tu penses qu'effectivement, il est vraiment pas bien, si tu penses que ça peut l'aider. Mais bon, je pense qu'il ne faut pas donner d'antidépresseurs avant deux mois, deux mois de deuil. Parce que je pense que, enfin d'après ce que disaient certains, il faut qu'il y ait une période naturelle de souffrance pour que peut être des schémas cérébraux se mettent en place pour équilibrer l'être. Et qu'il peut y avoir un état de souffrance. Et si cet état de souffrance ne se fait pas, effectivement, des gens qui sont sous antidépresseur dès le départ font une dépression larvée chronique plus tard.

- Tu penses que les mettre sous antidépresseurs dès le début c'est...

- Oui, je pense, je l'ai lu.

- C'est des choses que t'as pu lire.

- Oui quand même euh.. Bon. Enfin ça a peut-être évolué, mais bon, pour lire dans le quotidien ou des conneries. En diagonale, j'ai pas vu qu'il y avait des nouveautés, enfin si tu veux, une nouvelle prise en charge.

- Ok. Donc dans ce qui suit la phase initiale du deuil, enfin finalement, ce que j'ai entendu, c'est que, pour toi, vraiment peut-être le plus difficile, c'est de repérer le bon moment où, finalement, il aurait peut-être besoin..

- Si tu sens qu'il y a de la morosité, si tu sens que c'est vraiment un mélancolique, un grand dépressif, s'il a envie de mourir, s'il a des idées noires, "la vie ne vaut pas le coût d'être vécue". Pire, il a fait une tentative de suicide, tu vois euh.. Faut faire quelque chose là. point.

Tu dois faire quelque chose, c'est ta décision. C'est toi qui fixe, en fonction de ton vécu, de ton appréciation. Si tu veux t'aider de l'échelle d'Hamilton, tu peux t'aider de cette échelle, mais bon. Mais tu poses que deux, trois questions, comme ça.

- Ok. Bon, finalement, tu donnes l'impression que c'est simple pour toi euh..

- C'est pas simple, c'est compliqué euh... Ca a l'air d'être simple, comme ça mais c'est compliqué, c'est toujours très compliqué.

- Mais toi, enfin peut être au début, tu as eu des difficultés mais maintenant, c'est plus simple.

- Ah oui. Puis bon, c'est beaucoup plus facile quand tu connais les gens. Ce qui est dur, c'est d'accompagner aussi des gens qui vont mourir. Ca c'est dur aussi à gérer.

- D'accompagner la personne qui va mourir ou l'entourage?

- La personne qui va mourir et l'entourage. Bah les deux. J'ai déjà travaillé ...

- A la limite, ça c'est plus dur pour toi que l'après quoi.

- C'est pas plus dur. Parce qu'en fait, ça marche par paliers. Au début, tu donnes un petit peu, puis après, tu augmentes un petit peu, comme l'évolution de la pathologie. En fait, les gens se préparent eux-même. Mais, en fait, faut les préparer en disant, effectivement, en disant "c'est peut être moins bon, y'a des soucis", tout ça. Parce que, si tu leur dis "tout va bien", enfin le mec euh.. Il te répond "il est mort, et vous me disiez que tout allait bien !". Ca peut poser problème. Donc effectivement, point. Mais tu vas pas lui faire "c'est fichu, bon au revoir". Tu sais que ça va se terminer comme ça, mais bon...tu peux pas Par contre, il faut les amener, à effectivement... plus tard, pour le patient, se battre.

- Une prise de conscience progressive.

- Une conscience ouais... On rentre dans un terrain où effectivement il va falloir accepter le fait que l'on va mourir. Et puis les gens, peut-être qu'ils vont perdre leur être cher. Ca se prépare. Parfois y'a des miracles, mais j'en ai pas vu beaucoup! (rire). Sauf pour Armstrong qui a été sauvé de son cancer

des testicules dont on mourait avant, mais heureusement, la médecine a supprimé définitivement ce type de pathologie, enfin quasiment. Voilà!

- **Ok.**

- Bah c'était hyper simple. C'est bien. C'est pas facile de faire une thèse là dessus.

- **Et ouais! (rire)**

- Parce que c'est pas si compliqué que ça, en fait, les réponses. C'est des réponses toutes bêtes!

- **Bon, la troisième question, finalement, qui regroupe un petit peu les autres. Si ça n'a pas été évoqué, quelle aurait été la situation que tu aurais vécue comme étant la plus éprouvante si tu veux, en accompagnant les personnes en deuil, et quoi d'éprouvant là dedans ? Mais bon, j'ai entendu que toi, ça allait. Donc ça a déjà été évoqué.**

- Oui. La situation la plus éprouvante? C'est celle qu'on est en train de vivre!(rire)

- **T'as des souvenirs d'accompagnement de patient?**

- Oui, c'est toujours par rapport à son propre vécu... Ouais, enfin, voilà, voilà ... Non, enfin oui, enfin... Je pense que ça m'affecte beaucoup moins que ça m'affectait.

- **Mais mêmes des situations qui ont pu être éprouvantes... C'est intéressant pour l'expérience.**

- A part ses propres deuils à soi. Non.

- **Donc, ce qui aurait été éprouvant, c'est ce qui aurait pu te renvoyer à tes propres deuils.**

- Voilà, c'est ça, à mes propres deuils, ouais. Mais c'est tout.

- **Ca aurait été des périodes où toi, tu aurais été en deuil, justement?**

- Ah oui, je ne supportais pas ça. C'était; C'est ça, la souffrance. Et puis, c'est pour ça qu'au début...

Le danger, c'est pas de...

- **Ouais, donc c'est toi, à une certaine période de ta vie.**

- Tu te dis: "qu'est-ce que je fais, c'est n'importe quoi!".

- **D'accord.**

- Et, c'est pour ça que c'est difficile. Parce qu'en fait, dans ta tête, ça revient à chaque période, tu... Quand quelqu'un va te dire ça, tu... T'as beau mettre des barrières toi même tes propres défenses, c'est... Ca te fait toujours de la peine, mais bon, il faut.. T'arrives, maintenant, enfin j'arrive plus facilement à faire que, bon, ça ne m'affecte plus.

- **Une frontière.**

- Ca c'est clair. J'ai structuré mon cerveau comme ça. (rire)

- **A l'époque, tu faisais comment? Pour gérer?**

- J'prenais des antidépresseurs, des anxiolytiques_(rire)

- **T'étais alcoolique (rire).**

- Nan nan. Ouais, mais bon.

- **Dans ces cas là, les patients, tu les voyais quand même?**

- Ah oui, oui! Tu les voyais.

- **Après c'est ... Tu faisais comme tu pouvais! (rire)**

- Voilà! (rire) Tu les voyais quand même, non, et puis tu sais pas pourquoi ils viennent te voir (rire). "Je suis content, le docteur est plus mal à l'aise que moi!! Ca me fait du bien!!"(rire) Y'en a un qui va voir l'autre pour se dire: "Putain, j'suis moins malade que l'autre!!" (rire). "Ca fait du bien!". Tu sais

pas pourquoi les gens viennent te voir, donc euh. Tu dis que ton confrère est bien meilleur que toi. Mais nan, ils continuent de venir te voir! (rire) Et tu leur dis que t'as un confrère qui est beaucoup plus nul que toi, et ils veulent le voir!! (rire) Mais bon, tu sais pas pourquoi.

- **Ok, bon, tu vois, la suite de la question, c'était: dans ces situations éprouvantes émotionnellement, comment tu gères ça? Du coup, à l'époque, comment tu gères ça?**

- Je gères rien du tout, et après on croit gérer, alors est-ce qu'on gère réellement? J'en sais rien! Mais.

- **Quelles solutions tu as trouvées, entre guillemets?**

- Quelle solution? Pour le patient euh.

- **Nan mais pour toi!**

- Pour moi? Quand la consultation est finie, c'est fini quoi.

- **D'accord. Donc t'as réussi à mettre des frontières.**

- Ouais.

- **Des frontières ou des barrières?**

- Ca dépend. Une frontière, c'est invisible. Si t'as la douane, c'est marqué douane, c'est visible quoi. Ca dépend quoi. (rire)

- Une frontière? Ca dépend, y'a des frontières qui sont des lignes si tu veux, tu peux.. des petits pointillés sur un cas, tu peux la franchir! (rire) Après si tu dis une barrière, c'est une barrière physique si tu veux.. Tu peux la franchir aussi, mais c'est physique. La frontière, elle peut être physique aussi, donc c'est la même chose.

En clair est ce que c'est très limité, très protecteur..

- **Voilà, est-ce que c'est une protection?**

- Effectivement, c'est une frontière. Tu as délimité, effectivement, ton champ d'action, tes limites, ton investissement. Si tu veux tu délimites, effectivement. Tu peux délimiter, sous forme de frontière. C'est comme une barrière! On tourne en rond là! (rire) A ce moment là, ta question euh. (rire) Tu peux redélimiter un terrain, et redéfinir un petit peu. T'as fixé comme ça et tu peux évoluer. C'est tout.

- **Ok.**

- Tu délimites tes limites. Mais. Ce n'est pas quelque chose de fermé. C'est des petites barrières que tu peux soulever de terre, plutôt qu'un mur bien en béton qu'il va falloir euh. C'est plus chiant. (rire) Faut que ce soit rigide, mais pas trop. Voilà. Avec une possibilité d'évolution.

- **Ok. Donc finalement, toi c'est ça ta façon de gérer?**

- C'est apprendre comment. C'est apprendre à gérer ses émotions. C'est apprendre à partager ses émotions. C'est apprendre aussi à. Si tes limites sont pas faites, tu passes la main, enfin tu t'aides, enfin tu, voilà, "non, je peux pas..".

- **Ok. Ca t'arrive plus de rentrer le soir chez toi, et d'avoir envie de parler de ce que t'as fait dans la journée?**

- Non. T'es fou non?! Quand je suis chez moi, je suis chez moi. Je m'occupe. Je lis enfin voilà. Je ne suis plus.

- **Ca a pu t'arriver ou pas?**

- De?

- **Bah, je sais pas, de. Tu disais, de partager aussi.**

- Non, tu gardes tout.. En plus, si tu dois écouter ta femme parler de sa journée de travail euh.. Déjà, ce serait difficile! Surtout quand ta femme travaille en psychiatrie!! (rire) Donc c'est épouvantable quoi! (rire)

- Il te reste le chien ou. (rire)

- Ouais avec le chien! (rire) Tu poses vraiment la question euh.. Tu ouvres la porte, le chien rentre, il remue la queue. Il a fait sa petite pissouille, il vient te faire une petite léchouille. Après, t'as le chien qui arrive avec sa balle! Ca veut dire "lance moi la balle!". Tu lui lances deux trois fois la balle, et il est content! (rire) Des plaisirs simples. Ca fait plaisir au chien en plus! Le chien a pensé à ça toute la journée, en se disant: "Quand est-ce qu'il va rentrer, que je puisse aller pisser et qu'il me lance la balle!".

- Donc revenir à des choses simples?

- Voilà. Des trucs reposants!

- Se changer les idées.

- Un petit peu de repos, des petits moments de détente et puis voilà. Et après. il faut! J'ai plus de souffrance, j'ai plus de. Non mais c'est vrai, je m'aperçois que ces petits moments.

- T'as trouvé des ajustements.

- Voilà, après c'est le temps. Parfois tu prends trente minutes de retard, t'as un patient toutes les vingt minutes, et puis de temps en temps je prends une pause de dix minutes pour prendre un café.. Je suis plus pressé. Alors qu'à la campagne, je pouvais plus faire ça.

- A la campagne vous n'aviez pas le temps?

- Bah le problème c'est que. Oui, au début, j'avais le temps. Mais y'en a un qui est parti. Bah c'est pas grave, c'est pas deux trois patients de plus qui vont te tuer.. Par jour. D'accord. Bon tu travailles plus. Après, t'en as un autre qui est parti! Alors là ça te fait trois autres de plus à bosser le soir; et puis. (rire) Y'en a plein qui sont partis. Mais y'a campagne et campagne, hein.

- Et pour en revenir à ces consultations, ici, en général tu peux prendre un peu de temps?

- Ah oui(me montre son agenda)

Bon hier, à 8H40, moi je dormais! A 14H20, j'ai pris un patient, et puis de temps en temps t'as la pause café. Donc à 14H40, si t'as besoin, tu prends le temps.

- Donc si t'as un patient qui a besoin de parler...

- Bah t'as le temps. Et puis, t'as terminé il est 19H30, 19H40, ça va quoi. C'est pas catastrophique, hein..

- Ca fait partie des choses qui t'ont motivé pour venir en ville?

- Bah oui, et puis avant, je faisais aussi vingt minutes mais je ne prenais pas de pause. Parce que je n'arrivais pas à faire de pause. Mais je terminais vachement tard. Je terminai à 22H. Y'en a qui réussissent à faire en 1/4 d'heure, qui vont très très vite, mais bon. Voilà.

- Ok. J'ai encore deux questions.

- Deux questions? Donc voilà, ça dépend, Quand j'ai envie de faire une pause, c'est moi qui gère.

- Ouais, ouais.

- De temps en temps, c'est à moi de gérer quoi. De temps en temps, je fais une pause tous les cinq.. Là y'en avait un de plus, donc elle l'a mis entre deux, tu vois. 15H, tu vois là je fais une pause, bah là tu vois trois, quatre, cinq, bah là c'était le sixième patient, c'est pas. De temps en temps, c'est variable quoi.

- Bon, c'est pareil, celle là, je pense que t'as déjà répondu, c'est au delà de ton expérience, comment vois-tu ton rôle de professionnel auprès des endeuillés, je pense que tu l'as déjà dit, hein?

- Faut bien se positionner.

- Et puis, pour finir...

- Et puis faut accepter que tu ne peux que te positionner à côté du patient. Faut que ça soit clair.

- Ok. Pour finir. Est-ce que, si tu devais participer à une fmc sur le deuil, il y aurait des choses que tu voudrais voir traiter en particulier, des attentes ou des questions que tu peux te poser?

- En fait, je ne me pose jamais la question. Quand je vais à une fmc, même parfois des sujets qui ne m'intéressent pas, j'y vais quand même. Parce que t'as toujours des mecs extraordinaires, qui arrivent à te, à t'émerveiller sur des questions que tu te serais jamais posées.

- On est d'accord. (rire)

- Non, mais c'est ça qui est extraordinaire! Donc si t'y vas pour y attendre des questions, tu vas être obligatoirement déçu! Y'a des mecs qui viennent: "Ah! C'était nul". Parce que, voilà, ils avaient leurs questions type etc.. et ça a pas été traité. J'y vais parce que ça m'intéresse de savoir comment le gars va gérer les questions et euh.. point.

Alors de temps en temps, effectivement, t'as peut-être une question, une difficulté, mais si tu l'as, cette question là, généralement, moi j'aime pas qu'elle soit sans réponse donc je ne vais pas attendre les fmc pour qu'elle m'apporte la réponse! Je vais chercher dans les bouquins. Donc j'ai rarement des questions, c'est ça le problème! Donc là je vais aller à une fmc sur les actes de kinésithérapie tu vois. Tu ne sais pas comment il va le traiter, le truc. C'est vachement chiant, tu te dis, tu vois. Mais on n'y connaît rien! (rire) Mais quand ça t'intéresse pas, t'y connais rien! J'ai vu un truc où effectivement, j'y connais rien.

- D'accord, ok.

- Point.

- Donc, ça ne t'intéresse pas. Une formation sur le deuil, ça ne t'intéresse pas particulièrement?

- Si! Si, parce que ça fait partie de la pratique quotidienne. Que tu crois savoir, et que tu ne sais pas. Parce qu'il y a des trucs, en médecine, où on ne connaît rien.. On a l'impression de connaître des tas de trucs, mais t'y connais rien!

- Le but second de mon travail est de recueillir les attentes envers une fmc, si tu allais à une

fmc sur ce sujet, tu n'aurais pas envie de voir certains points approfondis ?

- Non mais y'a des mecs extraordinaires.. T'apprends plein de trucs. Moi j'ai été l'autre jour, avec un pneumologue extraordinaire. Il se chargeait de tout.. exceptionnel. T'as des gens extraordinaires. Merde! Le mec, enfin j'étais impressionné! J'y vais pour m'inspirer de pratiques, de confrontation.... point. Et j'aime bien qu'on me renvoie un regard sur ce que je fais.

- Un jeu de rôle, pour ça non?

- Ouais, c'est bien. Ca t'apprend des choses, sur ta façon de faire, tu dis je fais comme ça, quelle horreur! (rire)

- Ok.

- Et puis, les filles, en médecine, je trouve qu'elles ont apporté une approche aussi du patient, complètement différente. Quand tu vois euh.. les conversations, enfin pas toutes les filles hein! Mais y'en a beaucoup je trouve, qui ont une approche très délicate, bien codée. Ouais, ouais. Une différence. Elles ont fait beaucoup de bien sur la nouvelle approche dont il faut peut-être pratiquer la médecine. Je pense. Et puis, le fait "qu'on n'est pas crevé la semaine", "on n'est pas là pour se faire que du pognon", des tas de choses intéressantes. Ca crée un déficit dans la population médicale mais parce qu'en fait, effectivement, elles ont un mode d'exercice différent. Ah, par contre, faut pas s'associer avec une fille parce que sinon, tu fais plus de gynéco, plus de pédiatrie, c'est fini, alors là.. Tout ce qui est à peu près sympa. (rire)

- Ok, et bien merci.

Quatrième entretien

- Une question un peu générale: sans trop réfléchir, comme ça, quelle représentation tu peux te faire du deuil? Si je te dis le mot "deuil", qu'est-ce qui te vient ? De ton expérience, de tes connaissances?

- Il y a tellement de deuils différents. Il y a le deuil "prévu", le deuil "accident", le deuil d'un enfant, le deuil d'un grand-père, c'est jamais le même deuil. Donc c'est difficile d'en parler d'une façon générale. Il y a des deuils qui sont des souffrances extrêmes, il y a des deuils qui sont toujours douloureux, enfin le point de départ c'est quand même la perte, et donc la souffrance. Après, en fonction de la situation, il y a pas une réponse.. En dehors du point commun qui est la souffrance, la douleur, c'est après... chaque situation est différente.

- Finalement, c'est une situation où quelque chose de douloureux mais qui dépend du contexte?

- C'est comme pour nous. ça dépend de la brutalité, de la façon dont on est proche de ce deuil là, ou pas, dans le deuil qu'on a vécu. Parce que de toutes façons, ça relie toujours au deuil qu'on a vécu aussi, par rapport à notre propre ressenti. Et puis au deuil qui... En parlant de la souffrance de l'autre, selon... Ca prend des formes tellement différentes, c'est vrai qu'on finit par.. Je vois des deuils, comme ça, dans ma tête, enfin des situations... C'est tellement, tellement, différent.

- Donc là, c'est ton expérience qui parle. C'est toutes les situations que tu as pu rencontrer.

- Oui, bien sûr, oui. Entre la mort subite d'un nouveau né, entre la mort d'un enfant brutalement par accident, entre la mort d'un proche qui s'éteint doucement, bon c'est... On peut pas vraiment comparer quoi. C'est pas au même niveau que ça se passe quoi.

- C'est quoi les différences?

- La brutalité! La violence! La surprise! De coupure! D'anéantissement! De perte de points de repères! C'est tout ça en même temps.

- Ca c'est quand c'est brutal, ou quand c'est préparé ?

- Ca force à dire préparé. Quand c'est préparé avec des mots qui correspondent à la façon d'être, il y a des mots qui se prolongent, et qui sont pas violents. Quand c'est préparé dans le déni, dans l'illusion, dans l'absence de liens, c'est beaucoup plus dur. Parce que c'est des sentiments un peu contradictoires, confus, difficiles, qui peuvent arriver sur un deuil difficile en fait, hein. Parfois impossible. Parce qu'il n'y a pas eu une résolution avant, de cette situation, et c'est irrémédiable après! On peut plus. Si c'est pas résolu avant, c'est très difficile de ne pas avoir le sentiment de culpabilité qui fait que c'est mal vécu quoi.

- Ces notions de deuil 'impossible, de deuil difficile, ce sont des constatations, ou c'est des notions que vous avez pu lire ou apprendre?

- Les deux, parce qu'on voit bien des gens qui vivent avec des deuils "impossibles", mais qui ont 80, 85 ans. C'est à dire avec des deuils qui remontent à leur petite enfance, et qui sont toujours dans cette impossibilité d'aller au delà. Moi j'ai plusieurs cas comme ça qui sont "tendres" quoi, faut pas dire.. Sensibles, qui vivent ensemble.. Ca me rappelle trois femmes qui ont maintenant 90 ans, elles vivent ensemble. Elles ont eu un commerce ensemble, elles ont vécu et vivent encore ensemble, et... C'est des enfants de la guerre de 14, elles ont perdu leur père dans leur toute petite enfance, et elles sont toujours dans le deuil! Mais quand on en parle, c'est extraordinaire! Elles sont toujours dans cette histoire là, elles n'ont pas pu reconstruire autrement qu'en restant "agglutinées" avec cette douleur là 80 ans après, maintenant! Il y en a une qui a 93 ans, l'autre 90 et l'autre 88, mais la réalité présente de leurs vies affectives qui a fait qu'elles sont comme ça. Et ce qui est encore présent, c'est le deuil de leur père quand elles étaient petites qui est impossible. Et... Là on voit des événements historiques qui sont terribles, il y en a deux qui sont complètement vivantes, présentes, dans un affectif. Beaucoup de gens qui restent sur eux mêmes, il y en a plusieurs! Des gars qui ne se marient pas, qui restent tout seul avec leur mère etc.. Il y a deux événements marquants qui sont encore complètement là, c'est: la guerre 14-18, et la guerre d'Algérie. Parce que c'était des deuils impossibles! D'abord parce que ça n'a pas été parlé. Il y a pas longtemps que, au niveau de la guerre d'Algérie, qu'on en parle. Mais, avant leur père qui sont revenus d'Algérie n'ont pas pu parler à leurs fils. Ils n'ont pas pu parler parce que, comme ceux qui ont fait la guerre de 14, ils n'ont pas pu parler à leur fils, en particulier, pour transmettre quelque chose de vivant. Ils n'ont pas pu leur transmettre quelque chose parce que, parce que ce qu'ils avaient à transmettre était intransmissible! On ne pouvait pas transmettre l'horreur, la torture, d'autres qui avaient vécu, et à laquelle ils avaient participé, tous. Et, quand ils sont morts, ces gens là, ça a été impossible d'aller dans le sens d'une résolution, d'un apaisement. Parce qu'il n'y avait pas eu de mots, parce que derrière ça, il y avait une

impossibilité. Et on le rencontre encore maintenant. Et, si c'est pas là, c'est après les enfants qui témoignent de cette difficulté là, après, d'une façon ou d'une autre.

- Ok. On a commencé à répondre aux questions suivantes. Est-ce que tu as déjà eu une expérience, de consultation, de patients qui viennent de perdre quelqu'un dans les premières semaines? Ils peuvent être encore sous le choc...Est ce que tu aurais vécu des consultations de ce type qui auraient été difficiles, pour toi? Et qu'est-ce qui a été difficile là dedans?

- J'ai un cas, mais qui est représentatif de cette idée là. C'est une femme, qui était dans un groupe d'amis, en plus de ma connaissance. Enfin je connaissais surtout son mari, mais elle aussi. Donc je connaissais un peu les enfants, et qui a perdu sa fille de 17 ans par un assassin, suite à un assassinat. C'est un gars, complètement "pété" au volant, qui l'a pulvérisé alors qu'elle était à vélo, en voiture, elle a été projeté à vingt mètres. Là, l'horreur, déjà, par derrière, en plus, la gamine qui était sur le bord de la route. Donc l'extrême brutalité, en plus, ce sentiment d'injustice, naturellement, toujours, quand c'est lié à un gars qui était... pas comme un accident banal quoi. Ça fait plus assassinat. Il a pris la route, comme ça... Et, elle est venue me voir après, je la suivais déjà avant, et sans pouvoir exprimer quoi que ce soit, enfin, elle n'exprimait rien. Elle n'exprimait rien d'autre que d'être là. Avec son mutisme, sa souffrance. Et puis... en silence. Alors comment l'aider? Comment est-ce que, je la tutoyais, comment est-ce que tu veux que je t'aide? En instaurant un dialogue: mutisme. Donc, deux ou trois fois, je lui ai demandé si elle voulait... pensait avoir besoin d'une aide extérieure, pour l'aider à exprimer toutes ses difficultés, un traitement, ou autre. Et alors quand je lui ai parlé d'une aide de type psychologique, parce qu'en plus, comme je la connaissais, du coup ça compliquait un peu les choses, elle m'a envoyé sur les roses, si on peut dire. Le fait de parler de psychologie, c'était, pour elle, c'est comme si c'était elle qui était pas normale, alors que c'est normal qu'elle soit comme ça. Mais elle le renvoyait, parce qu'en fait, elle me l'a dit concrètement, elle m'a dit: si c'était arrivé à ta fille ? Si elle s'était suicidée ou autre ? Parce que j'ai une fille qui a à peu près le même âge, elle renvoyait ça. C'est à dire qu'elle était dans.. elle a pas dépassé le stade de la colère, de la revendication, de l'injustice, et elle amenait, sa douleur comme ça, comme une sorte de violence vengeresse, presque... Je l'ai pas revue après, elle a fumé comme tout... Elle est morte d'un cancer très peu de temps après, d'ailleurs, mais bon. Un an après, elle est morte d'un cancer, foudroyant. C'était très difficile parce que je sentais qu'il n'y avait rien qui était possible. C'était aussi... en lien probablement avec le fait que je la connaissais sans la connaître, elle avait une personnalité... enfin j'accrochais pas trop.. Et puis, elle amenait, sa souffrance comme ça, sans moyen de... Elle voulait surtout le dire, ne plus avoir cette souffrance. Elle l'amenait, elle la présentait... Sans possibilité..

d'un travail, d'une progression, c'était.. Je respectais, c'était pas vieux non plus. Ca ne se résout pas comme ça d'un seul coup, c'est normal.

- Tu l'avais vue longtemps après?

- Non, peut-être 3 mois. Donc en période, entre guillemets, active de deuil.

- Elle n'était pas venue te voir avant?

- Si, elle était venue me voir avant, pour des problèmes de santé normaux quoi.

- Depuis la perte que...

- Ah non, non, avant!

- Entre la perte de sa fille et le moment où elle est venue, il s'est passé trois mois ?

- Voilà. Entre... Non, non. C'est à dire, pendant cette période de perte, je l'ai vu plusieurs fois, dans l'espace de trois mois. Et où, à chaque fois, elle venait, elle s'asseyait... Bon. Je savais pas trop, et puis en plus, peut-être que j'étais, aussi, mal à l'aise par rapport au fait qu'elle ait perdu, effectivement, une fille un peu comme moi j'avais une fille quoi. Et puis elle amenait avec ça quoi: bon bah, moi j'ai perdu une fille, toi tu vas perdre la tienne!(rire). Enfin, c'est comme ça que je le ressentais. C'était pas possible de la prendre en charge quoi. Mais elle n'a pas été prise en charge par quelqu'un d'autre après moi. Ca a été impossible.

- Donc ce qui était difficile, pour toi, c'était de pas savoir comment faire avec elle, de pas avoir de porte?

- Ouais. Un mur.

- C'était un sentiment d'impuissance?

- Bah de ne pas savoir comment l'aider, et puis de ressentir cette forme de violence.

- Toi tu ressentais de la violence alors?

- Ah bah c'était de la violence. La preuve, quand elle m'a demandé après: si ça t'arrivait à toi, bon, est-ce que ce serait pas normal de pas aller bien? Mais bien sûr! Mais le problème c'est qu'elle venait, quand même, me voir, elle ne demandait rien, ne demandait pas de médicaments, rien, et elle était là, avec son mal-être, sa difficulté, comme ça.

- Qu'est-ce que tu aurais aimé faire pour elle?

- Qu'il y ait une demande pour laquelle je puisse l'aider, pas forcément en lui donnant des médicaments, en l'écouter dans ses difficultés, en étant dans la compassion avec elle, en étant.. Elle ne voulait pas de compassion, en étant aidant comme peut l'être quelqu'un qui reconnaît la douleur de l'autre et qui peut l'aider à acheminer vers, progressivement, vers autre chose. Je pense que c'est la place qu'on peut avoir.. et qui est une place "normale", la place de l'autre qui lui n'est pas envahi par la douleur, qui peut entendre la douleur de l'autre, et le laisser cheminer, progressivement, vers euh.. pas vers l'oubli mais vers l'investissement dans d'autres choses que cette mort quoi.

- Et ce genre de difficultés, ça peut revenir souvent dans ce type de moments?

- Ca peut, j'imagine que ça peut. C'est peut-être, probablement, lié à la difficulté avec des gens qu'on connaît ou, un peu où il y a une relation amicale, où il y a une ambiguïté, donc la question, elle est entre l'ami, le médecin, elle est pas claire quoi. Probablement, j'aurai dû lui proposer dès le départ d'aller voir quelqu'un d'autre, mais pas forcément un psychologue, mais peut-être un collègue, autre. Mais, c'était comme ça. Mais c'est parfois difficile, toujours, mais comme toute forme de souffrance, quand il y a pas de mots, c'est toujours difficile, de toutes façons. Et quand on sait pas jusqu'où elle va.. Ou à quoi on peut la rattacher. Mais c'est justement, peut-être là, un des rôles, entre guillemets, passif actif du médecin, qui peut être là à côté pour relier des fils. En gros comme un psychothérapeute, mais qui n'a pas besoin de s'identifier comme psychothérapeute.

- Tu penses qu'on peut être amené à avoir une place de psychothérapeute dans ces moments là ?

- Bien sûr ! On l'est, on l'est toujours ! (rire).

- Même question, mais chez des gens qui ont vécu un deuil mais que tu vois plus tard, dans les mois, dans les années qui suivent, est-ce que tu peux, t'as pu rencontrer des difficultés dans ces consultations?

- Bien sûr ! La difficulté, d'une part, malgré tout, c'est nous, de vouloir aller trop vite, en tant que personnage extérieur pour le deuil, et du coup, de le balayer un petit peu. En se disant: "bon, dans sa tête, ça fait 6 mois maintenant, bon, on peut passer à autre chose !". C'est vrai, d'une certaine façon, mais c'est pas toujours facile de préciser, diagnostiquer, d'une certaine façon, un deuil normal d'un deuil compliqué, d'un deuil pathologique voir. Ou d'un évitement, enfin un évitement c'est plus facile, mais.. Parce que, on est dans une société où il faut répondre très vite à tout, il faut que tout se fasse très vite, ça doit revenir souvent dans ce genre de questionnaire, et c'est forcément à la base du questionnement sur le deuil. C'est le temps. Le temps actuellement, aussi bien le temps de la consultation que le temps du deuil, le rituel même du temps du deuil. Y'a pas si longtemps, les gens étaient en noir pendant un certain temps quand même, ou avaient un petit quelque chose de noir sur eux. Maintenant, c'est plus marqué. On oublie, on oublie, et puis, "ah oui", tac, un petit rappel, c'est vrai que "y'a pas si longtemps". Et puis là où il faut vraiment être sensible et là où je pense que c'est important d'avoir une forme de compassion, c'est dans les anniversaires après, surtout le premier anniversaire qui, là encore, réactive d'une façon très, très forte... Et puis les autres anniversaires, je pense que d'avoir cette attention là c'est important, et entre guillemets payant dans la richesse relationnelle, même si y'a pas grand chose qui est dit. Mais bon, cette complicité de l'anniversaire est toujours émouvante pour tout le monde quoi. Après, le temps de la reprise du travail rapidement. Et puis y'a deux temps de travail dans le deuil: il y a le temps d'action : après. Il y a plein de choses à faire, où il y a des papiers à remplir, des certificats etc... Où il n'y a pas le temps de se poser quoi. C'est vraiment un temps actif quoi, ou il y a eu pleins de témoignages aussi, où il y a la fatigue, où il y a l'angoisse, il y a des choses physiques, de manifestations à traiter, etc.. qui est, finalement, une phase importante parce qu'elle pousse à la vie: "C'est pas possible, je m'en sors pas, il a fallu que j'aille voir encore tel organisme et puis ils me redemandent encore un papier, vous vous rendez compte ? Et puis alors financièrement, y'avait pas eu ça qui a été fait et tout..". Bon. Actif et ils récriminent, parce que contre l'administration, contre un tel, et puis dans l'émotion du collectif, par rapport à "j'ai reçu tellement de témoignages de tellement de personnes, et vous savez, madame un tel, elle m'a écrit, ça faisait longtemps que je l'avais pas vue!". Enfin y'a plein de choses très riches et très émotionnellement fortes et très vivantes en fait, et dont on peut parler, du coup... Et puis après, il y a la période de creux, où là, bon, le blues. Après ce qu'il y a eu, y'a plus rien, plus rien que l'absence, y'a plus rien que le vide, que la profonde tristesse du vide. Et là, quand elle peut

s'exprimer, quand elle peut après être reliée à des souvenirs, quand on connaît la personne ensemble, qu'on puisse mettre des souvenirs, c'est bien quoi. Parce que, finalement, y'a pas tellement d'endroits où les gens peuvent se laisser aller à ça, quelque temps après. Souvent y'a une manifestation organique qui rend compte de cette souffrance là, et qui justifie pleinement, entre guillemets, le besoin de contacter un médecin, mais quand il y en a pas besoin, c'est encore mieux. enfin, "c'est encore mieux", enfin c'est pas forcément le rôle du médecin d'ailleurs, c'est le rôle de l'accompagnateur qui... mais le médecin est là aussi dans la validité de ce qui a pu se passer aussi au niveau de... en reprenant.. Parce que c'est souvent une maladie.. en reprenant les éléments de sa maladie, en reprenant l'histoire, en se la réintégrant autrement, en parlant naturellement des regrets "ah, si j'avais vu ceci, là avant.. C'est tout le travail du médecin de décortiquer le fait que... je sais pas quel fait d'ailleurs, mais que c'est pas leur responsabilité tout simplement...

- Du médecin?

- Ah non, non, de la personne!

- Ah oui, oui ! Parce que des fois il y a des médecins qui ne veulent plus suivre le patient.

- Ca, c'est plus compliqué. Ca c'est plus compliqué. Quand on a suivi le patient pendant longtemps, forcément il y a un rejet, une rupture, une mise à l'écart. On peut pas être dans le même deuil avec la personne par définition. Parce que, on a failli, puisqu'il est mort, on s'en occupait, et il est mort ! On a failli, d'une certaine façon. Donc on est pas dans la même situation où l'on peut accompagner pareil. Et d'ailleurs, très souvent, c'est ça qui est bien d'ailleurs en association, c'est que la personne va voir.. ne quitte pas le cabinet, mais va vers l'autre. On s'arrange, pour ne pas être avec la personne qui a suivi celui qui est décédé quoi, mais c'est logique, c'est normal. Et puis, il y a eu souvent une relation, à la fin, qui a pu être forte etc., qui n'est pas du tout dans la récrimination qui peut être dans l'émotion aussi et du coup cette émotion relie beaucoup à l'autre présent encore, donc besoin de passer à quelqu'un d'autre aussi, par rapport à ça.

- Donc... Tu as l'air d'avoir beaucoup d'expériences. Mais, ma question, c'était, toi, est-ce que dans ces périodes là, dans l'accompagnement du patient , tu rencontres des difficultés? En tant que médecin,

- Je te dis, la difficulté avec la personne dont je t'ai parlée, quand je connais la personne, la difficulté

quand on se demande, soit même, si on a bien fait tout par rapport à quelqu'un, et puis, donc ça c'est aussi une difficulté, où on peut aussi, soit même se reprocher quelque chose. Après, par rapport au deuil en lui même, je crois que c'est quand on accepte longtemps la douleur sans vouloir la cacher, si elle est pas trop violente, pas forcément mettre le gros pansement tout de suite quoi, c'est normal.. C'est aussi des moments de, je trouve, des moments de consultations médicales qui sont forts, et qui sont, le plus souvent, plus riche d'émotions, de possibilités aussi..

- Toi tu vis ça comme des moments riches, mais pas forcément comme des consultations difficiles.

- A quelques exceptions près, ouais.

- Ok. J'en remets une couche.(rire)

- Vas-y!

- J'ai une dernière question: si cela n'a pas déjà été évoqué, quelle a été la situation la plus éprouvante que t'as pu avoir auprès d'une personne en deuil, et qu'est-ce qui a été éprouvant là dedans?

Ca peut être la situation dont on a parlé.

- Je crois que c'est ça, je crois que c'est ce dont on a parlé. On a toujours des surprises etc... Selon si on est pas préparé, ce à quoi on n'est pas préparé du tout. C'est rare qu'on ne soit pas préparé un peu, mais on peut ne pas l'être. Je me souviens de... Alors, on pourrait après... Je crois qu'il faut, encore une fois, décliner milles possibilités, c'est un problème très important de notre société : une mort subite d'un nouveau né. Moi maintenant, j'en ai vu plusieurs. Quand on n'a pas une trame d'action, aussi par rapport à : que faire du bébé, à que dire exactement, à que d'organisation, de lien avec d'autres, de ne pas être isolé par rapport à quelque chose comme ça, et bah c'est déstabilisant! La première fois où j'avais pas trop réfléchi à la question, où je me suis trouvé dans cette situation là, c'est complètement déstabilisant, c'est complètement paniquant, c'est complètement... Ou alors on s'échappe soi-même et on fait le minimum, on est pas dedans du tout quoi. C'est pareil pour des deuils qui paraissent pour être des deuils, vraiment, qui sont possiblement des fausses couches, qui sont des vrais deuils, des vrais deuils identitaires, des vrais deuils d'une façon d'être, vrais deuils de projets et c'est pareil, si on a pas un peu réfléchi à la question avant, on sait pas quoi dire. La perte

d'un enfant à la naissance, bon... Il y a quand même des cadres par rapport à ça, il y a des choses à réfléchir dans... C'est pareil pour des deuils d'enfants quand ils sont disputés, reliés, tous ça, c'est difficile. Quand il y a une prise en charge, les parents vivent jusqu'au bout quelque chose de profond, c'est complètement différent, on peut passer à autre chose. Ce qui est le plus difficile c'est ce qu'on ne comprend pas, auquel on n'est pas préparé et aussi, ça s'est évident, comme les trains, les deuils qui peuvent en cacher un autre. C'est à dire un deuil, puis bon, quelque chose qui se passe, qu'on ne comprend pas, et qui existe, "d'où ça vient?". Et ça dépend la façon dont on connaît les gens et la façon dont on... Parce que c'est souvent bien caché aussi. Quand c'est quelque chose de, justement, qui a été impossible avant, et puis qui est réactivé d'une façon... L'autre chose aussi qui est difficile, et c'est pour ça qu'il faudrait reprendre beaucoup beaucoup de situations, c'est, un petit peu comme un deuil peut en cacher un autre, c'est des situations où c'est comme s'il y avait pas de deuil. Pour des enfants ou autres, mais les parents sont dans, c'est pas vraiment un déni, mais une forme d'impossibilité d'être dans l'affectif. Parce qu'en fait, de faire le deuil, c'est pas très difficile, enfin de ne pas le faire, c'est beaucoup plus difficile. C'est à dire, pour une raison ou une autre, vous allez voir un groupe de gens, ils viennent là, il y a dix personnes, il y en a neuf qui sont en train de pleurer et qui sont, entre guillemets, bien dans leurs pleurs, et puis celui qui est.. qui y arrive pas, et qui est là... et c'est lui qui est vraiment en souffrance, et c'est pas forcément lui qui va venir exprimer quelque chose mais... C'est sûrement le plus difficile, d'ailleurs!

- C'est difficile pour toi, ces gens là, de les accompagner pour qu'ils puissent s'exprimer ou...

- Oui, parce qu'on sent bien, on sait bien que ça va plus loin, que, entre guillemets, ça cache quelque chose et que c'est une impossibilité. Et là, là ça demande de la patience, là c'est pas toujours facile. Parce qu'on est à un moment ... comme beaucoup de symptômes qui restent là ou qui s'expriment pas facilement, on attend, on attend, faut être patient dans ces cas là, c'est au malade d'être patient. (rire) ...euh c'est au médecin d'être patient.

- Aux deux!

- Bah oui! Bien sûr!

- J'avais quelque chose en tête, quand tu parlais de la mort subite du nourrisson, que c'était déstabilisant d'arriver et de ne pas savoir, de pas avoir de trame. J'imagine que tu t'es fabriqué une trame, quelque chose, au fil du temps, et c'est des choses que tu as fait de toi même ou t'as

été cherché des infos?

- J'ai lu un peu, bien sûr, on en a discuté avec ma... enfin d'autres.. d'une façon un peu annexe, mais qui revenait un peu au même, avec ma compagne qui est sage-femme et qui a été confrontée.. en maternité... bon.. Et alors, c'est pareil... un aspect technique quoi, un aspect euh.. entre guillemets: "est-ce qu'on habille le bébé", "est-ce qu'on prend une photo", "est-ce qu'on fait un examen anatomo-pathologique", "est-ce qu'on fait..", enfin différentes choses qui sont complètement techniques, mais quand on arrive à les parler, sont aussi très importante quoi. C'est à dire qu'on met aussi des mots sur des situations aussi, avec tout ce que ça entraîne, comme réalité, et de pouvoir.. ça on parle au moment où il y a la mort quoi, hein, c'est pas vraiment le deuil, je sais pas si ça rentre vraiment dans le cadre.. Le deuil commence avant, même, des fois. Et, ça demande de connaître des choses. Bah effectivement, il y a des livres, moi j'ai fait une, deux formations à Paris avec Michel Hanus "vivre son deuil", là, plein de choses intéressantes, et là il y a plein d'aspects qu'on.. que si on les a pas décortiqué un peu, on est un peu trop dans l'affectif de base, sans, entre guillemets, réfléchir. En étant un peu prévenu, on réfléchit pas, on a pas.. et puis on a pas les données.

- Ok.

- D'autres deuils qui sont difficiles, mais c'est des deuils que.. par rapport à des enfants ou des adolescents, qui perdent leurs, pas forcément leurs parents, mais un oncle, une tante, un frère, un cousin etc.. et qui sont en deuils, aussi, mais qui sont pas souvent reconnus, ces deuils là. Qui demandent à vraiment être pas reconnus brutalement mais entendus comme une souffrance, les petits-enfants, par rapport à leurs grands-parents et.. Il y a tout un travail intéressant, important, à faire pour pas que les enfants, toute leur vie.. Parfois, c'est vraiment, à la découverte d'un symptôme parce qu'on y pense, mal de ventre et "qu'est-ce qui.. Oh, bah non, pas grand chose.. Bah, le père de la voisine qui est décédé, je le connaissais un peu quand même..". Une nourrice ou.. Et c'est pratiquement fréquent, bien sûr, oui, on voit ça tout le temps, et un peu partout donc c'est.. ça arrive aussi. Et c'est souvent oublié parce qu'ils pleurent pas, parce qu'on le dit pas, parce que si on est pas.. et puis c'est pas ressenti forcément de la même façon non plus, et puis c'est pas forcément si triste, mais c'est là présent quand même et euh.. c'est tout un aspect qui sous-tend aussi tellement de choses que faut en avoir conscience, et puis être possiblement à l'écoute de ça.

- Ta difficulté, auprès de ces enfants, ce serait de repérer ça au bon moment?

- Oui, c'en est une, bien sûr. De pas passer à côté et de.. La difficulté, toujours quand même, parce que, faut pas se leurrer, elle existe toujours, c'est la solitude. Et c'est le rapport psychologisant, j'ai l'air d'en parler comme ça comme si c'était.. Bon ça fait partie, entre guillemets, de la psychopathologie de la vie quotidienne, et le deuil en fait partie. Mais c'est évident que c'est pas satisfaisant, parce que c'est le vide dans une forme possible de culpabilisation de l'autre...de celui qui vient. Du style, actuellement, la personne qui a subi un deuil parce, on voit ça à la télé régulièrement, parce que l'avion s'est crashé ou un attentat ou autre, il y a une cellule de crise, y'a les psychologues qui viennent et puis, au bout de deux fois, si la personne n'est pas très bien, on lui propose une psychanalyse ou une psychothérapie. Bon, je veux dire, c'est tellement ridicule, il faut se battre aussi par rapport à ça, il y a des pays où c'est différent. Alors, nous on est pas très évolué par rapport au deuil, comme ça, et on peut avoir une attitude de.. un peu paternaliste finalement, un peu d'écoute etc.. mais c'est pas ça qui aide beaucoup. Les adolescents, les jeunes et des parents qui perdent un enfant etc.. c'est forcément un groupe qui peut l'aider, c'est forcément d'être à plusieurs, dans le même niveau. On sera jamais au même niveau, et puis on peut pas, et puis c'est pas le rôle, et.. de pouvoir partager, à plusieurs, une difficulté comme un deuil, de pouvoir là.. avec quelqu'un, qui est là pour que ça déborde pas etc.. De sentir qu'on peut la partager à plusieurs cette souffrance, que personne d'autre ne la comprendra, que celui qui la vit au moment où il la vit. Que se soit des jeunes ou des adolescents. Et, au Québec, en particulier, des jeunes qui perdent leurs parents se retrouvent, possiblement, en groupe avec quelqu'un, et c'est sûrement beaucoup plus aidant, et un cadre qui est moins psychologisant. Bon, si la thèse pouvait déboucher sur une ouverture, c'est peut-être intéressant pour toi de comparer un petit peu les prises en charge, en particulier au Québec.

- Toi, ce que tu veux dire, c'est que plutôt que d'adresser les patients chez un psychologue, psychanalyste ou un psychiatre, ce serait plutôt dans des groupes où les gens s'occupent plus du deuil, et que ce soit pas forcément..

- Bien sûr et surtout qu'ils soient au même niveau de deuil à plusieurs!

- Ok.

- Pour des deuils qu'on appelle pathologiques. Qui après nécessitent une prise en charge psychologique, ça c'est sûr, et un traitement, éventuellement. Mais ils sont pas si fréquents que ça. On a tendance à "pathologiser" les deuils aussi. C'est vrai que c'est peut-être.. ça avait peut être été ma réaction par rapport à cette femme là, en lui disant d'aller voir un psychologue, mais, dès qu'on a

l'impression que ça dure, un peu, pour tout, il faut aller voir un psychiatre ou psychologue pour prendre un traitement etc.. alors que.. Si ça dure aussi un peu, c'est qu'il n'y a pas vraiment d'espace pour, à mon avis, d'espace familial, d'espace social, d'espace.. et qu'il devrait y avoir, justement, des espaces prévus pour, entre guillemets. Je pense, peut-être que, vu les difficultés que tu vas repérer dans ta thèse, ce sera peut-être une des conclusions que tu pourras mettre! (rire)

- Oui, oui! J'avais un truc en tête ,mais... je ne sais plus! (rire) Oui voilà, tu me parlais des deuils normaux, pathologiques, est-ce que, pour toi, c'est simple de repérer les limites ou est-ce que ça peut être un problème de savoir quand, justement, ça devient, entre guillemets, "médical" ou "psychiatrique" ou "psychologique"?

- C'est pas si facile que ça, parce que la norme sociale détermine un peu, en gros, qu'au bout de 2-3 mois, tu dois pouvoir, même avant, pour certains, retrouver ton rythme, ton activité normale etc.. Après, bon, il y a des réelles dépressions, qui sont à prendre en compte après un deuil, c'est évident. Il y a des aspects, personnalités, un petit peu difficiles, limites qui décompensent un peu, qui font que.. etc.. mais c'est pas le plus souvent, c'est pas fréquent quoi. On le repère un peu, comme n'importe quel trouble psychologique, à un moment devient grave quoi. Par contre, je trouve, ce qu'on retrouve plus, c'est des choses qui se manifestent longtemps après, plus ou moins somatiquement, plus ou moins bien parce que ça, parce qu'on sent qu'il y a eu.. il y a pas eu la possibilité d'une expression. C'est à dire que l'ambivalence n'a pas pu s'exprimer, que le, par exemple, que l'ensemble de choses n'a pas fait son chemin avec suffisamment de temps quoi. Mais on reste toujours à la limite entre le normal, le pathologique, le médical et le pas médical! (rire)

- Des situations comme ça de deuil qui peuvent être éprouvantes émotionnellement, finalement, tu me disais, quand ça se répète, ou quand ça arrive, comment tu gères ça?

- Je ne sais pas trop. Tu reprends la même question que tout à l'heure?

- Non, tout à l'heure je te demandais s'il y avait des situations qui n'étaient pas faciles, et, alors justement, quand c'est pas facile, que ça te touchait éventuellement, quand ça suscitait des émotions chez toi quand tu accompagnes ces patients là, ou peut-être ça te pose pas de soucis, du coup...

- Ha! Pour moi, tu veux dire?

- Oui voilà, comment tu fais pour gérer tes émotions dans ces accompagnements ?

- Je crois que...

- Est-ce que tu te sens... Déjà est-ce que ça t'affecte, est-ce que ça génère des émotions chez toi, la question se répète peut-être, mais...

- Bien sûr. J'essaie de penser, en même temps à un cas précis, mais j'en vois pas spécialement là, tout de suite. La façon dont on.. Est-ce que c'est la façon dont on le vit, en temps que médecin, le deuil d'un patient, est-ce que c'est ça la question? Ou la façon dont on a du mal à gérer les émotions de l'endeuillé?

- Ca peut être les deux, parce que.. En fait, ma question est assez globale, si par exemple tu as accompagné un patient en deuil, le patient vient, alors soit il est mutique comme tu disais, soit il exprime beaucoup d'émotions, c'est très douloureux, c'est très violent, je sais ne pas, moi, ce que ça peut être. Toi, est-ce que ça te perturbe émotionnellement? Est-ce que quand tu rentres chez toi le soir, t'y repenses? Ou est-ce que bon, finalement, t'arrives à gérer et quand la consultation est finie, tu passes à autre chose...

- C'est jamais pareil, naturellement. Je pense que c'est une question trop complexe, qui faudrait prendre des exemples etc.. chaque cas est différent, on peut pas dire d'une façon générale... On ne peut pas dire d'une façon générale ce qui est aidant et ce qui est pas aidant. Ce qui est aidant, toujours, c'est la façon dont celui qui est décédé, on parle de celui qu'on connaît, celui qu'on connaît pas, naturellement, c'est différent, on ne peut pas être sensible après, par rapport à l'endeuillé. On peut l'être, parfois, parce qu'on est sensible à l'histoire qui lui est arrivé etc.. mais, c'est différent quand même. Donc, par rapport à celui qui est décédé, il y a une différence fondamentale : c'est s'il était prêt à en parler avant, ou pas. Moi j'ai été aidé, d'une façon extraordinaire, mais c'est toujours celui qui est prêt de mourir qui aide celui qui est à côté, en lui donnant la possibilité de participer parce qu'il en parle. Parce que lui même en parle. Et, quand il en parle, et que, entre guillemets, "il y a pas de lézard", aussi bien pour ceux d'à côté.. Y'a euh.. je sais pas.. une ambiance de parole. Une ambiance de parole. Y'a une complicité après entre tout le monde, qui fait que c'est jamais difficile. C'est pratiquement.. Mais on y pense pas après en y revenant, on y pense pas comme quelque chose de négatif.

- Oui, oui, c'est un beau moment, en fait.

- C'est finalement un beau moment. Quand il y a pas eu de parole, parce que soit il y a eu un déni etc.. c'est beaucoup plus difficile. Alors bon, ça trotte un peu comme ça dans la tête, c'est pas résolu de la même façon. Ce qui résout, parce que, plus ou moins, c'est quand même le rituel. Une forme de ritualisation. Je crois qu'on en a tous besoin! Faut pas se faire d'illusions, ça passe pas inaperçu, à partir du moment où on connaît quelqu'un, dans n'importe quel cas, que ce soit dans le cadre médical ou pas dans le cadre médical. Le rituel dont on a besoin, et qu'on essaye de faire quand on le fait c'est bien, c'est d'une part, avec les soignants, parce qu'on est jamais tout seul, quand c'est quelqu'un qu'on a soigné: infirmières, y a les aides-soignantes.. c'est de trouver, quand c'est possible, un petit moment, où on parle de ce qui s'est passé. Ça, c'est essentiel, et puis, quand c'est pas possible, alors déjà, moi, dans des situations comme ça, j'ai une secrétaire, que tu connais, Bernadette, qui est très investie aussi, et qui aussi, est dans la peine, naturellement, et on envoie quelque chose. On met un petit mot, on écrit un mot, au moment de.. Et ce petit mot est toujours ce petit rituel de passage à autre chose, et on le fait toujours! Quand ça nous touche. Si ça nous touche pas beaucoup, naturellement, on le fait pas, mais à ce moment, la question ne se pose pas de la même façon. De la même façon que, quand, dans la vie, en dehors du professionnel, quand quelqu'un qui décède ou autre, et bien on envoie un petit mot et puis.. on envoie ses condoléances quoi, on essaie de mettre un petit mot. On fait ça, avec Bernadette, en général, bon.. Je crois qu'il y a besoin de ça.

- Ça te permet de passer à autre chose, quoi.

- Oui bien sûr, oui.

- D'accord. Alors.. Bon, on est bientôt à la fin, on en a déjà parlé. Au regard de ton expérience, comment vois-tu ton rôle de professionnel auprès de l'endeuillé?

- (rire) Ouais, faut que tu reprennes un peu..

- Oui, je vais reprendre! (rire) Si tu avais des points à souligner?

- Bah d'abord, quand même se former. De se former, et de lire un peu des choses sur différents deuils qui sont différents. Le deuil des parents, le deuil des enfants, et le suicide. Le suicide. On en a pas

parlé, mais qui est quelque chose de... d'extrêmement violent, culpabilisateur, qui remue beaucoup de choses etc.. Les enfants de remplacement, de deuils impossibles, tout ça... Ca demande aussi, malgré tout, de s'y intéresser, pour pouvoir mettre des motifs aussi, et de les reconnaître.

- Tu as le sentiment que ta formation t'as été utile?

- Oui. Bien sûr.

- Tu penses que c'est important d'avoir des notions de base?

- Bah, de la même façon.. qu'au début on en a pas, et c'est quand même parce qu'on en a pas qu'on se lance!

- Oui au regard de tes premières expériences...

- Bien sûr! En particulier par rapport à la mort subite, mais de la même façon que la sage-femme, qui, la première fois, prend le bébé dans ses bras, et qu'il est mort, "qu'est-ce que j'en fais?" quoi.. Si t'as pas..

- La formation que tu as reçue était pratique ou théorique,

- Non, non, non.

- C'était des apports de connaissances théoriques. Et d'avoir des connaissances théoriques, ça t'a aidé, toi.

- Bien sûr.

- Ca t'a donné un cadre, et ça t'a permis de te positionner.

- Bien sûr. Ce qui est important aussi, c'est de savoir se situer soi-même, on ne sait jamais complètement. Mais d'essayer, de tenter, de commencer à repérer pour soi même, en tant que médecin, sa propre histoire par rapport à la mort, des deuils qu'il a connu, etc.. Son propre ressenti lui même, et sa propre expérience aussi. C'est pas par hasard que tous les médecins sont médecins!

(rire) C'est pour ça que.. alors le fait d'en parler à plusieurs dans des groupes, c'est une approche, je pense qu'il faut que ça soit développé. Dans les centres pluridisciplinaires qui vont se mettre, ça se fera de plus en plus. On aura plus jamais le médecin isolé par rapport à cette situation là, qui est une situation un peu paradoxale, et un petit peu, on peut tomber vite dans le paternalisme, quoi. Et dans quelque chose qui, du coup, coince un peu, finalement, l'autre, possiblement. La médecine d'hier, elle est d'hier, elle est finie complètement. On ne la verra plus jamais. On va de toutes façons être confronté de.. et c'est bien, à une médecine de groupe, une médecine pluridisciplinaire, où ces échanges se feront peut-être plus facilement. La chance aussi, par rapport au deuil, c'est que malgré tout, il est moins caché, on en parle plus facilement, il est plus possible d'en parler qu'il y a 10 ans. Ou il y a 20 ans, à fortiori. Où paf, on mettait son mouchoir par dessus et puis hop, c'est.. bon.. Maintenant, avec le risque, le risque, quand on parlait de la "psychologisation" et puis, malgré tout, d'une certaine forme de rapidité et de pas laisser le temps.. d'un deuil normal, qui est une souffrance, et puis d'accepter aussi la souffrance, je veux dire. De l'accepter pour l'autre si elle n'est pas trop difficile, si elle englobe pas tout, si elle est pas.. de l'accepter.. Parce que c'est normal, c'est normal d'être triste, c'est normal d'avoir mal, parce qu'on pense à l'autre quoi, je veux dire. C'est tellement évident, mais.. Et puis.. C'était quoi la question, déjà? (rire)

- Quels sont les points importants que tu vois dans la prise en charge?

- Sa prise en charge personnelle par rapport à ça, c'est à dire, dans la mesure du possible des groupes Balint, mais euh.. ou de groupes de paroles avec des gens.. dans des centres pluridisciplinaires, ça se fera.

- Donc j'ai entendu, finalement, d'avoir une formation un peu théorique, et d'avoir un peu... un travail minimum sur sa propre histoire?

- Oui. Oui voilà. Et puis, après, se méfier de la médicalisation du trouble mental. Je veux dire, quand tu vois la folie de la réponse médicamenteuse parce que le problème, malgré tout, c'est d'avoir du temps, et d'accepter le silence. Quand même, bon. Et c'est pas évident.

- Tu parles du temps de consultation?

- Ouais. Et... Parce que... Entre le symptôme qu'il peut y avoir, entre les choses à dire, et entre, à un moment, l'élément qui relie à autre chose qui va venir et qui va être le plus important quand même, il

faut un peu de temps. Et oui, c'est ça.. C'est vrai que, je pense que c'est l'obstacle à la prise en charge aussi, possible. Et puis dans ce temps là, bah il y a la part de l'inconnu, de l'angoisse. Parce que c'est pas vraiment comme, possiblement, aussi, ça peut être? Aussi, mais c'est pas vraiment comme quelque chose de connu pour nous quoi. C'est aussi une part d'angoisse qui est là.

- Pour le médecin?

- Oui.

- L'angoisse de pas savoir comment ça va.. le temps que ça va prendre?

- Et puis, pourquoi crois-tu qu'il n'y a jamais plus de.. je sais plus ..plus de trente secondes de silence dans une consultation, je crois que c'est trente secondes. Parce que.. Parce qu'il faut être actif, il faut être... en tant que médecin, il faut faire quelque chose, voilà. (rire) Et là on est dans un domaine où on a pas forcément à faire, justement. Et c'est à réapprendre aussi. C'est pas une consultation impossible, c'est une consultation différente.

- Tu as eu une formation à l'approche psychothérapeutique?

- Non, j'ai participé un groupe Balint pendant plusieurs années, j'ai lu différentes choses sur.. je me suis intéressé. Une petite formation sur le deuil, enfin 2 fois 2 jours, mais euh.. Une formation sur le deuil... c'est la formation "vivre son deuil". Et d'ailleurs, ce qui est intéressant, et puis j'ai été abonné aussi à Jalmav etc.. Ce qui est intéressant aussi, un peu comme avec d'autres personnes en souffrance, c'est de.. d'avoir, aussi, des coordonnées à donner, par rapport à.. de l'association "vivre son deuil", de gens qui peuvent être à l'écoute, s'il y a besoin, par rapport à ça quoi.

- D'avoir un réseau quoi, un petit peu?

- Oui. Alors... (rire) se méfier des réseaux. Souvent, y'a plus que ça.

- D'avoir des adresses quoi. Ce serait des adresses d'associations?

- Aussi des coordonnées de bouquins pour.. après, quand euh.. Ca aide bien des gens quand euh.. "Ah bah oui, tiens, je veux bien ça". Surtout quand, là j'ai une personne, son mari s'est suicidé, alors

"je comprends pas ce qui a pu se passer" etc.. Questionnement toujours, "Et bien oui, y'a d'autres personnes qui se sont posées la question, y'a eu un livre qui a été fait sur : après le suicide d'un proche, "Ah ouais, ça m'intéresse, tiens, de voir que d'autres personnes ont vécu la même chose, et puis ont pu en parler". Parce qu'au départ, ça paraît tellement impossible d'en parler que le fait que... d'avoir des bouquins, aussi, de gens qui en ont parlé, c'est énorme ça.

- Ok, dans les psychologues, les psychiatres, ça t'arrive de bosser avec eux?

- Oui. Par rapport au deuil, tu veux dire?

- Oui, par rapport au deuil.

- Bah, quand ça débouche sur un deuil difficile, ou une dépression, où il y a vraiment un travail psychothérapique, vraiment, à faire. Je parlais de la psychopathologie de la vie quotidienne, on y est tout le temps. On est psychothérapeute un peu, mais on est pas dans un cadre psychothérapique, c'est à dire qu'on "touche", on est avec le symptôme, bon euh.. Mais à un certain moment, on sent bien qu'il y a quelque chose qui est plus profond, qu'il faut passer la main, effectivement, au psychiatre ou au psychothérapeute, bon euh.. si la personne est prête à le faire. Et oui, bien sûr, ça arrive, de temps en temps, un mec qui a besoin de ça, bien sûr.

- Ma dernière question, c'était: si aujourd'hui tu devais suivre une formation sur le deuil, qu'est-ce que t'attendrais de cette formation? Malgré tes formations antérieures, finalement, est ce qu'il y aurait des choses que t'aurais envie de voir?

- Si, il y a une où j'ai failli m'inscrire avec Dr W sur le deuil, mais c'est terminé. Le problème c'est que, une formation comme ça, si on veut laisser.. Il faut du temps, hein.. Bah, déjà de confronter nos expériences. J'aurais plus besoin de confronter nos expériences, nos façons de.. nos difficultés etc.. plus qu'une formation théorique.

- Oui.

- Mais, s'il y a aussi des gens qui sont formés par rapport, justement, à la prise en charge actuelle au niveau de différents groupes possibles, enfin bon. Pour, oui pour élargir son carnet d'adresses, et puis, les relais possibles dans un secteur donné, et puis tout le travail de réflexion, toujours qui est..

Oui, bah j'en referai, des formations là dessus, c'est sûr, cette année j'ai pas pu le faire.. Pour peu que ce soit pas, naturellement, un psychiatre qui te fasse la nosographie de tous les.. Bah, toutes façons, quand tu vois les deuils et l'avis d'Hanus et les différents bouquins là dessus, je veux dire, dès que tu commences, c'est tellement vaste comme sujet, que tu peux pas le.. faut pas le caricaturer en le.. coupant, comme ça, en 2 jours. Je crois que ça dépend vraiment de celui qui le fait quoi. Si la sensibilité de laisser aller des expériences, s'il laisse du temps, si ça lui paraît plus important que d'avoir l'ensemble de.. des complications possibles, l'ensemble pour des questions.. Enfin je veux dire, toute la nosographie, ça risque de pas être si intéressant que ça.

- Donc ce serait plus une confrontation un peu pratique des expériences ?

- Ouais, faut les deux, je pense. Mais, de.. de relier, oui, de partager des façons de faire et d'être par rapport à ça, c'est important. Il y a pas beaucoup de monde.. enfin ça se fait pas beaucoup, quoi.

- Qu'est-ce que ça t'apporterait de partager des expériences?

- Et bien de.. d'élargir, toujours, ta palette de.. de prise en charge. Et puis, et puis, de toutes façons, de.. d'approfondir un petit peu, soit même sa.. sa réaction et puis son.. à la fois, de ne pas être blindé, de rester sensible, et puis en même temps d'être attentif, ça je crois que c'est un travail de tout le temps, qui nécessite une confrontation. Et une réflexion. Une réflexion. Et comme il y a tellement de cas possibles, de cas différents et à chaque fois on se fait piéger par ce qui nous est jamais arrivé, et puis le fait de varier un peu les confrontations, ça met aussi en situation d'être plus prêt s'il y a ce genre de situations. Pour les uns, comme pour les autres. Partager des expériences, c'est intéressant. On est pas à l'abri d'une situation qu'on aura pas prévu parce qu'elle va être différente. Bien sûr. Non, je crois que c'est vraiment.. Ça fait tellement partit de.. à la fois de la vie, entre guillemets, enfin de la vie.. et puis de.. quelque chose à la fois de la médecine et de la société qu'on ne peut pas y échapper. Ce qui serait.. ce qui serait important, c'est aussi, dans une formation comme ça, un peu comme la SFTG, qu'il y ait un philosophe, qu'il y ait un psychologue, qu'il y ait un psychanalyste, que se soit pas.. Voilà. Qu'il y ait des gens qui parlent aussi de.. Parce que, pour ça, alors si ça doit déboucher, pour toi, si c'est un des thèmes pour dire de.. une formation après, il y a aussi tous les aspects techniques de l'après mort, quoi. Hein, euh.. Même au niveau juridique, qui sont vachement importants, et qui sont, peut-être même essentiels, bien les connaître, hein euh.. Et.. donc il y a tout, cet aspect "fonctionnel", on va dire, il y a l'aspect médical quand même, ne pas oublier, en signe d'alerte, par rapport à des symptômes qui sont un peu.. voilà, il y a l'aspect "reprise", après, et

"relationnel" et.. avec tout l'ensemble d'un système familial, ça veut dire que: il faut aussi avoir quand même une bonne formation, quelqu'un qui fasse un petit peu de.. comment dire? Qu'il soit un peu formé à la psychologie active de famille, de dynamique de famille, de la transgénération etc.. J'veux dire.. c'est ça qui est intéressant.

- Avoir plusieurs concepts, plusieurs approches.

- Ah bah oui. L'aspect transgénérationnel est tellement important aussi, par rapport à ça, et tellement sous-jacent.. On.. Alors.. Je crois qu'il y aura, de toutes façons, forcément, toujours plusieurs formations, et après, il va y avoir des formations plus "médicalisante", plus "réseau" etc.. Dans un sens, plus ou moins bien, un peu.. bon, comme on fait avec les réseaux actuellement, il y aura le sens plus "analytique" euh.. jeux de rôles..

- Qu'est-ce que tu penses des jeux de rôle?

- Bah, il faut qu'ils soient, entre guillemets, faut pas qu'ils soient comme ils sont fait actuellement. Je ne pense pas. Il faut vraiment qu'ils soient théâtralisés. Il faut que ça sublime, un petit peu, ça, il faut pas que ça soit euh.. dans le.. dans, comment dire? Le bien pensant quoi. Le jeu de rôle, pour moi, c'est plus le théâtre. C'est à dire de mettre en situation de colère, de mettre dans une situation une déception, de mettre dans une situation.. mais vraiment, de la jouer vraiment, d'aller jusqu'au bout de ça. De mettre dans une situation de détresse, plutôt que de.. une consultation telle qu'elle doit bien se..

- Pour moi, un jeu de rôle, je pensais effectivement, vraiment une mise en situation.

- Ouais, mais non. Euh.. Des jeux de rôle, on en fait souvent, bien sûr, ça débouche toujours sur quelque chose qui était un peu inattendu... C'est bien, c'est bien quand même. Mais euh.. Avec la STG à Avignon, il y a toujours une formation "théâtre", en même temps. Et.. Avec un acteur de théâtre, justement, qui débouche sur le fait d'aller voir le théâtre avec lui, etc.. Et bon.. Et il y a presque toujours un philosophe, etc.. Et c'est incroyable ce que ça élargit la façon de voir quoi. C'est très, très intéressant. Et je pense qu'il y a besoin de ça aussi, parce qu'il y a besoin aussi d'aller un peu plus au bout de notre polissage un peu plus profondément, dans un cadre qui le permet quoi. Parce que le cadre du jeu de rôle, c'est pas très facile, quand même. Parce que, d'abord, il y a l'autre qui est en face, c'est un jeu, c'est.. il y a toute la limite de la bienséance, entre guillemets, quoi. Le

théâtre, on est plus euh.. C'est des formations différentes.

- Ok, bon. Est ce que tu as d'autres idées?

- Je ne sais pas, si t'as d'autres questions?

- Mes questions, c'est fait!

- On a passé pas mal de choses, quand même!

- Oui, on a parlé du temps. On n'a pas parlé des médicaments, pas trop.

- Oui...Alors, si, je t'en ai parlé un petit peu au début.. Au début, effectivement, la douleur, l'anxiété, peuvent être tellement fortes. L'anxiolytique est demandé souvent, proposé parfois. Mais euh... peut-être parfois trop systématiquement, mais bon.. Bien sûr. Ça fait mal, on calme la douleur. Euh... avec toute la précaution de... de l'enchaînement médicamenteux quoi, c'est ça le problème. Souvent, finalement, quand c'est bien discuté, enfin quand je dis c'est bien discuté, c'est quand les gens sont prêts à en discuter bien, et pas forcément quand toi tu le dis bien, mais.. c'est, bon bah, c'est pour passer un petit cap au début, c'est un quart ou un demi comprimé deux fois par jour, ou une fois par jour ou.. et puis euh.. et puis c'est tout quoi. Bon, parce qu'il y a vraiment la peur du moment, la peur de... du... Bon. Après, quand ça rentre dans un traitement médicamenteux au long cours c'est sûr que ça rentre dans un cadre difficile, qui n'est pas supportable, et qui nécessitera peut-être un traitement antidépresseur dont on parlait, etc.. Et.. Et possiblement, et avant tout, le médicament n'étant qu'une couverture à un moment, pour passer à autre chose quoi. Et autre chose, c'est forcément une verbalisation, donc ça passe, bon, par un lieu de parole quoi, hein. Mais la place du médicament pour tout le mal-être est bien trop important en ce moment, c'est évident. Parce que.. Parce que c'est le raccourci du manque de temps. Et.. On va dire, en ce moment, celui qui arrive chez un médecin, et qui pleure, et qui dit que ça va pas, il ressort neuf fois sur dix avec un traitement antidépresseur! Il pleure, il est pas en forme : traitement antidépresseur. C'est une réalité qu'il faut voir quand même, enfin c'est.. C'est assez terrifiant. (rire) Bon, il y a plein de raisons à ça, c'est pas le... Si! Ça fait partie du truc parce que, effectivement, possiblement, effectivement, à un certain moment il y a une dépression. Forcément qu'il y a une dépression, après! Enfin, si il y a pas une dépression après un deuil, c'est pas la peine qu'il y ait un deuil quoi! Mais c'est pas parce que il y a une dépression "normale", entre guillemets, ne nécessite pas un traitement. Elle peut nécessiter un

arrêt un peu plus prolongé, elle peut nécessiter. Mais elle nécessite pas forcément un traitement. Sauf par rapport à la douleur d'angoisse qui est trop importante. Mais, on est dans un engrenage, mais ça me paraît pas le plus important, c'est pour ça qu'on en a pas parlé, non plus, la question ne s'est pas posée non plus, d'ailleurs.

- Non, non.

- Mais après, bien sûr, c'est comme euh... Après, ils sont là, il faut pas s'en priver s'il y a besoin quoi.

- Pour toi le médicament, finalement, c'est la solution au problème de temps. Du temps de consultation, en fait.

- Pas pour tout le monde. Mais possiblement, oui. Enfin globalement, ça c'est ; enfin d'une certaine façon, c'est ça. Mais après, chaque cas étant différent, pour certains cas, même avec du temps, t'es obligé de donner des médicaments! (rire)

- Ok! Ok!

- Et après... Après, c'est tous les cas particuliers quoi, qu'il faut pouvoir.. Le deuil de la personne âgée, qui est souvent très difficile, parce que... Enfin la personne âgée qui perd des proches quoi. Etc.; c'est difficile parce que c'est pas dans le sens quoi. Et c'est reconnu comme n'étant pas dans le sens, et puis à la fois... je sais pas... j'veux dire, c'est que ça rejoint à la perte d'un enfant quoi, c'est toujours quelque chose qui de toutes façons est là tout le temps.

- Oui.

- Est là tout le temps. Alors quelque chose quand même, qu'on a oublié de dire, et qui me paraît excessif.. enfin très important, et.. et qui est pas assez dit, c'est que, un deuil c'est une dépression, c'est aussi une immunodépression. Ça veut dire que, et bien après un deuil, on peut faire n'importe quelle saloperie. Et qu'il y a toute la tension physique là du coup, à voir par rapport à ça. Et cette immunodépression, d'abord elle peut se compenser avec un certain nombre de médicaments qu'on peut utiliser, et vive là la plante, vive les immunostimulants, vive les vitamines etc.. Hein, et puis l'attention, aussi, de la maladie grave qui va venir après.

- Oui.

- Et ça, ça c'est.. c'est grave, et plus c'est profond, comme deuil, plus ça touche à l'intérieur, plus, possiblement, ce sera un organe "profond" qui sera atteint. Et caché. J'ai plusieurs exemples comme ça, de cancer du pancréas, qui se sont déclenchés, quelques temps après le deuil d'un enfant. Et c'est terrifiant. Terrifiant. Cette douleur intériorisée au plus profond, hein, le pancréas, et qui explose sous forme d'un cancer.. Et c'est fréquent. La somatisation, enfin la somatisation, non, l'intériorisation qui.. qui.. donne après.. par quel mécanisme? Je pense qu'il y a une immunodépression, la dépression, l'immunodépression.. Et ça je pense que, à la fois de mettre en garde au niveau de la santé, de mettre en garde l'entourage par rapport à ça, de.. fait partie du rôle du médecin, vraiment, important même.

- Toi t'as des attentions particulières, de préventions dans ces périodes là?

- Bien sûr, pas forcément de cancer du pancréas, mais d'une maladie, d'une pneumonie, euh.. d'une pneumonie possible, ou de problèmes pulmonaires, comme disent.. les chinois disent bien que le chagrin touche au poumon, et c'est vrai. On a plus facilement des.. Parce que ça touche aussi à l'affectif, de maladie des poumons. De maladies d'estomacs aussi, de gastrites, d'ulcères, de.. Et puis d'autres.. Et puis, l'endeuillé, aussi, possiblement, prend des risques avec sa santé, ne fait pas attention à plein de choses, et, du coup, de le réinvestir dans.. pas dans une hygiène, entre guillemets, mais dans une attention particulière par rapport à ça, c'est important.. On en a oublié, je suis sûr qu'on en a oublié la moitié, hein?

- Ca fait déjà pas mal de choses! (rire)

- Ah bah oui, après faut reprendre tout ça!

- J'sais pas, tu veux rajouter autre chose?

- Si ça revient.. On va prendre un petit quelque chose à manger ou à boire!

- Ok

Cinquième entretien

- Ma première question : quelle représentation pouvez-vous avoir du deuil ? Quand on vous dit le mot « deuil », qu'est ce que ça vous évoque ?

- Alors, le mot « deuil » m'évoque... Ca m'évoque « souffrance », « perte » ... Ca m'évoque aussi, à travers ma pratique, beaucoup de non-dits. Je suis toujours frappée de comment les patients nous parlent de deuil souvent des années après. Avec l'idée qu'il se passe vraiment des choses par rapport à la perte, à la séparation, mais que c'est très souvent des années après que ça ressort. Et que c'est quand même à mon avis générateur de plein de douleur, de dépression masquée...

- Quand vous dites que ça ressort des années après, c'est parce les patients en parlent spontanément ou c'est vous qui allez le chercher ?

- Et bien, moi, ce qui me frappe, je crois, c'est que sans parler vraiment d' « aller chercher », mais quand les gens ne vont pas très bien et que vous commencez à les laisser parler, à les écouter, c'est quelque chose qui vient assez spontanément. Oui, c'est quelque chose qui me frappe souvent finalement. Face à quelqu'un qui ne va pas bien, pour des tas de raisons... Ca peut être le boulot ou autre... Si vous les laissez un petit peu... Si on s'y intéresse, bien sûr... à la question du « elle n'est pas bien », etc.... Et comment très vite, très souvent, de eux-mêmes, ils vont faire référence à un ou plusieurs deuils.

- Donc finalement, vous êtes sensible à ça, quand vous les écoutez...

- Ben l'importance que ça a sur le psychisme des gens. Après, d'entrée de jeu, ça me renvoie probablement à mon histoire personnelle, c'est à dire j'ai perdu mon père très jeune. Enfin très jeune... J'avais une dizaine d'années. Et que j'ai du vivre ça très mal sur le moment sans m'en rendre compte du tout et qu'il a fallu que je fasse une thérapie à 35 ou 40 ans pour m'apercevoir que le deuil de mon père, je ne l'avais pas fait à ce moment là. Ca rejoint ça. Mais du coup, c'est quelque chose auquel je suis sensible.

- Quelque chose qui vous a touchée et du coup vous êtes devenue sensible à ce thème.

- Tout à fait. Et de me rendre compte à quel point l'espèce d'état dépressif que j'ai pu avoir tardivement mais qu'était quand même quelque part très liée à ... Alors, j'aime pas trop l'expression faire son deuil parce que je trouve que c'est très stéréotypé... « Faire sa vaisselle, sa cuisine »... « Faire son deuil »... mais il faut bien qu'il se passe quelque chose pour que ça aille bien après. Quand même.

- Est-ce que vous avez déjà eu l'expérience de consultations qu'ont été difficiles pour vous en tant que médecin auprès de patients qui venaient juste de perdre quelqu'un ou dans les semaines qui suivent ou même au moment du décès ?

- Oui, je pense à une situation qui est relativement récente. Je crois que ça a été difficile dans la mesure où j'avais un peu de mal à prendre de la distance. C'est une dame qui est un peu plus âgée que moi mais pas tellement plus âgée que moi... peut être une dizaine d'années de plus que moi... que je connais depuis un certain temps, qui est une dame fragile, je dirais. Et aussi très agréable, très sympa... Et elle a son fils aîné qui s'est suicidé récemment. Donc moi, je l'ai connu quand il était jeune, mais là je le connaissais plus du tout donc j'étais pas du tout affectée sur un plan personnel par le suicide de ce fils, mais donc je l'ai vue effectivement le lendemain de là où elle l'a appris, la veille de l'incinération... Et ce que j'ai trouvé difficile, c'est effectivement de me trouver dans une situation où cette dame vivait ça que moi j'aurais pu vivre ça avec un de mes propre fils... La proximité de tout ça... Et c'est quelqu'un que j'aime bien et je sentais bien que mon affect était touché... Je crois qu'effectivement j'avais du mal à rester à ma place de médecin. Mais je ne sais pas ce qu'elle est ma place de médecin dans ces cas là... Et c'est rare, parce que c'est quelque chose dont je me méfie un peu dans mon boulot, cet espèce de glissement quelquefois entre une relation un peu thérapeutique donc avec de la distance et trop d'empathie... Et là, j'ai senti un peu ce risque là.

Dans l'idée d'avoir presque envie de pleurer avec elle, de sentir qu'il fallait que je fasse un effort pour me retenir un peu... Pour garder cette espèce de distance qui me paraît nécessaire dans ce cas, en tant que thérapeute. Je n'avais pas forcément envie de m'effondrer avec elle, mais je sentais que ça me demandait de me retenir, de me faire un peu violence.

- Vous avez eu de besoin de contrôler vos émotions à ce moment là ?

- Ah oui, j'ai senti qu'il a fallu que je les contrôle. Fortement. Moi, ça me paraissait important de les contrôler.

- C'est une distance qu'il est important de garder, de contrôler ses émotions, dans ce cas là ?

Oui... Mais pas trop, où mettre la barre, où mettre la limite... Je pense à d'autres situations parce que je parle de ça. Ça n'arrive pas toujours, mais quand même, ça m'arrive de faire des visites mortuaires. C'est des patients à moi qui sont morts, et de passer les voir. De passer les voir à l'hôpital ou autre... Ce n'est pas du tout systématique, ça dépend du type de relation que j'avais... Là, je me rends bien compte. Le fait de ne plus être dans mon cabinet médical mais que d'être chez les gens... Que là j'ai beaucoup plus de mal et je pense que... je ne me souviens pas m'être effondrée mais si vous voulez, être vraiment prise par l'affect. Parce que finalement le fait d'aller faire ce type de visite là, je suis plus dans mon rôle de médecin. Enfin... j'ai envie de montrer de l'empathie, quelque part...

- Dans ces cas là, c'était un patient que vous suiviez...

- Voilà.

- Et la famille, vous la suivez aussi ?

- Voilà. Pour que je fasse ce genre de choses là, il faut qu'en général, je connaisse la famille. Je pense, ça m'est arrivé une fois avec une jeune qui s'est tuée en moto il y a quelques années... Ça me paraissait important. Je connaissais bien les parents, et je me souviens, ça n'a pas été évident du tout. Je n'ai pas le souvenir que ce soit des choses insurmontables mais là, c'est quand même difficile de contrôler mon émotion par rapport à ça, par rapport à l'ambiance, par rapport à tout ce qui... Et aussi par rapport aussi quelques fois à tout ce que nous renvoient les gens justement... En termes de

remerciements ou « tout ce que vous avez fait pour lui »... Des fois, je trouve que c'est trop. Finalement j'ai qu'à pas y aller si je ne veux pas être prise dans ce truc là, mais, y a des moments... En en parlant, je suis en train de m'en rendre compte que ça m'est beaucoup moins difficile de garder ma place et mon rôle, de maîtriser mes émotions, quand je suis dans mon cabinet, derrière mon bureau, que si je vais chez les gens... Vous me direz, c'est un peu se jeter dans la gueule du loup, ce genre de choses. En même temps, des fois, ça me paraît important.

- Donc la difficulté, c'est la distance avec les patients, de réguler ses émotions.

- Oui, c'est ça, voilà. D'arriver à garder ses distances.

- Et ça, ça survient avec des gens que vous suivez depuis longtemps ? Ou des gens que vous connaissez bien ?

- Comme la dame qui a perdu son fils qui s'est suicidé...

- Des patients qui sont presque amis ?

- Non. Non, justement. Mais le fait de vivre un truc comme ça me mettrait un peu dans cette position là, vous voyez. Non, cette dame là, je trouve que je n'ai pas de difficulté à me situer en tant que professionnel. C'est vraiment quelqu'un qui n'est pas souvent malade.

- Donc c'est plus en tant qu'être humain...

- Oui, c'est ça. Et le fait qu'elle vive quelque chose comme ça, ça aurait tendance à me faire sortir de ma place. Justement, me mettre dans un rôle d'ami. Donc je pense que ce n'est pas mon rôle. En tous cas, si elle vient me voir au cabinet, moi, je ne considère pas que c'est une amie qu'elle a besoin de venir voir. Donc, il faut que je fasse attention à ça. Je n'ai pas à me transformer tout d'un coup en amie alors qu'on n'est pas amies. Et puis en plus avec ce que je disais ; quand c'est quelqu'un de ton âge, c'est quelque chose de difficile. On a tendance à se dire « comment elle fait » « comment je ferais moi »... C'est quand même perturbant.

- Et exprimer vos émotions, est ce que ce serait être forcément « ami »?

- Non, pas forcément. Je ne sais pas comment dire. J'ai l'impression que les gens qui sont endeuillés, ils ont de la famille, des amis avec qui ils peuvent parler de tout ça et je pense qu'ils viennent nous voir ou me voir moi en tant que médecin... ce qui me vient à l'idée, c'est le mot soutien. Je pense qu'ils viennent voir quelqu'un qui peut les soutenir. Et faut quand même que ça se tienne un peu. Pour moi, c'est quand même important qu'il n'y ait pas de confusion, quoi. Si je veux rester dans ce rôle qui peut être, je pense. Je ne pense pas que les gens qui viennent et qui sont en deuil viennent chercher une amie du côté médical. Enfin, une amie ou un ami. Je pense qu'ils viennent probablement chercher quelque chose de l'ordre du soutien. Et je me dis que si le soutien il est tout ramollo et qu'il s'effondre... Peut être que je suis plus dans mon rôle de soutien. En en discutant, c'est ça qui me vient.

- Il y aurait d'autres difficultés que vous avez rencontrées ?

- Est-ce qu'il aurait d'autres difficultés ?... Non, les autres difficultés, elles ne sont pas tant par rapport au deuil que avec l'accompagnement... Avec l'idée quelquefois de est ce que... Alors, bien sûr, quand les gens sont morts, peut être l'idée de ce dire « est ce que j'ai été à la hauteur »... Non pas pour les personnes endeuillées... Ce n'est pas tout à fait la même chose. Comme un besoin de justification par rapport aux autres. « Est-ce que j'ai bien fait » « Est-ce que j'ai pas fait... »

- Pour les patients que vous avez suivis ?

- Oui, c'est ça. Par rapport à ma position. Je pense par exemple à un couple de gens un peu âgés, dont le monsieur est mort à la maison, au domicile. Et ce n'était pas facile. Ce n'est jamais facile, la mort à domicile. Et disons que, quand il a été mort... par rapport à sa femme, je me disais, « est ce que j'ai été à la hauteur », « que je ne l'ai pas laissé souffrir trop longtemps », « que j'ai fait le nécessaire »... Enfin, vous voyez, comme si elle pouvait avoir un regard critique, et un jugement et que du coup, je me disais, est ce que j'ai fait ce qu'il fallait. Et c'est vrai, je pense à cette dame... C'est vrai que j'ai été très touchée que cette dame là, le lendemain ou le surlendemain de la sépulture de son mari me fasse porter une fleur. Ce qui est assez classique, en remerciement, mais... C'est ça. C'est plus « est ce que j'ai été le médecin qui fallait pour ce patient là »... Oui, comme si l'entourage avait aussi un droit de jugement, finalement. De la façon dont on s'était comporté par rapport à ça, quoi.

- Et cette dame là, vous la suivez aussi ? Vous l'avez accompagnée dans son deuil ? Vous avez

essayé de la voir dans ce cadre là ?

- Oui, tout à fait.

- Du coup, ça a pu vous « parasiter », entre guillemets, dans cet accompagnement ? Quand vous vous disiez « est ce que j'ai bien fait » ?

- Oui. Je crois que ça a été assez fugace comme sentiment. C'était plus ma difficulté à... Je veux dire c'était matérialisé par elle parce qu'elle était présente, elle était tout le temps là, elle savait quand je disais on va faire tel truc, telle piqûre, tel machin... Comme si elle avait un regard dessus, si tu veux, mais en fait... Justement, j'ai été très vite « rassurée », entre guillemets quand, quelque part, elle m'a remercié, en me disant qu'elle avait été vraiment très contente que son mari puisse rester à domicile, etc., etc. Voilà. Ca a été assez vite passé, quoi. Du coup, après, je n'ai pas eu l'impression que ça me « parasitait » forcément. Après, on est vite dans l'histoire de vie des patients. C'est certain que l'accompagner elle dans son deuil après avoir accompagné son mari dans sa maladie, c'est complètement différent que d'accompagner une dame comme l'autre dame dont je ne connaissais quasiment pas le fils, dont je n'avais rien à voir avec la mort du fils en tous cas. Donc c'est vrai que c'est quand même effectivement des situations différentes, quoi. Et je ne peux pas dire que ça ne m'est pas resté... Non, ça me met dans deux positions différentes, effectivement.

- Est ce que tu as l'expérience de consultations qui ont pu être difficiles pour toi en tant que médecin, de patients qui ont perdu quelqu'un, mais y a longtemps... Est-ce que tu peux rencontrer des difficultés dans l'accompagnement de ces personnes là ?

Enfin, y a longtemps, disons dans les mois qui suivent, ou les années...

- Oui. Oui, y a le problème du deuil immédiat, très récent et....Moi je... Est-ce qu'il s'agirait de personnes qui viennent consulter pour ça, effectivement...Parce que je n'arrive pas... Si, y a le problème... Ca m'évoque une situation assez récente aussi d'une dame dont je suis le médecin traitant et dont la petite fille a été tuée d'un accident de voiture. Alors, pareil, je ne la connaissais pas du tout. Je connaissais la fille ; j'avais été médecin traitant de la fille, mais qui était partie de la région donc je ne connaissais pas la petite fille. Cette dame là, je ne l'ai pas vue du tout après... Donc, il s'est passé l'été et donc je l'ai vu quelques mois après. Et elle est venue parce qu'elle était pas bien. Elle n'était pas bien du tout. Donc, très rapidement elle m'a dit, ou c'est moi qui lui ai dit « je suis au courant de ce qui vous est arrivé »... Et, je me suis mis en position d'essayer de la

soutenir dans cette période difficile et... donc je lui ai proposé de la revoir. Là aussi, j'avais du mal sur le plan émotionnel... Elle pleurait en parlant de sa petite fille, etc., mais... Là, c'est vrai, je me suis positionnée comme je me positionne quelques fois plus en psychothérapeute en lui proposant de revenir. Et y a un moment je me suis dit, finalement, pourquoi je lui propose ça ? Enfin, en quoi j'ai l'impression que ça va pouvoir l'aider de revenir régulièrement, parler de sa petite fille.... ? Je sais plus. Je l'ai vu quand même longtemps, pendant plusieurs mois. Et y a un moment, j'avais l'impression que ça servait pas forcément à grand-chose... j'ai l'impression qu'à chaque fois.... Est-ce qu'elle se sentait obligée de reparler de sa petite fille ou... j'ai l'impression que comme le point de départ, ça avait été la mort de sa petite fille... Et effectivement, fallait presque que ça revienne à chaque consultation, où elle en était par rapport à ça. Et du coup, j'ai eu l'impression qu'on n'avancait pas forcément beaucoup dans la problématique de cette dame là. Voilà, le thème c'était la mort de la petite fille. Et qu'on n'arrivait pas à dépasser beaucoup ça. Je pense que cette dame elle avait d'autres raisons de ne pas aller forcément très bien.

- Vous n'aviez pas l'impression de lui apporter quelque chose ?

- Non, voilà.

- Et elle, qu'est ce qu'elle en disait ?

- Là, ça fait un moment que je ne l'ai pas revue. Les dernières fois que je l'ai revue, elle en disait... « Ben toutes façons, ça changera rien » « elle reviendra pas ». Ce qui est vrai. Et puis de toutes façon, elle était sur un discours « faut bien que la vie continue »... Mais... Voilà, je n'ai pas forcément eu l'impression d'être très aidante... en même temps, cette dame là, je ne l'ai pas forcée à venir. En même temps je ne l'ai pas forcée à venir, en même temps, je lui ai quand même proposé assez vite « c'est peut être important qu'on se revoie, que vous puissiez en parler, etc. » et je ne sais pas finalement si y avait tant de choses que ça pour en reparler. Au début, la question était aussi ; est ce qu'il faut que je prescrive quelque chose, est ce qu'il faut que je prescrive des somnifères, etc. Disons que je me suis posée la question aussi par rapport à cette dame là de... sur un plan plus théorique, où est ce qu'on en est par rapport au deuil pathologique... Est-ce qu'on n'est pas en train d'être dans un deuil pathologique... Commencer à envisager l'idée d'antidépresseurs... Enfin, c'est venu aussi. Ce n'est pas quelqu'un du tout qu'était demandeuse de médicaments, mais... C'est vrai que ça m'arrive aussi de suivre ces gens un peu en « psychothérapie » entre guillemets... Là, j'ai l'impression que le deuil de sa petite fille, c'était tout d'un coup le prétexte, mais je ne sais pas si

elle était si demandeuse que ça, en fait. Elle était peut être demandeuse un peu d'un soutien, pas plus... et que moi, je me suis dit, « cette dame, elle a sûrement besoin d'un suivi. Je crois qu'il y a des rendez vous qui ont été annulés, et puis, elle revenait, donc je me sentais obligée de lui dire « comment vous allez »... Donc, on ne peut pas dire que j'ai été très efficace... Enfin, efficace, c'est pas forcément le problème... Je me suis pas sentie forcément très à l'aise là dedans.

- Ce serait quoi être « efficace » ?

- Oui, justement, j'y suis revenue, je ne sais pas vraiment ce que voudrait dire « être efficace »... Etre efficace dans un deuil... Je crois que c'est vraiment une situation où il n'y a pas lieu de chercher à être efficace. Peut être ce serait Mais ce serait peut être très prétentieux de ma part aussi d'essayer de faire qu'on va vite être guéri de tout ça, qu'on n'en parle plus. C'est-à-dire que moi, je suis très très réticente quand même à ce qu'il y ait des antidépresseurs, des anxiolytiques, ou autres ; je pense que quelque chose qui revient très très souvent chez les gens que je vois en deuil, c'est de leur donner l'autorisation d'être triste, de pleurer, et de leur dire que j'ai pas envie qu'ils prennent des antidépresseurs parce que ça me paraîtrait vraiment pas normal qu'ils pleurent pas après ce qui leur arrive. Ca, c'est vraiment quelque chose qui me tient beaucoup à cœur. Et cette demande, d'ailleurs qui émane souvent de l'entourage, en disant « faut faire quelque chose », « c'est difficile de la voir comme ça », etc.... Donc je veux dire, autoriser ça en disant « que vous pleuriez, que vous soyez triste, ben oui »... Et je leur dis très souvent ça « franchement si vous pleuriez pas aujourd'hui, je ne trouverais pas ça normal »... « Vous venez de perdre votre fils, vous venez de perdre, etc.... heureusement que vous pleurez ; et moi, je n'ai pas envie de vous donner d'antidépresseurs aujourd'hui... On verra dans quelques mois si les choses vraiment n'évoluent pas... ». Ca, ça me paraît important, de ne pas être dans un mouvement où une fois de plus, on essaie d'évacuer la mort comme si ça n'existait pas. Donc, c'est peut être ça. Si je dis ça, c'est que vraiment, tout en faisant référence avec ce que je disais au départ, c'est-à-dire je suis quand même frappée de voir comment, pour plein de gens... Je ne sais pas, 10 ans plus tard, 15 ans plus tard... On s'aperçoit qu'ils n'ont pas... Ils le disent d'ailleurs... Qu'ils n'ont pas pu pleurer sur la perte de leur mari, de leur grand-père, de tout ça... Donc, je crois que c'est important. Je ne sais pas si ça change grand-chose d'ailleurs. Je sais pas si les gens qui pleurent aujourd'hui sur la mort de leurs enfants, je sais pas si dans 9 ou 10 ans, ils n'auront pas à nouveau besoin peut être de pleurer sur cette mort là. Mais, voilà. En tous cas, qu'ils sachent que ce n'est pas anormal de pleurer, de prendre le temps de pleurer, de prendre le temps que les choses se remettent en place.

- C'est des questions que vous pouvez vous poser ; « est ce que je leur propose systématiquement de revenir pour en parler? »... des questions sur la place que vous pouvez prendre ?

- Voilà. Mais vous voyez, l'expérience de la dame dont je vous parlais, finalement, me fait... je crois que c'est important de respecter aussi leur rythme... Donc la dame avec la petite fille, c'est là où je me dis « de quoi je me suis investie là dedans, à vouloir moi... ». Alors que l'autre dame qui a perdu son fils qui s'est suicidé je l'ai vue une fois. Elle est venue une fois et voilà. Simplement, je lui ai dit que je restais à sa disposition si elle avait envie d'en parler. Je la reverrais sans doute cette dame, mais je n'ai pas eu envie de m'inscrire comme ça, d'emblée, dans cet espèce de position.

- Savoir comment un deuil devient pathologique, c'est facile pour vous ?

- C'est un peu théorique pour moi. Ca, ça fait partie un peu de ce qu'on dit dans les cours... ça me parle pas trop, justement. Ca ne me parle pas trop et en même temps, c'est quand même cette question là que je me suis posée par rapport à cette dame. Là, je fais vraiment écho à une formation qu'on a eu sur le deuil, et où effectivement on notait des classifications... Mais ça, après c'est compliqué parce que c'est vrai que ça, je suis quelqu'un qui n'aime vraiment pas les antidépresseurs, donc... Dans les formations, le deuil pathologique, c'était à un moment où quand même faut savoir donner des antidépresseurs... En tous cas, pour moi, ça ne se situe pas du tout en termes de temps. Y a sans doute des gens à qui je serais tenter d'en donner plus rapidement parce que je sens qu'ils sont dans une souffrance terrible et que je n'ai pas d'outils pour les aider à s'en sortir. Donc ceux là, j'aurais sans doute peut être envie de leur donner des antidépresseurs plus vite alors que d'autres qui sont pas bien pendant longtemps mais que je sens que dans la démarche psychothérapique, ils avancent, tant pis. Voilà. C'est pour ça que la notion « deuil pathologique », de qu'est ce qu'il faut faire, ça reste très théorique pour moi.

- Et sur le terrain, ça peut être un peu difficile de repérer ça ou finalement, c'est assez clair ?

- Alors, moi, « deuil pathologique », j'aurais envie de dire, et c'est sans doute là que je repense à la dame qui a perdu sa petite fille, je sais pas si c'est le deuil qui est pathologique. Moi, j'ai l'impression que ce deuil là vient réveiller une pathologie sous-jacente. Ca, c'est quand même quelque chose de fréquent. Que du coup, je pense que c'est important de retravailler la pathologie, ou en tous cas, la fragilité antérieure. Pour moi, le « deuil pathologique », c'est ça. Quand le deuil

vient réveiller des choses qui n'ont pas été bien cicatrisées. Je suis beaucoup avec la cicatrisation. C'est l'image...L'idée que un deuil c'est une plaie, qu'il faut du temps pour que cette plaie, elle se cicatrise.... Y a plusieurs façons de vouloir cicatriser une plaie ; on peut mettre des emplâtres par dessus – et je trouve que c'est parfois les antidépresseurs, c'est-à-dire qu'on a bien vite fait de mettre des trucs là-dessus pour que nous, on puisse repartir. Sauf que quand c'est pas bien cicatrisé, on n'est pas sûr que 10 ans plus tard, y a pas une petite pustule qui va se faire, quoi. Et qu'à l'inverse, ben de temps en temps, il faut redonner un bon coup de bistouri dans la cicatrice parce qu'elle n'est pas belle et qu'il faut la nettoyer... Et j'explique aux gens : je pense qu'on peut tous vivre avec des cicatrices, on vit tous avec des cicatrices. Si les cicatrices sont saines, ça pose pas de problème, mais si sous la cicatrice y a plein de pus, ça ne va pas bien, quoi.

- Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous venaient par rapport à ça ?

- Par rapport au deuil pathologique. Si c'est compliqué à repérer ou pas ? Non.

- Si ça n'a pas été déjà évoqué, qu'elle aurait été la situation la plus éprouvante pour vous en tant que médecin, dans l'accompagnement de personnes en deuil ? Et qu'est ce qui a été éprouvant ?

- ... J'essaie de remonter à loin... Je n'ai pas l'impression... Je me découvre tout d'un coup complètement glacial et cœur de pierre... je n'ai pas forcément l'impression qu'accompagner des gens en deuil est quelque chose de particulièrement douloureux.

- Vous avez toujours eu cette impression ?

- Non, justement. Soit c'est difficile... Je n'arrive pas à savoir si j'en parle maintenant, des quelques dernières années ou...

- Oui, c'est intéressant aussi de voir des expériences anciennes...

- Voilà. Ca, j'essayais de rechercher dans le temps par rapport à mes propres difficultés, enfin, ma propre problématique personnelle, si j'avais des souvenirs de quelque chose qu'avait pu être très difficile. J'ai des souvenirs extrêmement difficiles du début de mon installation, mais pas par rapport au deuil des gens, par rapport au suivi, à l'accompagnement des personnes en fin de vie. Ce

qui est différent quand même. Mais d'être désemparée par le fait de voir des gens en deuil...

- Ca peut être au moment de la mort aussi, assurer l'accompagnement des gens au moment du décès... ça peut être aussi la situation de fin de vie, où la personne décède et où vous avez les gens après... ça peut être tout ça...

- Oui. Vous voyez justement c'est difficile de faire la différence entre ce qui est difficile dans l'accompagnement de la fin de vie et l'accompagnement des endeuillés... Parce que je trouve que la fin de vie, c'est aussi... C'est notre propre attachement au patient qui part, et puis c'est notre propre compétence aussi... Est-ce qu'on a eu la compétence nécessaire pour faire que cette fin de vie se passe pas trop mal à domicile ... Enfin quelques cas parce que ce n'est quand même pas si fréquent que ça...

- Est-ce qu'on pourrait dire, par rapport à ce que vous disiez tout à l'heure, que ça a pu être à certains moments éprouvant au début de votre installation et ça l'est beaucoup moins maintenant ?

- Oui. Voilà. Je suis en train de chercher des situations où ça a pu être très éprouvant. C'est vraiment la question que je me pose. Je suis en train d'essayer de me remémorer des situations où ça aurait pu être... C'est vrai que j'ai quand même eu moi, toute une partie de mes premières années d'installation, avant de faire du Balint, etc., où j'ai eu l'impression de porter toute la misère du monde sur mes épaules. Mais que ce soit en terme de deuil, en terme de tout... Là pour moi, y a ça dans ma carrière professionnelle. J'ai envie de dire, y a eu cette première partie où je pense que j'avais l'impression de porter la misère du monde sur les épaules et qu'au bout d'un moment ça n'a plus été soutenable... Et grâce à l'expérience Balint et après la thérapie personnelle, ça a changé des choses. J'ai pu mettre cette distance dans mon boulot... Est-ce que les questions de deuil étaient celles qui me déstabilisaient le plus ? En tous cas, ça ne me vient pas comme ça spontanément...

- Disons que pour quelqu'un qui porte la misère du monde sur ses épaules, ça peut être des moments... vu que les gens sont quand même bouleversés à ce moment là... ??

- Oui... C'est pour ça je me disais « est ce que j'ai le souvenir... » ou est ce que j'étais justement aussi dans la fuite ? Ce qu'est possible parce que je sentais que ce n'était pas tolérable pour moi... je ne me suis jamais interrogée là-dessus... Je ne peux pas dire qu'il me revient une situation où je me

dise « c'est horrible ce truc... »

- Vous avez commencez à répondre à la question qui suit... beaucoup de situations qui peuvent être éprouvantes émotionnellement – peut-être pas, je sais pas – éprouvante ou pas... en tous cas pour le patient elles le sont... Quand ça déclenche des émotions chez vous, comment est ce que vous faites pour gérer ça ?

- Comment je fais ?...

- Vous m'avez parlé de groupe Balint, etc.... Je ne sais pas ?...

- Oui. Bien sûr, ça, ça m'a aidé, tout à fait. Comment je fais aussi au niveau de la consultation ?...

- Ca peut être pendant la consultation, ou après, le soir quand vous rentrez...

- Oui. Je crois qu'au cours de la consultation, je crois que j'arrive sans trop d'efforts à ne pas me laisser envahir par mes émotions... Je ne crois pas que ce soit par peur... Ce que je disais tout à l'heure par rapport à ça. Après, j'ai quand même la chance... je ne sais pas si c'est une chance d'ailleurs... C'est évident qu'avec mon mari, qu'on fasse le même boulot, qu'on soit confrontés aux mêmes choses, c'est probablement une chance, et en même temps un risque... Mais c'est évident que les situations un peu difficiles, c'est quand même bien, le soir en rentrant, de dire « oh là là... ça a été dur, j'ai vu Madame machin, qui a perdu son fils qui s'est suicidé, etc. ». Enfin, c'est évident que ça, c'est important, de pouvoir en parler... De quand même débriefing un peu, quand même... Moi, ça me paraît important... Et puis, quelquefois avec les collègues du cabinet aussi, quand c'est des gens qu'ils connaissent, et tout... Ca me paraît tellement naturel et spontané, obligatoire, que je ne me rend même plus compte qu'il y a quand même plein de médecins qui ne font pas ça... Et ça me paraît tellement invraisemblable de pouvoir encaisser tout ça sans en parler que je me sens loin de tout ça...

- Vous disiez justement que vous aviez mis ça en place au fil du temps...

- Je crois que ça s'est mis en place au fil du temps effectivement... Enfin, si vous voulez, c'est quand même un peu faussé, dès le départ, vu que mon mari et moi, on fait le même boulot... Donc

c'est vrai que forcément... ça faisait déjà un espace... Y a d'autres inconvénients, je veux dire, clairement... Je ne vais pas dire à tout le monde que c'est vraiment très bien d'être mariée avec un médecin... C'est une évidence que pour moi, c'était ça...

- Par exemple, si on reprend l'exemple de cette femme où vous aviez envie de pleurer, des larmes qui vous viennent... Vous les mettez de côté pendant la consultation. après la consultation, une fois que vous êtes chez vous, qu'est ce que vous en faites ? Vous les mettez de côté ou vous pouvez en faire quelque chose, vous pouvez en parler avec vos collègues, etc. ?

- Oui voilà, je peux en reparler avec des collègues... ou avec mon mari... Mais c'est vrai que comme je disais, je me sens beaucoup moins envahie qu'à une certaine époque par tout ça... Là, ma question, elle est plus de savoir est ce que c'est important de gérer mes émotions ? En même temps, je n'ai pas l'impression que ce soit quelque chose de catastrophique... Vraiment, si je me mets à pleurer un peu... mais je crois que ça ne m'arrive pas. Dieu sait si je suis capable de pleurer facilement... dans d'autres circonstances ou autres... Mais je n'ai pas l'impression que ça me demande un effort surhumain... Et par contre le fait de pouvoir en parler après... Je ne sais pas... De toute façons, ça m'est difficile de voir les gens souffrir, d'une manière générale... Et c'est pour ça que j'ai vraiment besoin de prendre du recul par rapport à ça... De perdre l'illusion que je vais pouvoir consoler tout le monde et faire que grâce à moi, les gens n'allaient plus être malheureux, etc. C'était ça ma façon de penser, porter la misère sur mes épaules... C'est de me dire « ils viennent tous me demander de les soulager, je suis incapable, je ne peux pas... »... Le jour où j'ai pu me dire « Oui, tu ne peux pas soulager tout le monde »... Ca va mieux. Et je trouve que quelquefois je vois des gens qui sont en souffrance, enfin, y a des souffrances que je trouve beaucoup plus difficiles et intolérables que des deuils. Je ne peux pas peser, etc., mais pour moi, ce n'est pas forcément... Voilà. Ça fait partie des choses difficiles... Qu'est ce qui est venu l'autre jour aussi?... pareil. Une dame qui est venue s'effondrer parce que son frère s'était suicidé la veille, etc. Je ne pense pas forcément que ces situations me déstabilisent... Pas plus que d'autres... C'est vrai que ce que je trouve quand même difficile dans la souffrance des gens, c'est justement de pas comprendre pourquoi ils sont tellement en souffrance... Et finalement, face à un deuil, on n'est pas dans ce questionnement là. J'ai envie de dire, c'est une souffrance normale. Et pour moi, je suis moins déstabilisée, entre guillemets, par une « souffrance normale », que par une souffrance que je n'arrive pas à comprendre... Et là, je rejoins un peu le problème de la difficulté par rapport à la dépression. A la limite, je trouve que c'est plus facile de prendre en charge une dépression réactionnelle, que de prendre en charge une dépression endogène, comme on dit. Je trouve qu'on a

des repères un peu, et le deuil fait partie pour moi de ces choses, en tant que médecin, en tant que professionnelle, je ne suis pas forcément si déstabilisée que ça parce que je trouve ça normal, et du coup, j'en me remets pas en cause. Je me dis pas « tu ne sais pas t'y prendre, il est malheureux » et tout ça... là, c'est normal qu'il soit malheureux. Alors que quelques fois, je vois des gens très en souffrance, je ne sais pas pourquoi, je ne sais pas comment les aider... Et ça, ça me déstabiliserait plus. J'ai l'impression que là, j'ai plus un rôle où je me dis « là, faut que tu les aides à se sortir de là »... C'est vachement intéressant de reparler de ça. Je suis convaincue que le fait de parler, ça me fait avancer...

- Deux petites questions pour finir... Si vous deviez transmettre votre expérience, pas forcément que des difficultés, mais aussi des points importants que vous avez pu acquérir au fil du temps... Au regard de votre expérience, comment voyiez vous votre rôle de professionnelle auprès des endeuillés ? Les grands points...

- Oui... J'ai vraiment l'impression que c'est ça ; c'est un soutien, lieu d'écoute... C'est un peu bateau... mais un lieu d'écoute avec quelqu'un qui puisse être un peu solide en face d'eux. Et du coup, j'ai envie de dire, apprendre à prendre de la distance. Voilà. Etre capable de garder une certaine distance pour pouvoir rester dans ce rôle de soutien... Après, c'est moi. Après, ça ne me choque pas... Je vois des médecins qui sont complètement pris dans l'histoire de leur patient... Pourquoi pas. Moi, je n'ai pas envie de ça... C'est pas parce qu'on a quelqu'un en face de nous qui est en deuil qu'on doit forcément se mettre dans une position tout d'un coup affective, totalement différente... Je pense pas que dans ma position de médecin, je doive me substituer aux amis de la famille... je tiens même à ne pas être dans la même position. Un rôle de soutien, vraiment un rôle de soutien... et d'écoute. Et justement, ce qui fait un peu la différence, c'est si je suis moi-même prise dans l'histoire, si moi-même j'ai un attachement par rapport à ce patient... C'est vraiment là que ça se fait la différence... Accompagner quelqu'un qui est en deuil de quelqu'un que je ne connais pas, c'est quand même sûrement plus facile que d'accompagner quelqu'un d'un deuil pour lequel moi-même je suis touchée parce que c'est quand même mon patient... Et après, c'est quand même tout à fait à hauteur de l'investissement que j'avais avec la personne disparue. Je cherche... Je réfléchissais au dernier patient... Qu'est ce que j'ai eu moi comme perte.... De patient auprès duquel je m'étais beaucoup investie... Je ne sais pas trop... La jeune fille qui s'était tuée, là, ça avait été vraiment difficile parce que c'était une jeune fille avec qui j'avais quand même une relation assez privilégiée... Et en plus, c'était une relation qui avait tournée, adolescente, pour elle, autour de la mort. Et là je me souviens que j'avais vraiment trouvé ça difficile. Pareil ce sont des décès, je dirais

anormaux, de personnes jeunes, de mort brutale, de choses comme ça... Je suis en train de chercher... la mort de cette jeune... Je la vois maintenant... Je n'ai pas le souvenir de l'avoir vue beaucoup après la mort de sa fille... Je regarde juste si ça avait été quelque chose de difficile.... Moi, je me souviens ça avait été quelque chose de difficile. Parce qu'affectivement, j'étais assez proche de cette jeune... Après, ce sont des personnes âgées... donc la vie suit son cours aussi...

- Ma dernière question ; si il y avait une formation sur le deuil, que ce soit des FMC, etc. Si vous, vous deviez y aller, qu'est ce que vous aimeriez bien qu'il se passe dans cette FMC ? Qu'est ce que vous pourriez en attendre ?

- Question compliquée... C'est une question un peu compliquée parce que je suis parfois un peu désabusée par les FMC... Est-ce que j'aurais envie d'y aller ? Je ne suis pas du tout sûre... Mais ça, c'est complètement biaisé, parce que je pense que moi je fais un travail par rapport à ça et que je ne vois pas trop ce que pourrait m'apporter de plus... Enfin, vous voyiez, je me situe beaucoup plus dans une situation où c'est moi qui ait eu besoin de... J'ai beaucoup de mal d'ailleurs avec les FMC...

- Alors si vous deviez organiser une FMC, vous verriez ça comment ? Qu'est ce que vous pensez qu'il serait important de traiter dans cette formation ?

- Alors là, je crois vraiment que j'aurais envie de travailler soit en jeux de rôle, soit en groupe de pair, soit en Balint... Alors sans doute, sur deux jours, on ne pourrait sans doute pas faire que ça... Mais j'ai tellement l'impression que ce qui peut aider les médecins, c'est pas quelque chose qui viendrait de l'extérieur. Mais qu'ils se rendent compte qu'ils aient le droit de...

- Ce serait du pratique, de l'expérientiel...

- Oui, vraiment. J'aurais envie de leur donner pour une fois l'occasion de parler. J'aurais envie de leur dire « écoutez, venez avec un dossier d'une situation qui a été un peu difficile... » et on en parle. Bon, faudrait des gens un peu costauds, je veux dire. Je pense que c'est important de m'entourer de gens... Parce que c'est dangereux quand même... On ne peut pas s'improviser comme ça non plus... Mais je trouve vraiment que toutes les FMC... Comment dire ? La relation à l'autre, etc., etc. Quand je dis désabusée, ce n'est pas désabusé, c'est très sceptique... Sauf s'il se passe quelque chose pour soi pendant ces deux jours là. C'est à dire qu'on se rend compte que le fait

de parler de quelque chose de difficile, ça peut nous libérer. Et ça, on peut faire cette expérience là, même sur une journée. J'aurais vraiment envie de poser des choses de ce type là.

- Dire quelque chose qui peut nous libérer... Y a presque quelque chose de thérapeutique.

- Oui. Mais moi je pense que... c'est sans doute très prétentieux de dire ça... Je pense quand même que pour être aidant et soutenant dans une situation, faut quand même qu'on soit à peu près bien avec soi-même...

- Tout ce qui est théorique... Vous me parliez de deuil pathologique, ...Vous avez eu des formations là-dessus ?

- Oui sans doute... J'ai lu pas mal de trucs parce que j'ai fait un peu d'enseignement à la fac, j'ai fait un peu des ED de psychomédical, donc ça oblige à regarder , etc.

- Est-ce que vous trouvez que c'est important d'avoir ces connaissances ?

- Je crois que c'est quand même bien qu'il y ait des gens qui aient écrit là-dessus, etc. Moi je sais, j'ai beaucoup de mal à être dans la conceptualisation des choses. Je ne suis pas du tout une intellectuelle. J'ai beaucoup de mal à bouquiner... J'ai beaucoup plus d'accroche avec le vécu. Mais c'est important, c'est aussi indispensable qu'il y ait des gens qui théorisent. Il y a des gens qui écrivent quand même des trucs supers... Et ça, ça peut être quand même aidant... Donc c'est pour ça, moi, quand tu me demandes ça, personnellement, je ne peux pas dire que je me sente vraiment des besoins de formation par rapport à ça en ce moment.

- Mais vous savez qu'un deuil pathologique ça existe, mais Si vous ne saviez pas, est ce que ça ne vous aiderait pas d'avoir quand même quelques repères?

- Je vous disais que je n'y croyais pas... J'ai employé ce terme là parce qu'effectivement, j'ai lu ce terme quelque part et que j'ai vu... Bon, c'est vrai que c'est toujours intéressant quand on parle avec d'autres de mettre les mots sur les mêmes choses, d'où l'intérêt de conceptualiser un peu mais moi je pense que tu peux lire des tas de trucs sur le deuil si toi tu as vraiment une grosse problématique que t'as pas résolu, ça risque d'être difficile... Mais maintenant y a sans doute des médecins qui sont extrêmement aidants même si eux ils ne sont pas bien...

- Donc ce serait quand même un travail sur le... on peut dire le savoir être ?

- Oui tout à fait. Sur le savoir être bien plus que sur le savoir faire.

- Il y a quelque chose dont on n'a pas parlé mais dont j'aimerais avoir votre avis...Au niveau du temps de consultation par rapport aux gens qui sont en deuil, est ce que c'est quelque chose qui peut vous poser problème?

- Oui, mais là encore j'ai envie de dire pas forcément plus avec quelqu'un qui est en situation de deuil qu'avec quelqu'un dans d'autres situations. C'est vrai que je ne crois pas encore... Moi j'ai besoin d'avoir des consultations pas trop rapides. C'est évident que si un jour, je suis en retard dans mes consultations, et que je vais avoir quelqu'un qui va venir en période de deuil. Tant pis, je vais quand même prendre un peu de retard dans mes consultations... mais je vais essayer de pas me faire envahir. Et par contre, je vais là , sans doute representer beaucoup plus vite. C'est quand même vrai que c'est sans doute une des circonstances, face à une situation très aigue où je vais accepter de me laisser déborder en me disant tant pis si ma grand mère pour son renouvellement de diabète après je la...Si je trouve que ça fait quand même partie des situations aigues qu'on doit quand même pouvoir... Sans forcément y passer des heures non plus... et là on revient dans la notion de grande consultation et tout... et si, je vais certainement faire un effort. Tu vois je pense à une dame qui es venue l'autre jour... un lundi matin, je m'attendais pas du tout en plus. Le lundi matin en général c'est les maux de dos, etc. j'ai vu cette dame peu de temps auparavant, justement. Je me demande si c'est pas pour un mal de dos... elle avait pris rendez-vous. Je m'étais dis « Tiens elle a pas dû pouvoir retravailler ce matin, elle doit venir pour son arrêt de travail ou je sais pas quoi ». Et puis je la voyais un peu palotte dans la salle d'attente. Je la fais rentrer, et là, elle s'effondre sur le bureau... en sanglotant et ayant beaucoup de mal à parler. Je dis « qu'est ce qui vous arrive ? » et là « mon frère s'est suicidé cette nuit »... et là, quand même, c'est vrai, ça te jette un truc dans ta consultation... et bien il a bien fallu lui laisser le temps un peu ... arrêt de travail avant qu'elle reprenne. Mais oui, ça me paraissait quand même indispensable de prendre quand même un peu de retard, même sur un lundi matin...

- Vous arrivez à rester disponible avec la patiente ?

- Oui. Bon des fois ça m'énerve un peu quoi. J'aimerais mieux me sentir moins à la bourre derrière

... C'est d'autant moins facile que c'est un matin à 10h. C'est quelquefois plus difficile. Je crois vraiment quand même que ces consultations aigues... on ne peut pas faire abstraction de ça. Il faut pas qu'il y en ait plein dans la même après-midi... C'est quand même les limites de notre boulot... D'ailleurs que ce soit du deuil ou c'est vrai quelquefois des trucs très violents. Je crois que c'est important de faire quand même un peu la part des choses. Pour moi, les consultations de deuil font partie des choses qui peuvent un peu me bousculer dans mes consultations.

- Une dernière chose qu'on n'a pas évoquée non plus ; est ce ça vous arrive de travailler en réseau ?

- Oui

- Et ça ne vous pose pas de problèmes, vous avez des gens avec qui travailler autour ?

- Alors, oui. Mais là encore on est plus en travail en réseau par rapport aux accompagnements de fin de vie. Moi c'est plus à ça que je pensais. Je trouve qu'une fois de plus, dans ces situations qui sont difficiles et douloureuses, le fait de pas être seule est hyper important...

- Est-ce que ça vous arrive d'adresser des gens en deuil ? D'avoir l'impression de bloquer et du coup d'orienter ?

- Pas beaucoup. Je ne saurai pas à qui envoyer. Et j'ai jamais cherché vraiment non plus parce que je crois que je me suis jamais retrouvée dans des situations où je me disais faut absolument... Ca existe des associations d'aide ?... parce qu'il y a des associations spécifiques auprès des familles de gens qui se sont suicidés, ou de perte de jeunes enfants..., de maladie, de cancer ou autre... mais je sais pas si il en existe des associations d'aide au deuil, d'aide au soutien...

- Il y a Jalmar(...)

Ca vous arrive de faire appel aux psychiatres, etc. ?

- Non. Effectivement ,c'est pas facile en tant que recrutement de médecins.

- Ok. Merci. Tu vois d'autres choses.

- Non, merci de m'avoir donné l'occasion d'être interrogée et d'avoir pu partager.

Sixième entretien

- Première question, de manière assez globale, si je te dis le mot deuil, qu'est-ce que ça t'évoque...Quelle représentation tu peux en avoir ?

- Par rapport au mot deuil ?

- **Oui**

- Alors la mort, la souffrance, la solitude, le temps...

- **Le temps ?**

- Oui le temps, ...Heu...une phase de la vie...une phase pas facile...

- **Ouais ?**

- Ouais, ouais, ouais, la douleur beaucoup, ouais la douleur

- **La douleur ok**

- Heu je ne sais pas ...

- **Donc c'est une phase pas facile de la vie ...**

- Ouais

- **Qui est douloureuse ...**

- Et longue en fait...

- Longue...

- Heu, bon...Heu, comment...Enfin pour moi le deuil ca dit vraiment sur longtemps quoi...

- Oui...T'as des idées de...de temps ...

- Je trouve que les gens sont souvent très attentifs au moment d'un décès, d'un ...

- Oui

- Enfin le deuil ça peut être aussi la perte de quelque chose, c'est pas forcément la mort, hein !

- Oui, oui

- Ca m'évoque plutôt ça au départ mais en tout cas c'est une perte...

- Oui

- Voilà.

- La l'enquête que je réalise est centrée sur la perte d'un être vivant...

- Et voilà, et souvent je trouve que les gens sont très attentifs, dans le temps...Après, et finalement...
Et c'est souvent beaucoup plus long ... Voilà les gens et l'entourage se rendent pas bien compte...

- Dans la longueur...

- Ouais, voilà.

- Les gens sont proches au début puis après...l'attention s'effiloche.

- Voilà, ils lâchent beaucoup, enfin, bah par rapport à mon job de généraliste, j'essaie d'être attentive, enfin, je me garde ça en tête assez longtemps quoi...

- Oui, ça vous arrive de ré-aborder le sujet avec eux plus tard ?

- Ouais

- Et quand tu dis que ça peut être long, est ce que t'as un ordre d'idées de ce temps ?

- Non, je dirais...Je sais pas, je dirais sur trois ans après, 4 ans après...rester attentif encore sur plusieurs années, il y a les premiers mois, après, les premiers noëls, les premiers anniversaires, enfin il y a des phases comme ça où ... Les premiers anniversaires, soit de la personne, soit du décès de la personne ...Des choses comme ça....Et puis voilà, le deuil c'est un peu, ça dure un peu toute la vie...

- Oui

- Les gens portent ça longtemps, mais bon, j'essaie d'y être plus attentive à certains moments.

- Donc, les dates d'anniversaires, certaines périodes de l'année... C'est des moments où tu peux faire plus attention....

- Ouais, ou j'essaie de faire un lien quand les gens sont malades, enfin...des fois de voir un peu quand ils cherchent un arrêt de travail, ou quand on voit bien que ça tourne autour d'un arrêt ou alors faire une pause, de chercher le pourquoi ou qu'est-ce qu'il fait là...Un coup de fatigue...Le fait qu'il...Qu'est-ce qui se passe à ce moment là quoi.

- Ce sont des gens que...Que t'as connu au moment où ils ont perdu quelqu'un?

- Oui

- Et les nouvelles personnes que tu ne connais pas est ce que ça fait partie des questions que tu leur poses ? Tu leur demandes s'ils ont...?

- S'ils ont perdu, ouais. S'ils ont eu des décès...Mais bon, c'est plus aussi des gens avec qui, enfin j'ai suivi des fois, juste au cours des consultations ils racontaient la maladie de leur père...Des choses ...Ou des gens que j'ai suivi qui sont décédés donc je vois le reste de la famille.

- Alors deuxième question, est-ce que t'as déjà eu l'expérience de consultation de personnes qui viennent juste de perdre quelqu'un ou dans les premières semaines, et qui ont pu être difficiles à gérer pour toi ?

- Heu...C'est compliqué...Une par exemple, oui, une jeune femme, j'étais pas du tout au courant que son père...Elle vit avec sa mère, elle est proche de sa mère en tout cas, et son père était alcoolique, il est décédé brutalement et elle était là, et elle a jamais parlé de son père quoi. Et elle est venue en larmes, elle a pleuré toute la consultation, et elle voulait un arrêt de travail, parce qu'elle ne se sentait pas capable de travailler. J'ai fait l'arrêt de travail, je l'ai pas fait régler, j'étais incapable de rentrer dans son... enfin j'ai laissé la porte ouverte, "revenez si vous avez besoin" etc... Mais elle était... enfin c'était très compliqué... c'était dur parce qu'elle pleurait tout le temps. J'essayais d'être là et que... c'était pas le moment, enfin je ne sais pas, en tout cas je ne suis pas rentré en lien...

- Tu n'as pas réussi à rentrer en lien, c'est ça ?

- Ouais, c'est ça, mais y'a pas eu de.. Mais...enfin, je pense qu'en même temps c'était comme elle avait toujours caché la maladie de son père, enfin.. elle en avait une gêne, et du coup.. Enfin je sais pas trop pourquoi ça a échoué.. Enfin...Ouais, tu vois?

- Pour toi la consultation a échoué, c'est ça?

- Enfin ça a échoué... j'aurai aimé un peu être en soutien après. Je dis pas, peut-être, ne serait-ce que de dire "revenez si vous avez besoin", c'est déjà une porte ouverte, c'est pas complètement un échec, mais euh.. je ne l'ai pas apaisée, elle est partie et je pense que je ne l'ai pas apaisée du tout.

- Pour toi, ça aurait été réussi si t'avais eu l'impression de l'avoir apaisée ?

- Un petit peu oui. Juste l'apaiser, vider son sac, je sais bien qu'on ne va pas faire de miracles mais... Ouais, juste apaiser un peu quoi.

- D'accord. Et le fait qu'elle pleure tout le temps pendant la consultation, c'est quelque chose..

- Ca ne me met pas...Très à l'aise...

- Ca te met pas à l'aise..

- Je sais pas.. Non, c'est chez cette jeune femme.. Mais bon c'est comme ça rappelait des choses.. J'ai perdu ma sœur moi, quand j'avais 19 ans, et je pense qu'il y avait.. ça jouait un peu de cet ordre là. Je l'ai vu tellement mal que.. Peut-être que ça m'a rappelé des choses et que du coup j'ai différé un peu aussi, j'ai pas insisté énormément, en disant que je pouvais la revoir, que j'étais disponible mais euh.. J'étais peut-être pas très...C'est ça qui est difficile aussi dans le.. dans notre job, c'est tellement inattendu. Après, quand je suis pas très à l'aise, c'est arrivé assez souvent que je propose de revoir les gens, et en fait je.. on fixe un rendez-vous ensemble. Et là, je m'attends. A ce qui va se dire.

- On peut se préparer.

- Un peu, ouais, c'est un peu une.. je trouve qu'il faut un peu être disponible quand même. Et des fois.. en fait, voilà : les consultations où je suis pas à l'aise, c'est quand, enfin les gens vont pas le prévoir, mais c'est quand ça tombe comme ça et que..

- Inattendu quoi en fait.

- Voilà. Voilà, et puis finalement, quand t'as pas trop le temps et que...Enfin voilà quoi, dans l'organisation ça se passe pas très bien. Mais par contre, sur des temps prévus, on peut à l'avance...

- Là, tu t'es sentis short au niveau temps ?

- En plus ouais. Elle est très, très en larmes, enfin voilà, elle est vraiment pas bien, moi j'avais pas beaucoup de temps et euh.. voilà, et en plus c'est vraiment quelqu'un qui fait face.. enfin qui essaie de faire bonne figure d'habitude, je pense, et je sentais qu'elle lâchait, enfin qu'elle perdait.. qu'elle lâchait prise, enfin qu'elle perdait le contrôle des choses, et qu'elle en était mal. Et je ne savais pas comment respecter en même temps son... Enfin voilà...

- Donc ce qui a été difficile pour toi là dedans, c'est éventuellement que ça a pu te renvoyer, tu disais, peut être à des choses personnelles.

- Oui, et puis la brutalité des choses. Inattendu, qu'est pas simple dans...

- Qui n'est pas simple à gérer.

- Oui.

- Qui est pas simple à gérer sur le plan finalement "matériel" dans le sens où ça peut prendre du temps et que tu ne l'as pas forcément, et qui est pas simple à gérer aussi, donc tu disais, au niveau émotionnel ou...?

- Là du coup, ce jour là, avec cette personne là, c'était au niveau émotionnel. Et je pense que c'est quelque chose que j'arrive mieux à gérer quand c'est à peu près.. quand c'est préparé. Par exemple, sur mon emploi du temps, si je vois qu'un tel vient, et que je sais que, tu vois, c'est une longue maladie depuis un moment, dans sa famille ou tout ça, je m'y attends, c'est pas...voilà.

- Du coup, sur cette consultation là, est-ce que.. Tu lui as proposé de la revoir? Ou tu lui as dit qu'elle pouvait revenir?

- Oui.. Mais comme je me sentais pas vraiment à ma place, vraiment à ma place moi, elle n'est pas revenue! C'est marrant, elle m'a envoyé son copain par contre. Mais par contre.. mais elle, elle n'est pas revenue. Je pense que.. j'ai laissé.. proposé au cas où mais elle a pas du sentir si.. Pas plus que ça quoi. Je suis peut-être plus à l'aise dans le deuil des personnes âgées...

- C'était une jeune?

- Non, en plus c'était...enfin oui, elle, elle était jeune, mais elle avait perdu quelqu'un.. son père devait avoir 55 ans, mais dans les couples, dans les gens âgés.. Je sais pas pourquoi!

- Elle avait quel âge à peu près ?

- Bah je ne sais pas, 24 ans, un truc comme ça. Et les autres situations difficiles de consultations de deuils, c'est plus avec l'entourage aussi. Enfin, euh.. Par exemple, il y a un patient qui est décédé, avec sa femme et tout ça allait très bien, mais des fois c'est compliqué dans les explications. Toute la famille veut avoir des explications, "est-ce qu'on aurait pu faire différemment", "qu'est-ce qu'il s'est passé"...Ca c'est...L'entourage ouais.

- Par exemple, dans ce cas là, l'entourage, tu l'as vu à la maison ou ils sont venus te voir au cabinet?

- Oui, à la maison, après des coups de fils, des fois, au cabinet.

- A la maison, juste après le décès ? Enfin t'es venue faire un certificat?

- Non, je suis venue le jour de l'enterrement.

- D'accord, ok. T'es venue assister à l'enterrement?

- Non, je suis venue dire bonjour à ma patiente. Le jour de l'enterrement, les enfants étaient encore là. L'épouse du monsieur, les enfants étaient encore là. Et donc, toutes les questions...

- Tu venais lui dire bonjour pour?

- Pour la soutenir, pour lui dire que j'étais là et que...

- Elle savait que t'allais être là ou elle avait l'air surprise ?

- Je lui avais dit que j'essaierai de passer, ce jour là.

- Et là, il y avait la famille en plus !

- Voilà. Et ça, des fois, je trouve que c'est... Ils ont beaucoup de questions, chacun.. Quand il y a pleins de.. enfin quand il y a plein, plein de gens qui ont besoin de parler, c'est compliqué quoi. Et puis quand ils sentent un peu d'écoute, des fois, hop, tout le monde débarque. Alors que je ne suis pas leur médecin quoi.

- D'accord. Donc là, ce qui est difficile, c'est peut-être d'avoir trop de monde ou c'est...

- Oui et puis aussi.. enfin.. c'est plus facile d'accompagner des gens quand on les connaît déjà un petit peu quoi. Des gens qui viennent juste de perdre quelqu'un, que tu connais pas du tout...

- Par rapport à sa femme?

- Sa femme, je la connaissais donc voilà, et puis maintenant je la vois très régulièrement pour ça, enfin pour ses problèmes médicaux, mais aussi.. il est décédé il y a deux ans, ce monsieur, donc en fait elle a.. Voilà, au début, elle a été très, très bien accompagnée, donc je la voyais un petit peu, pas tant que ça. Et puis après, quand ça a commencé à s'effiloche, moi j'étais à ses côtés.

- D'accord. En fait t'as eu la surprise cette fois ci d'avoir des personnes à gérer auxquelles tu ne t'attendais pas?

- Oui, mais ça me dérange pas.. Enfin oui...mais en même temps, je le savais, en y allant ce jour là, je m'attends aussi à ce qui.. ouais je m'attends aussi à ce que, voilà.. Mais je suis pas pour autant à l'aise quoi. Mais ça vaut le coup quand même de passer quoi. Enfin, pour cette femme là, je me dis, ça valait le coup.

- Et, le fait de pas les connaître, qu'est ce que ça change pour toi?

- Je sais pas, créer un lien autour du deuil, c'est compliqué. Enfin, sauf si la personne veut vraiment te voir pour un suivi un petit peu.. Parce qu'elle a trouvé une personne dans son entourage.. enfin quand il y a vraiment une attente importante. Quand tout le monde a besoin de...De venir parler, tout ça.

- C'est pas juste des informations, il y avait un besoin de soutien...

- Oui c'est ça. Moi je me sens pas les épaules...

- Toi justement, à ce moment là, comme c'était un patient que tu connaissais, est-ce que tu as eu l'impression de devoir en faire le deuil également ?

- Oui. Mais en fait je l'ai connu...Lui, par exemple, sa femme est venue me voir en disant: "il est en fin de vie, est-ce que vous l'acceptez comme nouveau patient ? ". Donc je savais qu'on allait faire un court chemin ensemble, je m'y attendais quoi. Euh...Est-ce que j'ai des...Si, j'ai perdu...il y a d'autres patientes où oui, il y a un deuil à faire. Avec une espèce de...d'intégrer l'information très progressivement...De pas y croire...

- Oui ! D'accord !

- De temps en temps avoir le reflex "tiens", et puis enfin.. ça dure un quart de seconde, mais de pas intégrer le fait qu'on... que je reverrai pas cette personne là, et ouais, par exemple. Et puis d'en avoir un peu de la peine, et puis de se poser des questions aussi sur: "est-ce que j'aurai pu faire les choses différemment?", "est-ce que...".

- Tu peux ressentir de la culpabilité?

- Oui, oui, oui. Ah ouais, ça c'est horrible. (rire) Je ne sais pas ce que disent les autres. Mais le truc de se refaire l'histoire, comme la famille peut se la refaire en se disant: "est-ce que j'aurai dû être plus là ? ", moi je le fais d'un point de vue médical, aussi. Tiens il avait évoqué ça une fois: "est-ce que je n'aurais pas du l'envoyer chez le cardio à ce moment là?", ouais. C'est tout un...de refaire

l'histoire, et puis de culpabiliser...ouais aussi. En même temps je me dis "c'est sain", je suis peut-être pas complètement surpuissante, et que j'ai pas...enfin voilà. De s'interroger sur notre pratique, ça nous fait peut-être évoluer aussi. Des fois c'est lourd. Moi, des fois, il y a pas très longtemps on discutait avec mes collègues, je leur dis: "mais comment on vit avec un cimetière dans la tête ? ". Quand même, j'en suis, je suis installée depuis pas si longtemps que ça mais j'ai quoi, 7 - 8 patients décédés, peut-être plus. Et ouais, dans les phases un peu de "ras le bol", de difficultés, je me dis: "zut, j'en connais déjà tant, autant qui sont décédés, plus que 8, je veux dire.. Et je trouve que c'est pas simple, finalement, alors que une personne dans sa vie, enfin habituelle, va perdre quelques personnes de son entourage, mais nous, on va en cumuler quoi, pendant notre... Dans notre carrière. Et ça, ça me fait peur. Moi je me dis, peut-être je serais amené à aller voir quelqu'un, un peu pour faire de la supervision, pour...Je suis pas à l'abri de ça, parce que...Ouais...Et puis en plus nous, on...mais je parle tout le temps, vraiment!

- C'est le but! (rire). Si on sort du sujet je te le rappellerai, pas de soucis.

- D'accord ! Nan mais c'est vrai que des fois, en plus, des gens sont hospitalisés brutalement, t'as plus du tout de nouvelles, et quand t'apprends le décès.. Là aussi c'est.. tu te poses des questions, et puis finalement, autant la famille peut aller rencontrer, mais nous on a quand même assez peu à...On a un vague compte rendu, qui est pas toujours euh...

- T'as l'impression que les informations de l'hôpital, enfin c'est un autre sujet mais...

- Elles sont très factuelles quoi. Il s'est passé ça, enfin... Et des fois on aurait besoin, enfin en tout cas moi j'aurai besoin de dire: "est-ce que vous auriez fait différemment, à ma place ? ", juste pour évoluer aussi, et puis pour comprendre.

- Donc finalement, peut-être que pour ces patients là, un besoin de parler à plusieurs médecins, un peu pour se situer quoi.

- Oui.

- Déculpabiliser aussi.

- Oui. A plusieurs, déjà être moins seule.

- Donc finalement, cette histoire de deuil pour le médecin, enfin ce serait aussi passer par la culpabilité. Enfin se déculpabiliser, ça ferait partie du chemin du deuil finalement?

- Oui.

- Ou en tous cas d'être au clair par rapport à ça quoi.

- Oui.

- Et pour des patients que t'as connu, qui sont décédés, ça peut continuer à te tourmenter parfois, d'y repenser, de te redire, plusieurs années après, " Est-ce que j'ai bien fait ? "

- Oui. Par exemple, la.. Comment ? Pour euh.. C'est marrant, ça m'est pas venue à l'esprit comme consultation difficile mais, tu vois... J'ai été appelé une fois pour un monsieur, enfin la femme elle m'appelle en me disant: "Mon mari est décédé hier, vous pouvez venir ? Je vais très, très mal." etc.. Et quoi.. 42 ans, il avait fait un infarctus massif, et aucun antécédent à tout ça...Je continue à la suivre elle, et ses enfants, mais ça m'était insupportable au départ. Tellement je culpabilisais en me disant mais c'est vrai que, il était vraiment en surpoids, il avait un tout petit peu de cholestérol, il a recommencé à refaire du sport et, tu vois, à une fin de consultation, il m'a dit:" j'ai un peu mal, quand je pique une pointe en vélo, j'ai un peu mal à la poitrine." Et je lui ai dit "on prévoira un rendez vous cardio", mais pas.. je l'ai pas fait dans l'urgence.. Et ce monsieur, il est décédé quoi.. Donc euh.. Et là, je suis encore sa famille, mais au début, ça m'était insupportable. Ils étaient là: "Merci d'être là ! ", mais...

- Mais toi au fond, tu ne pouvais pas recevoir ça.

- Ah non, non, non. Donc j'y étais effectivement, j'y étais, j'ai répondu, mais en même temps j'avais du mal, j'essayais d'arrêter cet espèce de remerciement, parce que moi j'en étais encore à la culpabilité de "est-ce que j'aurai pu faire autrement". Mais finalement, on a pas de...on a pas vraiment de réponse à ça parce que...Même en en discutant avec des confrères, c'est pas toujours simple quoi. Oui, on aurait tous pu...enfin...J'aurai pu le faire quoi. Je l'ai pas fait, certainement d'autres ne l'auraient pas fait non plus et certains disent: "ben moi devant toute douleur thoracique j'envoie tout de suite faire un bilan. Voilà. Donc euh...Donc oui, des fois, la culpabilité, elle prend...

- Ca peut être lourd quoi.

- Oui, ça peut être lourd.

- Du coup cette lourdeur, tu penses que ça peut avoir des retentissements sur ta vie de tous les jours, enfin.. Ta vie personnelle par rapport à la vie professionnelle ?

- Oui.

- Oui ?

- Bah, au début quoi, là les premières semaines, oui.

- Il te faut un temps pour faire ce deuil.

- Oui.

- Ca peut te prendre... Ca peut te toucher dans ta vie de tous les jours, en dehors du cabinet quoi.

- Oui. Ah oui, oui, oui. Je ne sais pas encore très bien faire ça. Je sais pas si on y arrive un jour, j'aimerais bien, mais je suis pas encore très douée pour faire ça, ouais.

- D'accord. Ok. C'était finalement une de mes autres questions ? Quand tu as des situations où, justement, tu sens qu'il y a beaucoup d'émotions, et que ça peut aussi être lourd pour toi, au niveau émotionnel, comment tu gères ça? Est-ce que tu arrives à le gérer, d'abord, et comment tu.. Par exemple, t'as un patient qui pleure en face de toi, ou des situations qui sont difficiles pour toi émotionnellement, que toi.. je sais pas.. Comment tu réagis? Ca peut t'arriver de pleurer avec les gens ?

- C'est arrivé, exceptionnellement, mais c'est arrivé que je pleure un peu avec les gens, ouais. Et ça.. Enfin voilà quoi, de toute façons, je suis assez émotive. J'ai peut-être tort, mais c'est arrivé que je pleure un peu, et puis sinon le silence quoi. Le silence ne me fait pas peur pendant la consultation.

J'ai 20 minutes par patient, si je laisse, quand il y a vraiment besoin, je peux rester 30 ou 40 minutes, le silence me fait pas peur, habituellement quoi. En temps normal. Quand je suis un peu submergée, je laisse un peu de silence, et voir comment l'autre le remplit ou pas quoi, voir ce qui se passe. Et puis à la maison, après, j'ai mon mari qui m'écoute ! (rire)

- D'accord, ça t'arrive de faire des débriefings en rentrant?

- Des débriefings, oui, il est psychiatre, et...

- D'accord! (rire)

- Et même si, bon il ne le souhaite pas non plus, je me dis, enfin voilà, je me dis, en ce moment que ce serait peut-être bien des fois, que je trouve quelqu'un d'autre pour euh...soit faire de la supervision, voir un peu tout...travailler un peu ce qui se passe dans les consultations. Et, ouais, des fois je me lâche, et lui il essaye... c'est lui qui en prend un peu...

- Ouais donc, des fois tu as besoin de parler avec ton mari quand tu rentres, quand c'est un peu trop lourd.

- Ouais.

- Ok. Et en consultation, ça peut t'arriver de pleurer, et tu vis ça comment, le fait de pleurer avec tes patients, c'est quelque chose que tu trouves plutôt simple?

- Ouais. Ouais, enfin, quand.. C'est vraiment quand.. En même temps, c'est une certaine empathie quoi, enfin c'est...Je ne vis pas ça mal non.

- Ok. J'ai gardé ça en tête tout-à l'heure, pour la patiente que tu as vue, qui venait de perdre son papa, et qui a pleuré toute la séance, est-ce que tu lui as prescrit quelque chose, est-ce que tu as fait d'autres choses pour elle ?

- Je lui ai juste mis un arrêt de travail, et puis j'ai prescrit aussi une benzo pour qu'elle se détende, parce que voilà. C'était à sa demande, enfin je lui ai demandé, parce qu'elle dormait plus, elle n'arrivait pas à se calmer un petit peu, elle avait un besoin de cet ordre là.

- D'accord. Et dans ces cas là, ce genre de consultations, est-ce que tu examines la patiente ?

- Non, ah non.

- Ok. Donc, j'ai une question un peu similaire. Est-ce que t'as eu l'expérience de consultation avec des patients qui ont perdu quelqu'un, par contre, à distance. On a passé un peu la phase de.. choc, c'est un mois, deux mois voire des années après, de consultations, pareil, qui ont pu être difficiles pour toi? Sur un autre niveau, peut-être, mais voilà.. Est-ce que t'as pu avoir des expériences comme ça ?

- Bah de dépression, ouais. De dépression quoi. De dépression à distance d'un décès, enfin ouais, ouais, ouais. Mais, après, est-ce que c'était des consultations difficiles euh.. Pour moi?

- Oui, pour toi, dans le suivi de ces patients, est-ce que il y a des éléments qui peuvent te poser problèmes ?

- Euh.. Bah.. Non, en fait non, parce que je les revoie, enfin les personnes auxquelles je pense là, enfin je les revoie plusieurs fois, et si après je sens que je ne suffis pas, enfin que les temps de consultations ne suffisent pas, je les oriente après.

- D'accord.

- Mais euh...je me sens pas vraiment, enfin voilà parce que après, je propose soit qu'on se voit un temps, et puis après.. Ou alors je propose assez vite si je sens que la personne a envie d'un.. d'une aide spécialisée aussi, parce que je ne suis pas une psychiatre ni psychologue, mais je me propose, on va dire, un temps et.. mais en proposant aussi des autres.. d'autres personnes quoi. type psychologue ou psychiatre, voilà.

- Et toi, tu te proposes un temps, c'est que tu fixes un peu systématiquement avec eux des rendez-vous ou tu proposes, enfin tu leurs dis "revenez si besoin" ?

- Quand je sens les gens pas bien, en fait je leur fixe un peu...

- Tu leurs fixes?

- En fait, j'ai souvent peur, mais c'est peut-être idiot, de pas leur avoir.. enfin j'ai l'impression que leur prescrire une consultation, c'est déjà pas mal quoi. Enfin ça permet pas de prescrire un antidépresseur rapidement, de se laisser du temps, ils se sentent pas...Parce que finalement, "reprenez rendez-vous si vous avez besoin", c'est drôlement vague, mais c'est facile pour les gens. J'ai l'impression d'imposer.. alors après ils peuvent annuler. Parce qu'au début je me disais c'est imposer quelque chose, mais finalement y'a un.. Finalement, c'est arrivé quand même, les gens peuvent annuler aussi, si.. Et du coup, ils ne sont pas si impliqués que ça, enfin c'est pas une obligation non plus.

- D'accord.

- Alors que "venez si vous avez besoin", les gens, ils culpabilisent quand même de, justement qu'on ait rien à leurs prescrire, enfin de nous prendre du temps alors que c'est notre boulot, mais je trouve que c'est pas forcément simple pour les gens.

- De leurs proposer, ça te permet éventuellement de les déculpabiliser et...

- De les déculpabiliser et de faire plus parler quoi, faciliter l'accès... voilà. Alors après, des fois ils annulent, mais ça me pose pas de soucis.

- D'accord. Tu parlais de dépression, est-ce que pour toi, c'est souvent, une dépression dans un deuil, est-ce que.. Est-ce que comment tu vois ça...

- Est-ce que c'est systématique? Je sais pas. Je sais pas, mais en tous cas, je pense que c'est un truc auquel il faut faire attention, enfin j'allais parler du temps mais vraiment sur longtemps quoi.

- Est-ce que quelqu'un d'endeuillé est par exemple triste ou pas très bien, qu'est-ce qu'il va te faire penser à un diagnostic de dépression qui te pousserait à l'envoyer chez un spécialiste ou mettre des antidépresseurs?

- Bah disons qu'il y a des dépressions un peu réactionnelles, enfin la tristesse réactionnelle et tout ça,

c'est pas pour moi pathologique, enfin j'envoie pas.. j'avais pas envoyer chez quelqu'un. Etre là, écouter, voir ce qui se passe. Il y a quand même toute la phase des papiers, des machins enfin pas mal de choses à régler. Ils sont quand même assez entourés au début, après c'est un peu de voir comment ça s'installe, s'ils arrivent à relever un peu la tête, le sommeil, l'appétit, le repli sur soi, les choses comme ça quoi. Là quand ils s'enfoncent un peu dans une espèce de solitude triste...

- Tu les vois s'enfoncer, tu leurs proposes quelque chose quoi. Ca t'arrive de mettre des traitements antidépresseurs?

- Ouais. C'est pas systématique, ça c'est certain. Dans.. voilà, dans un deuil prolongé quoi. Dans une dépression un peu installée ouais. ouais, ouais, ça arrive.

- Pour toi un deuil prolongé, ce serait quoi?

- Voilà, plus dans la longueur. Quelqu'un qui va, enfin voilà, s'enfoncer, se couper un peu de son entourage, avoir des grosses difficultés au travail, enfin à se remettre au travail, voilà.

- Donc ça, c'est plusieurs mois après ?

- Plusieurs mois après, oui.

- Tu te laisses un temps ?

- Ouais, après ou des fois, dans les prescriptions, à ce moment là c'est plus de type benzo, un peu, avec un espèce de.. c'est pas à la demande, en essayant de prescrire, et c'est à ce moment là aussi où je refixe un rendez-vous quoi, un trouble du sommeil qui est difficile. C'est normal, mais voilà, je vous prescris ça, on se revoit quoi. Mais pour moi, c'est pas la dépression, enfin c'est des deuils...de la tristesse...

- D'accord. Comment tu ferais la différence entre la tristesse du deuil et la dépression ?

- Peut-être, justement, par rapport à la longueur quoi.

- La longueur, d'accord.

- Oui, on parle de dépression réactionnelle mais, pour moi, enfin épisodes douloureux, réaction... très... pour moi c'est peut-être plus épisode douloureux réactionnel, et puis après la dépression.

- **Ok. Qui viendrait après quoi. C'est à dire que l'épisode réactionnel ne passe pas, ce serait ça.**

- Oui.

- **Ok. Si tu devais suivre une formation sur le deuil, qu'est-ce que t'attendrais de ce genre de formation? Est-ce que tu aurais des questions ?**

- En fait ça a été proposé, c'est des sujets qui sont en...enfin là que j'ai vu plusieurs fois.

- ***Oui ça commence.***

- Mais pour l'instant ça me fiche les jetons.(rire) Ouais par exemple...C'est vrai que...des fois je... on doit s'impliquer dans la FMC, quand c'est un petit séminaire, 2 heures, enfin un petit truc vite fait, une soirée, on s'implique pas trop. Mais, après, sur deux jours...Mais par contre, si, je serais intéressée par tout ça... plutôt des..comment...Par des théories un peu... enfin plus par de la...enfin voilà, des cliniciens, des psychologues, des psychanalystes aussi, enfin d'avoir plusieurs... Peut être plusieurs regards sur le deuil et plusieurs façons de travailler, pour après piocher un petit peu et...voilà.

- ***D'avoir plusieurs regards théoriques sur...***

- Théoriques sur le deuil, l'accompagnement du deuil.

- **Et donc qu'est-ce qui te "ficherait les jetons" dans une fmc sur le deuil? (rire)**

- C'est plutôt les jeux de rôle ou les choses comme ça quoi !

- **Les jeux de rôles. Donc quelque chose qui impliquerait plus l'émotionnel.**

- Qui impliquerait...voilà, ouais. Ca euh... Et oui, non seulement moi appelée à faire un jeu de rôle, là je serai pas très à l'aise, mais en plus l'émotionnel qui peut se dégager avec des confrères. Ca va quand c'est de l'ordre du patient, mais il y a une distance...Tu vois?

- **Ouais.**

- Mais de pas...de le faire avec des confrères qui seraient susceptible d'aller mal du coup, enfin de...En fait, c'est hors sujet peut-être?

- **Non, au contraire.**

- D'être susceptible d'aller mal, cela me ficherait les jetons.

- **D'accord.**

- En fait quand même des FMC de deux jours, ça peut être assez intime aussi.

- **Donc se serait d'exposer ton intimité à tes confrères quoi.**

- Oui, ou que les autres, aussi eux...

- **Ca te gênerait de le voir chez les autres quoi.**

- Ouais, je crois que pour l'instant, ça me gênerait de le voir chez les autres quoi. Dans d'autres FMC, où, tu vois, une espèce de groupe Balint, enfin voilà, ce que je trouve passionnant...et qui sont vraiment aidant, sur le deuil, par exemple, j'aurais vraiment la trouille.

- **Oui, d'accord.**

- Moi, de mon ressenti, ou de ce qui peut s'y passer quoi, après faut avoir confiance dans les animateurs, faut vraiment que ce soit super bien cadré quoi, en fait. Mais si, par exemple, avec la société Balint, je le ferais. J'ai fait des séminaires avec eux, et euh.. je serais un peu plus sûre du sérieux.

- Donc un cadre sérieux.

- Ouais, un cadre, voilà des gens qui savent notamment dans la parole, l'importance des mots, et tu vois, gérer tout ça quoi. Parce que, des fois ça peut partir...

- Une garantie que ça parte pas trop... en vrille ! (rire)

- Voilà, c'est ça! Mais effectivement ça me paraît important, et je ne dis pas que j'en ferais pas parce que par rapport au burn out aussi, par rapport à tout ça...

- Ta crainte, ce serait plutôt des manifestations émotionnelles, des choses comme ça?

- Oui, oui. Ouais.

- D'accord.

- Et que ce soit mal géré après quoi, enfin, tu vois, je trouve dans ces groupes là c'est très intéressant, tu peux dire des choses très intimes sur un temps, ou en tous cas ça te bouleverse sur un temps, et puis après t'es tout seul. T'es tout seul avec tes trucs, t'as pensé des trucs, t'as pas réussi à les changer, qu'est-ce que t'en fait? Donc peut-être...enfin voilà.

- Oui. D'accord. A quoi ça sert de remuer des trucs si on ne sait pas quoi en faire derrière quoi.

- Voilà. Mais bon, ça doit être bien...

- Ok. Brièvement, on en a déjà parlé, beaucoup, peut-être il y a pas grand chose à dire, mais, en quelques mots, si toi tu devais donner un cours sur le deuil ou dire toi, de ton expérience, qu'est-ce qui paraît important dans ta place de professionnel ?

- Bah, déjà euh...Juste d'être là quoi, enfin de pas avoir peur d'être là.

- D'accord.

- Même si on ne sait pas, des fois, trop vers quoi on va ou ce que les gens attendent. C'est ça aussi

qui est compliqué. Enfin, on sait pas toujours...On a pas de formation là dessus, sur tout ce qui est psy en général, on n'a pas beaucoup de formation sur comment être là. Et je pense que déjà, rien que le fait de les entendre un peu, de re proposer des fois derrière, de re proposer, voilà, d'être là dans la longueur, ça me paraît important quoi. Ça me paraît l'essentiel. Et puis, après, par contre, de pouvoir réorienter si vraiment les choses s'aggravent et tout. Voilà, donc pas avoir peur d'être là.

- Donc ce serait un savoir être, quoi, présent. Savoir être présent.

- Savoir être présent, c'est un peu prétentieux mais savoir se prescrire. Mais je pense vraiment ça. Parce que j'ai des copines qui sont installées un an après moi, tout ça, qui envoient tout de suite voir un psy, parce qu'elles sont pas très à l'aise, en disant "je vais pas suffire", tout ça. Moi je pense que déjà, c'est déjà pas mal quoi.

- Se faire un peu confiance, se prescrire i.

- Voilà. Oser se prescrire, si vous avez besoin, je suis là. Des fois on a un filet de sécurité un petit peu, pendant quelques semaines, quelques mois et puis après on voit après les gens. Si...on a pas fait grand chose, accepter de pas avoir fait grand chose. Mais...je pense que des fois, rien que le fait d'être là, ils vident leurs sacs, ils sortent leurs idées tordues, toutes les questions qu'ils se posent sur... en reprenant le cours des choses, voilà. Ils sortent tout ça et puis ça reste dans notre lieu de consultation, et puis après ils passent à...

- Ok. Donc savoir être présent, tu vois d'autres choses ?

- Pour les formations...Après ce serait pas de moi quoi. Si j'organisais un cours, je ferais venir d'autres gens! (rire) Type.. voilà, type psycho, psychanalyste, voilà.

- Donc toi ça t'arrive d'envoyer chez le psychiatre, psychologue, t'as dit les deux, hein ?

- Oui, psychologue aussi, psychiatre, psychanalyste après, c'est plus des choses personnelles quoi, enfin des choses plus anciennes et euh...c'est une autre démarche.

- Est-ce que t'as des...pour le deuil en particulier, est-ce que t'envoie chez certains psy ?

- Bah j'ai quelques.. un réseau de psy qui parlent.

- D'accord. (rire)

- Bah voilà, qui sont pas très prescripteurs, forcément, mais bon ceux là sont assez débordés, donc il y a les délais d'attente, des fois je suis là en attendant, et sinon des psychologues. Et j'ai aussi quelques psychologues...et une psychothérapeute.

- Donc un petit réseau de psychothérapeute et de psychologues, et de psy qui parlent.

- De psy qui parlent. Ouais, mais alors les psychothérapeutes, j'en ai découverte une aussi, enfin deux, qui, justement, qui sont pas forcément...qui vont pas aller trop dans la parole quand les gens n'y arrivent pas, les travailler avec la lumière, les choses comme ça.

- Travailler quoi?

- Avec la luminothérapie. Ouais la musique, des choses comme ça... Les gens qui n'ont pas accès à la parole...

- Ok.

- Merci.

Septième entretien

- Ma première question. Qu'est ce que le mot deuil vous évoque ? Quelles représentations pouvez-vous en avoir ?

- Le deuil... pour moi, c'est un travail. Un travail face à la mort et un cheminement. Quelque chose qui est de l'ordre, alors qui va faire appel sans doute à plusieurs choses en même temps. Quelque chose qui est de l'ordre d'une révolte. Révolte, colère, inéluctable, acceptation...mais surtout un travail, avec un cheminement, certainement. Et pour finir vers une acceptation.

- Vous voyiez ça comme un travail ?

- Oui, comme un travail.

- C'est l'image que vous en avez au regard de votre expérience ou de ce que vous avez pu lire ?

- C'est pour mieux opposer le mot deuil, par rapport à la mort. Si vous me demandiez la mort, je

dirais, d'après les convictions que j'ai, c'est un passage, et... c'est le mal absolu, c'est... c'est la nuit. C'est la nuit là bas. Moi je suis défenseur de la vie quelque part. Et le deuil, ce n'est pas la mort. C'est ce qui va avec. Pour moi, c'est une notion de travail. Faut bosser. Y a quelque chose à faire. Ce n'est pas inactif.

- Vous pensez que vous avez un rôle ?... Quand vous dites « faut bosser » ?

- Moi, je pense que j'ai un rôle. J'ai un rôle symbolique très fort. Surtout en milieu rural, parce que le médecin de campagne, on est encore peut être par rapport à la ville, on a un rôle différent. On a un rôle de « notable » ; Entre guillemets. Du point de vue local. Avec le maire, le médecin a un peu un rôle symbolique. Et je crois que dans le deuil, la symbolique est extrêmement importante. C'est-à-dire que dans le travail de la mort, on enterre. A la campagne, ici, quand quelqu'un meurt, les églises sont archi pleines. Tout le monde va venir. Et le rôle symbolique de la messe, l'enterrement, la cérémonie, de la veillée funèbre, des bougies, de l'embaumement... tous ces rituels ont une fonction d'accompagnement. Une fonction thérapeutique en même temps. Et le fait que le maire passe, que le médecin passe a une valeur symbolique qui est très, très forte, et qui recadre le deuil dans quelque chose qui est finalement de l'ordre de la vie, d'un rituel de la vie.

- Donc vous passez aux enterrements ?

- Alors aux enterrements, j'ai pas le temps. Mais quand y a le décès de quelqu'un qu'on connaît, on passe le soir, souvent après les consultations pour faire un petit coucou un peu à la famille.

- Le but, c'est quoi ? C'est de dire que vous êtes là, que vous savez que c'est arrivé ?...

- Voilà. Le but, c'est de dire qu'on est là... C'est en même temps dire un peu au revoir à quelqu'un qu'on connaît, ceux qu'on a bien connus, ceux qu'on a un peu accompagnés... Et puis c'est une façon de dire, c'est pas parce qu'il est mort qu'on l'a plus en consultation qu'il n'existe plus. Et aussi quelque part, dans le simple fait de se déplacer, une façon aussi, et moi en tant que chrétien... On va rendre visite à quelqu'un. Même s'il n'est pas présent, y a encore quelqu'un.

- La dimension chrétienne a une place importante dans votre prise en charge.

- Je pense que ça change radicalement ma vision de voir le monde et que forcément dans la prise en

compte du deuil. Y a pas que ça, d'ailleurs; dans beaucoup de décisions qui sont de l'ordre des soins palliatifs. C'est sûr que ça pèse lourd.

- Qu'est ce que ça peut changer ?

- Ca peut changer quelque chose sur le regard de là où il faut commencer, là où il faut s'arrêter... Et puis la vision de l'autre, aussi. Je crois que ça peut changer la vision de l'autre. De la mort, aussi. Y a une différence entre la mort où y a rien derrière et la mort où y a quelque chose. Si la mort est la fin de tout, ce n'est pas la même chose que si la mort est un passage.

- Pour vous, c'est plus léger ?...

- Certainement. Ca donne du sens, et le fait que ça donne du sens, ça apporte un soulagement. Parce que les choses sont... Je pense que ce qui est révoltant pour beaucoup de nos contemporains, c'est qu'elle n'a pas de sens. Et en plus, elle n'aboutit à rien... Et le fait qu'il y ait un sens, même si ce sens est douloureux, ça permet d'accepter. Ca permet justement de faire ce chemin, ce travail de deuil.

- Vous avez l'impression que les gens qui ont une religion ou une spiritualité vivent mieux leur deuil que les autres ?

- Peut être différemment. Je pense qu'il y a une souffrance particulière quand la mort est la fin de tout.

- Est-ce que vous avez déjà eu l'expérience de consultations de personnes qui viennent, que ce soit au moment du décès, ou dans la période un peu après, sur le mois qui suit, de consultations qui ont pu être difficiles pour vous, en tant que médecin ? Est ce que vous avez pu rencontrer des difficultés ?

- Oui. Je pense qu'on a tous comme ça des consultations qui sont difficiles. D'abord parce qu'il y a des gens qui viennent nous voir après des décès, et ils ne vont pas forcément exprimer une demande. On est un peu programmé pour répondre à des patients qui ont une demande, qui disent « j'ai mal au pied », « voilà ce qu'il faut faire ». Et là, y a des consultations où y a aucune demande. Y a juste l'expression d'une souffrance. D'une souffrance, laquelle, d'abord on n'est pas formé pour répondre.

C'est un petit peu inhabituel. Et puis, on est dans grande problématique de la souffrance. Y a une distance dans la souffrance qui est qu'il y a celui qui souffre, qui fait l'expérience de la souffrance. Et puis y a les autres, d'autres qui ne souffrent pas. Et le fait de ne pas souffrir au même moment que celui qui souffre, et bien il y a une distance qui pour moi est infranchissable. Du fait de l'expérience. Le fait d'avoir dans nos expériences personnelles, un vécu de décès douloureux, familial. Je pense que ça contacter, être proche des gens parce qu'on a cette expérience. Quand on n'a pas cette expérience, je pense que c'est encore plus difficile. Mais, face à quelqu'un qui souffre, je pense que les mots, souvent, sont de trop. C'est-à-dire qu'il n'y a aucun mot qui convient. Si on dit quelque chose à quelqu'un qui souffre, forcément, c'est inapproprié, douloureux, etc. Vous voyiez, mon principe un peu à moi, c'est finalement, ce qui soutient les gens, c'est de rester dans une communauté. C'est-à-dire que ce qui peut faire du bien, c'est de laisser la peine s'exprimer. Et je crois que ça fait partie des consultations finalement où la présence va être beaucoup plus **soulageante** que la parole. C'est-à-dire. Il faut peut être soutenir un rôle symbolique, de les écouter, de laisser les gens parler, exprimer un peu ce qu'ils ressentent, parce que nous mêmes, on n'a pas grand-chose à dire. C'est une souffrance pour nous aussi. Donc y a rien à faire.

- Donc vous, ce qui peut être difficile pour vous finalement...

- N'avoir pas grand-chose à faire.

- D'avoir l'impression de ne pas apporter grand-chose.

- Voilà. Un sentiment d'inutilité. De ne pas savoir quoi dire...

- Le mot « impuissance », ça pourrait convenir ?

- Oui, tout à fait. L'impuissance.

- Donc plus quoi penser à ce moment là, comment être, soigner... Des choses un peu de cet ordre là ?

- Voilà. Tout à fait. Alors souvent, on propose un peu facilement un petit médicament anxiolytique ou un petit quelque chose. Plus pour la valeur symbolique. Je crois qu'on propose parce que d'abord, c'est notre rôle. Je crois que s'ils sont venus, c'est peut être pour que... Y a une certaine hypocrisie

aussi derrière ça. Parce qu'en même temps, ils n'ont pas vraiment besoin de traitement anxiolytique. Mais le fait de proposer ça, pour moi, ça montre qu'on a compris qu'il y a une souffrance. Puisqu'on propose quelque chose. Donc je pense que si on ne propose rien, en même temps, les gens peuvent avoir...

- Ca répond à ton sentiment d'inutilité ?

- Oui, certainement. Mais en même temps, ça veut dire, y a une souffrance, et y a quelque part quand même une réponse symbolique.

- Quand vous avez des patients qui peuvent exprimer leur souffrance ou être en larmes, si vous avez eu ces expériences là, le fait qu'il y ait quelqu'un avec une émotion forte, vous, en tant que médecin, vous le vivez comment ?

- C'est perturbant parce quelqu'un qui a une expérience émotionnelle comme ça, ça me touche. Même, on a des phénomènes d'émotion qui peuvent venir. On peut avoir envie de pleurer, quand on voit quelqu'un qui pleure, aussi. On est en peine, surtout dans des circonstances de douleur, de mort difficile, de souffrance... Pour moi, ça me touche. Mais c'est vrai que j'ai des expériences comme ça où c'est vrai que des fois, on casse un petit peu la barrière symbolique... Y a beaucoup de pudeur aussi, un petit peu, là dedans. Il m'est arrivé de prendre des femmes qui pleuraient comme ça dans les bras, de prendre les mains, de toucher...

J'aime beaucoup le toucher. Je crois que c'est un excellent moyen. J'ai l'impression que le toucher est très important. Aussi pour les gens qui vont mourir. Je crois que les toucher est important, parce que plus personne ne les touche. On se rend compte que la famille s'approche, on parle... y a une distance... et le fait de les toucher, ça les ramène à une humanité. Ils sont à nouveau des personnes humaines et quelqu'un qui vit, qui a une âme, des sentiments, et qui a un corps aussi. Je crois que la dimension du corps, elle a de l'importance.

- Vous, quand vous sentez que ça peut vous toucher émotionnellement, est ce que ça vous ai arrivé par exemple de pleurer avec les patients ou est ce que quand vous sentez les émotions venir, vous mettez ça de côté ?

- Oui, c'est ça. Je maîtrise très bien les émotions extérieurement. On se blinde, quand même. Je mets ça de côté, oui. Je ne sais pas. Sans l'expliquer, j'aurais l'impression que ce serait trop. Ce n'est pas

mon rôle. Ce serait malvenu. Je pense que les gens ont besoin d'un réconfort et de quelque chose qui soit fort, qui soit stable. Ils ont besoin d'un pilier. Ils n'ont pas besoin de sentir quelqu'un de fragile autour d'eux.

- Une fois passée la consultation, ces émotions, vous en faites quoi ?

- Après, elles s'en vont. Et après, le soir, quand je rentre, j'en touche deux mots à ma petite femme, parce qu'on a besoin de partager ça avec quelqu'un. Donc secondairement, c'est ma femme qui prend, qui reçoit. Un petit débriefing le soir sur les choses qui ont pu être difficiles. Ou alors, moi, personnellement, quand je suis confronté à un moment très dur, difficile, particulier, comme ça, ben je fais des prières. Tout simplement. Et ça me permet de... Je suis plus tout seul.

- Une autre question ; est-ce que vous avez pu rencontrer des difficultés dans le suivi de patients qui ont perdu quelqu'un, mais cette fois ci plus longtemps après, dans la période un peu difficile ou la phase initiale est passée... des mois, voire des années qui suivent... des patients qui ont vraiment pu poser problème ?

- Alors, y a une chose que j'ai remarqué, qui m'a toujours un peu étonné, c'est les jours anniversaires. L'anniversaire des deuils. Alors ça, c'est vraiment une réalité. Les gens qui s'enfoncent chaque année, à la période anniversaire du deuil du conjoint, ou du père, ou de la mère... Ca, j'étais un petit peu étonné de ça.

- C'est quelque chose que vous avez remarqué ?

- Oui, que j'ai remarqué et qui n'est pas une expérience à moi, personnelle, donc oui, ça... Et puis c'est vrai qu'ensuite, on parle plus nous de la personne décédée et quand on voit un patient. D'abord, on oublie l'histoire des accompagnants un petit peu. C'est vrai que c'est rare. Et en plus, on n'ose pas tellement en parler parce qu'on a peur de réveiller une souffrance.

- Donc c'est quelque chose que vous allez éviter d'aborder dans la consultation ?

- Voilà. On va éviter d'aborder.

- Et est ce que ça vous est arrivé de l'aborder ?

- De temps en temps. Quand on voit arriver des gens et qu'on les connaît bien. On les voit un peu triste et tout et on leur dit « votre mari vous manque... ». Voilà.

- Et est ce que vous pouvez voir des gens qui vont être un peu dépressifs, dans la durée ?

- Tout à fait. Et alors, on dirait qu'ils sont dépressifs. Alors personnellement, sur un plan purement médical, j'essaie vraiment de ne pas traiter. Parce que justement, j'explique aux gens que c'est un travail, un travail de deuil, etc. Autant je propose un petit anxiolytique au moment où ils sont vraiment dans la peine, une émotion importante, autant je crois que c'est important de ne pas trop médicaliser ceci pour signifier que cette souffrance, elle est naturelle. Qu'il ne faut pas trop la médicaliser. Elle correspond à un travail qui se fait et il est inévitable que les gens souffrent, parce qu'ils ont perdu quelqu'un qu'ils aiment... et ça chemine. C'est un chemin et il faut du temps. Il faut du temps pour accepter le départ de quelqu'un.

- Vous avez des idées de... est ce que vous croyiez qu'il y a des périodes ?...

- Je crois qu'il y a des périodes de révolte initiale. Alors peut être qui dure 10 jours à peu près, de révolte, de colère. Y a une période de prise de conscience qui va peut être durer jusqu'à 3 mois. Où les gens ne vont pas... Y a un décalage entre la raison qui a compris que la personne était morte et y a un décalage avec le sentiment, le cœur, qui lui ne l'a pas compris ou ne l'a pas accepté. Alors y a une souffrance du fait de ce décalage. Alors je sais bien qu'il est mort mais je fais comme si il n'était pas mort... et après petit à petit ça va se rejoindre. On voit beaucoup de gens qui ont une négation quand y a un décès comme ça ait pu avoir lieu. Y en a beaucoup qui me disent après un décès, j'ai l'impression qu'il n'est pas mort, c'est pas vrai, on m'a raconté des cracks »...

- Au début ou... ?

- Même pendant longtemps. Alors d'autant plus qu'ils n'ont pas vu le corps. Ca c'est très important. C'est important ce contact avec le corps. J'ai des enfants, qui habitaient plus loin, ils sont arrivés, il était déjà en cercueil fermé et ils n'ont pas vu leur père mort, ils n'ont pas vu leur mère morte... Et y a un doute sur la raison ; « est ce qu'il est vraiment mort ? ». Je crois que les gens ne sont plus confrontés à la mort. C'est vraiment quelque chose qu'a été évacué de notre société comme quelque chose de scandaleux. Et je crois que c'est une erreur. Ce contact avec la mort est vachement rugueux

quand même. Et... j'ai vraiment l'impression que c'est quelque chose qui s'apprend. Et que le fait de voir quelqu'un qui est mort, c'est très important. On nous demande souvent ; « est ce qu'il faut que les enfants puissent assister, voir la cérémonie ? Est-ce qu'il faut que les enfants aillent voir leur grand-père qui est décédé ? ». Moi, j'ai tendance à dire oui. Il faut qu'ils se rendent compte, qu'ils puissent toucher, sinon, après ils ont du mal à comprendre... J'ai l'impression que notre société a évacué le problème de la mort. On ne veut pas trop en parler, on les fait mourir dans les hôpitaux, dans les maisons de retraite... Mais à la maison et tout ça, c'est pas tout à fait politiquement correct de mourir à la maison, si j'ose dire.

- Sur ces périodes là, pour vous, c'est plus facile d'accompagner à ces moments là ?

- Oui, que dans l'émotion immédiate, oui. Dans l'émotion immédiate, on peut rien dire... J'ai une expérience comme ça, je me rappelle, d'une maman que je connaissais bien qu'avait son gamin de 8 ans. Et puis le gamin est décédé d'un accident de voiture. Il est mort sur le coup. On lui a ramené un corps déchiqueté à la maison. Et elle pendant 3 heures, 4 heures, elle pleurait comme une louve... Elle hurlait, elle hurlait, elle hurlait en tenant son gamin... Je lui ai mis un bon tranquillisant dans la fesse sans lui demander son avis mais... et puis y avait le maire, y avait les pompiers, y avait les amis. Tout le monde était là, à la regarder hurler. Tous les gens étaient tétanisés ; Y avait rien à dire. Rien. Y avait un sentiment de culpabilité de toutes les personnes autour qui se sentaient forcément coupables de ne pas savoir quoi faire. Et le médecin y compris.

- Donc vous avez fini par lui faire une piqûre ?

- Je lui ai fait une bonne piqûre de tranxène pour qu'elle se calme un petit peu...

- C'est une dame que vous avez revue après ou vous étiez en garde ?

- Je la connaissais, mais après, je ne l'ai pas revue après.

- Dans ces cas là, c'est la culpabilité, vous étiez tétanisé...

- Oui. L'impuissance. Puis forcément quand on se sent impuissant, y a toujours un sentiment de culpabilité... La culpabilité en médecine générale, je pense que ça ferait un sujet de thèse qui serait vachement intéressant aussi. Parce que la façon dont on gère nos erreurs...

- Justement, quand vous, vous avez des deuils de patients à faire, comment ça se passe, est ce que c'est quelque chose de simple, ou est ce que justement vous pouvez culpabiliser ?

- Ben si ce n'est pas moi qui les ai tués, c'est plus simple. C'est vrai... Alors quand c'est toi qui les as tués, ou que tu te dis que... Moi je me rappelle, j'avais une patiente qui avait une pathologie rhumatologique sévère. En plus, elle avait une insuffisance rénale qui était un peu cognée etc. Et puis un jour elle vient me supplier parce que malgré la morphine, elle en pouvait plus. Donc je lui avais mis une petite dose d'anti inflammatoires. Elle a fait une insuffisance rénale un peu cognée et on se dit toujours « ai-je bien fait ? » « Ai-je pas bien fait, »... Donc une culpabilité. Faut vivre avec...

- Dans ces cas là, vous avez pu être amené à suivre des proches après ce décès?

- Oui, oui.

- Comment vous vivez ça justement entre la culpabilité et... ?

- Moi, je me la traîne pendant dix/quinze jours... Et après j'arrive à bien l'enterrer bien profond. Et puis je passe à autre chose...

- Du coup vous arrivez à être stoïque devant les gens ?

- Oui.

- C'est quelque chose de courant la culpabilité?

- Oui. Je crois que beaucoup de mes confrères sont culpabilisés. Même par rapport à l'argent par exemple. Certains médecins ont beaucoup de difficultés à se faire payer des consultations et tout ça donc ils culpabilisent.

- Justement, est ce que pour une consultation de quelqu'un qui vient de perdre un proche, vous allez demander des honoraires ?

- Non. Je trouve que c'est délicat.

- Pourquoi ?

- Je ne sais pas. Une sorte de pudeur, ça c'est la propre culpabilité du médecin. Ce qui est sûrement une erreur, certainement. Je pense qu'à la limite, ce serait sûrement intéressant que les gens payent... Si ils viennent consulter parce qu'ils souffrent, faut peut être les faire payer.

- Vous n'osez pas en fait ?

- Oui, c'est ça, je n'ose pas. C'est plus pour l'image. Peut être à la campagne, on a une image un peu idéalisée, de quelqu'un qui aide ses patients, qui se lève la nuit pour aller voir celui qui souffre, le soir, après ses consultations, parce qu'il est un peu, un peu en train de claquer ... Donc on a une image... Ce n'est pas simplement un métier... L'image de la vocation... y a sûrement une idéalisation du rôle. Je pense que cette idéalisation du rôle du médecin que les gens nous donnent et que nous mêmes, on se donne, ça nous permet justement de vivre avec notre culpabilité parce qu'on fait des conneries, on a des fautes, on a un sac d'erreurs ou de fautes, des choses qu'on a pas faites, qu'on aurait pu faire ou qu'on n'a pas pris le temps de faire... Ca c'est la plus grosse culpabilité. Ce n'est pas tant de faire des erreurs, c'est ce qu'on ne prend pas le temps de bien faire. Alors je pense que le fait qu'il y ait des gens qui ont cette espèce de reconnaissance d'une disponibilité, je pense que ça permet de bien étouffer cette culpabilité.

- Ca contrebalance ?

- Oui, ça contrebalance. Voilà.

- Vous parlez du temps, est ce que quand vous recevez des personnes, justement, qui peuvent être en deuil, juste en deuil, et qui sont justement dans l'émotion, niveau timing de vos consultations, est ce que c'est quelque chose... ?

- Alors, c'est affreux. Parce qu'à la fois vous ne savez pas pourquoi ils viennent... Souvent c'est par surprise. Alors, mon fonctionnement à moi, c'est que je prends le temps, dans ces cas là. Les consultations de demande d'IVG, de deuil, la dépression, ça prend du temps. Alors la plupart du temps, si il y en a d'autres à la suite. Après, une heure de retard, une heure et demi de retard... c'est

catastrophique. Mais je ne peux pas ne pas prendre de temps à ce moment là, ce n'est pas possible. Tant pis pour les autres, quoi.

- Finalement, vous prenez quand même le temps...

- Je prends le temps.

- Finalement ce n'est pas forcément un problème.

- Si, c'est un problème parce qu'après...

- Vous arrivez à rester disponible justement pendant la consultation ?

- Quand j'y suis, j'y suis. C'est à la fin de la consultation que je me dis « oh là, là »... Quand j'y suis en fait on oublie le temps.

- Je passe du coq à l'âne mais je voudrais revenir sur les deuils qui durent un peu dans le temps... Vous disiez qu'il y a une dépression qui paraît normale... est ce que dans certains cas, vous allez avoir l'impression que ça se devient plus grave que ça devrait être?

- Oui. Oui, tout à fait.

- Comment vous faites la différence ? Est-ce que c'est facile pour vous de faire la différence ?

- Alors là, je m'abrite quand même sur des référentiels. Je vais utiliser des grilles comme le MADRS, les questionnaires d'anxiété, et quand j'ai un peu un doute sur des choses comme ça... Alors, le travail de deuil avec la souffrance verbale exprimée, même si elle est importante, ça me semble normal. Après, quand il va commencer à prendre du poids, à maigrir, à se réveiller à 3 heures du matin, à avoir un ralentissement psychomoteur, on n'est plus tout à fait dans le travail de deuil. On n'est plus dans la réaction dépressive normale d'accompagnement. On a d'autres signes... Mais souvent c'est un terrain. L'avantage, quand on connaît déjà un peu les patients, on a déjà repéré ceux qu'étaient un peu dépressifs avant...

- Donc en fonction des gens, vous pouvez déjà dire celui là...

- Voilà. Celui là. Oui

- Et vous repérez ça comment ?

- Sur le terrain... Sur les antécédents dépressifs. Si il y a eu des dépressions dans le passé... Et puis l'anxiété. Les gens qui sont hyper anxieux de nature. Ils maîtrisent mal leur anxiété. Des fois parce qu'ils ont mal au ventre, qu'ils ont la migraine. Et puis en plus, à un décès d'un proche, vous savez que l'anxiété, ils ne vont pas réussir à la contrôler, que forcément... Enfin pas forcément, mais il y a des bonnes chances qu'ils déclenchent une réaction dépressive parce qu'ils ont déjà du mal à maîtriser leur fesses alors là... Ca va être dur.

- Vous faites comment dans ces cas là, vous traitez ou... ?

- Oui, dans ces cas là, je traite.

- Ca vous arrive d'adresser des gens ?

- Pour un travail de deuil ? Non. Je conseille parfois une psychothérapie, auprès d'un psychologue. En campagne, on travaille peu avec les psychiatres. Et puis c'est difficile d'avoir des rendez-vous. Là aussi envoyer quelqu'un qui fait un travail de deuil avec un psychiatre, avec l'image que les gens de la campagne ont du psychiatre, ça va être délétère quand même. S'ils viennent alors qu'ils ont une souffrance et que le docteur dit « faut aller voir le psy »... Lui il n'a rien compris quoi. C'est même assez difficile.

- Donc ça repose beaucoup sur vos épaules.

- Oui. Ca repose sur nos épaules. Par contre y a aussi, à l'hôpital local, y a des diacres, ou des gens qui passent et qui accompagnent les familles. Je suis pas toujours tout seul. Y a un accompagnement du deuil.

- D'accord. Même dans les mois qui suivent ?

- Oui. Tout à fait.

- Donc le service religieux les suit encore ?

- Oui. Et puis il y a même des groupes de parole. Au niveau du centre social, tout ça, y a des groupes de parole.

- Qui sont religieux aussi ?

- Non. Qui ne sont pas religieux, mais sur l'accompagnement au deuil, y a des choses qui se font.

- D'accord. Et ça vous ait arrivé de conseiller d'y aller?

- Oui.

- Aller chez le psy, ce serait donner une connotation au deuil de l'ordre du pathologique ?

- Oui, tout à fait. Et aller à l'encontre du fait que le deuil, c'est une réaction normale. Je crois que les gens ont besoin d'être rassurés sur le fait que leur souffrance reste normale. Et je crois que c'est tout le rôle symbolique de l'accompagnement. Moi j'ai l'impression quand même que les gens qu'on enterre avec une grande cérémonie, avec de la belle musique, avec tous les gens qui sont là et... Y a un effet de soulagement de cet accompagnement social... le fait même d'enterrer c'est une façon de guérir. Ca replace ça dans quelque chose puisque c'est inscrit dans une organisation sociale, ce n'est pas si inacceptable, si abominable que ça.

- Vous donnez des conseils religieux à vos patients ?

- Personnellement, je ne veux vraiment pas faire interférer les deux. Parce que j'aurais trop peur qu'un jour, mes convictions puissent transparaître. Il faut d'abord avant tout respecter la personne et je pense que c'est très dangereux de donner des conseils de ce qu'on pense. Je pense que si un médecin commence un peu à exprimer ses croyances, il n'est plus vraiment dans son rôle. Donc je trouve que c'est trop dangereux. Exceptionnellement, que chez les gens que je connais bien... J'ai un ou deux textes, c'est justement sur l'accompagnement du deuil, que je leur donne. Sur la mort, sur le départ...

- Est ce que justement vous demandez aux gens s'ils ont une religion ?

- Je ne sais pas. On est à la campagne aussi. Y a des trucs de Lourdes sur la table d'examen, y a la mère de miséricorde, donc je pense qu'ils m'ont identifié un petit peu comme ça. Mais on en parle peu finalement... le mot « Dieu »... ; On en parle des fois avec les gens qu'on voit à la messe le dimanche, donc je les connais... Alors des fois quand quelqu'un part comme ça, on dit elle est chez le bon Dieu... ou alors, une petite dame qui est morte il n'y a pas très très longtemps. Elle me disait « je vais mourir, je vais mourir »... je savais qu'elle avait perdu deux de ses enfants dans un accident, je lui ai dit « vous allez retrouver vos enfants »...

- Une question qui peut être un peu redondante, je pense qu'on en a déjà parlé... Quelle aurait été pour vous la situation la plus éprouvante que vous avez pu vivre auprès de personnes en deuil ?

- J'ai un souvenir très difficile. C'est un patient que je connaissais bien, et il était insuffisant respiratoire. Et il a fait une broncho-pneumonie quand même bien sévère et puis, il s'est étouffé. Il s'est fait hospitaliser au niveau du CHU parce que... Il ne voulait pas trop aller à l'hôpital, mais bon, je ne voyais pas trop quoi faire. Et puis comme je connaissais bien la petite grand-mère, qu'elle ne pouvait pas aller le voir et tout ça. Un dimanche, j'ai emmené la petite grand-mère à l'hôpital pour pouvoir voir le mari, et en même temps, pour voir un peu ce qu'il devenait. Elle était au CHU d'A, au service de pneumologie. Insuffisance respiratoire et bronchopathie... Et il était en train de s'étouffer à moitié... Il était là avec tous ses tuyaux et tout... Et puis, j'ai laissé cette petite femme avec son mari pendant une demie heure. Et puis après, il m'a vu. J'étais à la porte de la chambre, j'ai dit un petit bonjour, comme ça. Et puis il me regardait avec de grands yeux parce qu'il ne pouvait pas parler. Il était intubé, il était conscient. Et puis quand sa femme a tourné le dos il a fait comme ça comme ça. C'était nettement, il voulait que je le flingue. Parce que... il se voyait mourir, il se voyait s'étouffer progressivement et... Voilà. Et j'ai fait comme si je ne comprenais pas. J'ai fait comme si je ne comprenais pas. D'abord parce que je ne pouvais pas éminemment le tuer, c'est contraire à mes convictions. Je ne pouvais pas non plus lui dire « non, je ne peux pas ». Et puis en même temps, je n'étais pas à l'endroit maître de ses traitements, pour le morphiner plus, pour... donc il y avait la machine hospitalière. Je n'allais pas aller voir le professeur un dimanche après midi pour lui dire « il s'étouffe... Peut être faire un traitement palliatif plus cogné... » Donc ça, ça reste un souvenir difficile parce qu'un sentiment d'impuissance, un sentiment de lâcheté un peu aussi...

- Ca, c'était avant son décès...

- Oui, juste avant. Après, en accompagnement de deuil, j'ai pas de souvenir difficile.

- Du coup quand vous avez du faire le deuil de ce patient...

- J'étais content. Quand j'ai appris qu'il était mort deux jours après, j'étais content qu'il soit mort assez vite.

- Si demain il y avait une FMC qui était proposée sur le deuil, est ce que déjà cela vous intéresserait ?

- Oui.

- Qu'est ce que vous en attendriez ? Sous quelle forme ?

- Ca m'intéresserait, mais ce n'est pas sûr que j'irais. Pour une raison simple, c'est qu'on n'a pas énormément de temps de faire de FMC. Et le champ de la médecine est tellement vaste et on se sent tellement mauvais partout en médecine générale que je vais essayer avant tout, peut être à tort, d'être plus performant sur le métier lui-même, sur les techniques, sur les médicaments, sur les traitements, et tout ça... Sinon, je trouverais le sujet génial, oui. Sinon, oui.

- Mettons que vous ayez le temps, qu'est ce que vous attendriez ?

- Ce que j'attendrais ? J'attendrais en fait qu'il y ait un partage d'expériences, surtout. Que les gens racontent un petit peu justement quels ont été les moments difficiles, comment ils ont vécu ça...

- Le but de ce partage, ce serait quoi ?

- C'est de voir comment l'homme arrive à établir des mécanismes de défense... ou de protection pour vivre avec. Comment chacun, quelle façon a chacun de vivre avec tout ça. Comment font les autres.

- Pour te situer ou pour pouvoir... ?

- Certainement pour se situer. D'abord, je suis un homme. Nous, les hommes, on est dans la compétence et on a besoin un petit peu de se situer par rapport aux autres, de voir si on est performant, pas performant... Et puis en même temps, quand quelqu'un a une bonne méthode, on est content de l'apprendre...

- Pour apprendre des choses... ?

- Oui, c'est ça. Et puis, ce serait une bonne occasion... parce qu'on touche à des sujets qui sont vraiment des sujets où on touche les personnes. Le fond de l'humanité... en tant qu'expérience humaine, simplement, ce serait très enrichissant.

- D'accord, donc ce serait surtout un partage d'expériences...

- Un partage d'expériences et puis à travers ça, se poser... On revient aux grandes questions essentielles... Qu'est ce que c'est l'homme... qu'est ce qu'on fait sur cette terre... à quoi on sert... pourquoi on est là... Sommes-nous seuls dans la souffrance... Quel sens a la souffrance... C'est la question du sens... Pour moi, la question du sens, elle est essentielle... La grande question, c'est le sens, c'est « pourquoi ? ».

- Y a plusieurs réponses, je crois qu'il y a plusieurs réponses. Y a des gens qui ont différentes réponses...

- En tous cas, le fait de voir ce champ là ouvert, c'est ce qui vous paraît intéressant...

- Oui. A la limite la question de la mort, pour moi, elle est plus facile à résoudre que la question de la souffrance. La question de la mort, elle ne m'interpelle pas énormément. On ne peut pas tous vivre éternellement sinon, on n'aurait que des vieux... Ce n'est pas possible. Donc elle est logique en quelque sorte. Le vieil arbre meurt parce qu'il ne peut plus donner de fruits et l'écorce est trop épaisse, et les jeunes arbres poussent... elle est inscrite dans la nature, la mort, un petit peu. Elle a un développement dans la nature. Le blé il meurt quand il est planté mais il va donner des épis donc... La mort elle est tellement proche de nous dans le monde qui nous entoure... A la campagne en particulier... J'ai l'impression que c'est plus facile quand on vit au milieu de la nature de comprendre la mort... Que quand on vit dans le béton.

- Vous êtes plus en accord avec le cycle naturel...

- Voilà, c'est ça. Nous, à la maison, on a des poules, on a des moutons, on a des oiseaux... De temps en temps il y en a un qui claque et puis heureusement y en a qui ont pondu des œufs et de nouveaux qui arrivent... Tout ça s'inscrit dans un certain sens du renouvellement. La finalité de la mort finalement c'est le renouvellement de l'espèce. La question de la souffrance elle est plus difficile. Le « pourquoi ? ». Est-ce que la souffrance a un sens ? Alors moi j'ai résolu ça pas sur le sens de la souffrance. Parce que la souffrance me révolte toujours. La douleur a un sens parce qu'elle averti notre corps de ce qui ne va pas. Mais la souffrance... C'est-à-dire la composante émotionnelle, tout ça c'est un peu difficile... Y a au moins une ébauche de réponse... en tant que chrétien nous ne sommes pas seuls face à la souffrance. Y en a un qui a été prisonnier, qui a été battu, qui a été torturé, qui a été crucifié... Et qui a vécu toutes nos souffrances... Et si la souffrance n'a pas de sens, au moins, nous ne sommes pas dans la solitude. Nous ne sommes pas tous seuls. Voilà. Une ébauche de réponse. Donc on n'est pas seuls. Il y a cette proximité humaine. Quelqu'un qui a une sciatique épouvantable, qui se traîne. Y a un copain qui vient le voir « ça va ? »... Déjà la question... « Ben non, tu vois bien que ça ne va pas ». Et puis si ce copain là il a eu une sciatique épouvantable six mois avant et qu'il a eu six mois d'hôpital... Y aura une espèce de connivence... Il a souffert. Il est à « mon niveau ». Y a une grande solitude dans... Donc dans le deuil c'est un peu pareil. C'est très difficile de ... Y a cette distance que eux... la dame qu'est morte de son cancer du sein là, son mari c'est difficile parce que... moi, j'ai toujours ma femme et lui il n'a plus rien... Ca... La distance elle est là.

- C'est difficile ?

- Oui, ça, c'est difficile. Moi, je suis du côté de ceux qui ont de la chance. Lui il est du côté de ceux qui ont tout perdu. Donc on ne peut plus communiquer. A égalité. Voilà. Donc si on veut communiquer, il faut bien que celui qui a de la chance quelque part s'abaisse.

- Pour pouvoir communiquer, il faut être au même niveau ?...

- Oui, c'est ça. Pour communiquer il faut qu'on soit à peu près à la même hauteur. Et celui qui vient faire un travail de deuil, il est tout le temps mal, il n'a plus rien. Il est tout seul. Il a la grande solitude. Donc si on lui parle, il faut que quelque part on s'accroupisse un petit peu et qu'on se mette un peu à son niveau. C'est pour ça je crois qu'on ne peut pas trop parler. Si on parle... Il faut qu'on

écoute. Il faut qu'à ce moment là on soit plus simplement dans la présence, dans l'écoute. Y a pas grand-chose à dire.

- D'accord. Le partage d'expérience.

- Oui.

- Et sur le plan théorique, ça ne vous intéresserait pas d'avoir des apports théoriques ?...

- Non. Du coup je sais qu'il y a un truc qui existe. J'ai lu ça dans les journaux médicaux. C'est quelque chose qui m'intéresserait bien aussi. C'était les groupes Balint. Ça a existé justement les gens ont rapporté... Enfin les soignants rapportaient un petit peu leur expérience...

- D'accord. J'avais une dernière question mais finalement je pense qu'on l'a traité... Au regard de votre expérience comment vous voyez votre rôle de professionnel auprès des personnes en deuil ? Est-ce que vous auriez des choses à rajouter ?

- Non. L'écoute. Tout simplement.

- On n'a pas parlé des deuils... Si vous en avez parlé... Les deuils d'enfants...

- Oui. L'enfant c'est terrible.

- Une maman qui perd son enfant...

- J'ai un souvenir. A propos d'expérience j'ai un souvenir comme ça. J'étais externe. Ça devait être en troisième ou quatrième année... j'étais en pédiatrie. En oncopédiatrie. Et y avait un petit gamin qu'était gentil comme tout et qui avait une leucémie aigue... Et il avait... Son traitement n'était pas terrible... Ça ne marchait pas bien. Et puis à un moment, il commençait à avoir des métastases osseuses partout sur les côtes... Il avait des grosses boules qui lui poussaient. Et puis j'avais vu les parents, et puis ils m'ont dit « c'est quoi ces grosses boules qu'il a sur les côtes? »... « Ça c'est un peu la maladie »... C'est ça. Il était courageux ce petit... Et... il a fini par mourir de cette leucémie. Et un matin comme ça je le cherchais dans le service un peu partout... En plus, j'étais le distributeur de bonbons. En tant qu'externe, en général, je distribuais les bonbons. Et personne ne voulait me

dire qu'il était décédé. Voilà.

- Personne ne voulait vous le dire ?

- Personne ne voulait me le dire. Oui. Parce qu'on jouait aux échecs avec lui et tout ça. Y avait un attachement.

- Et dans le service on ne voulait pas vous le dire ?

- Oui. Les aides soignantes et tout ça... oui.

- Ils avaient peur... ?

- Oui.

- Ca dit bien quelque chose...

- Ca dit quelque chose. Oui. Ca dit quelque chose. J'ai vu des services qui étaient très durs... j'ai vu des infirmières qui craquaient... Elles ne pouvaient pas s'empêcher de s'attacher... Et bon... Les parents...

- Vous en tant que médecin, vous pensez qu'on s'attache à ses patients ?...

- Je pense qu'on met une bonne distance. C'est très facile de voir mourir un patient qu'est chiant, qui nous emmerde. C'est vrai. Les patients qui ont des fibromyalgies, qui se plaignent tout le temps. , les anxieux, etc. C'est comme si, quelque part, ils nous libéraient de leur présence quand même... Donc c'est assez facile. Ceux qui sont durs, ce sont ceux qui sont bons. On a des patients qui sont gentils. Y a des gens... je vois une petite grand-mère, elle me range ma salle d'attente, elle me nettoie mes revues, elle me fait une petite table bien propre... Ils arrivent, ils ont fait leur chèque à l'avance « perdez pas de temps, perdez pas de temps »... « Tout va bien, faites moi juste mon renouvellement ». Donc, de la délicatesse. Et quand ils meurent, de maladies qui sont douloureuses, qui sont longues... Et tout ça... Ca, c'est plus dur. On a nos préférés, quand même.

- En parlant de ça, il y a quelque chose qui me vient... Après, j'arrête mes questions... Est-ce

que au cours de votre expérience ça a toujours été comme ça ou il y a eu une évolution dans votre pratique ?

- Oui. Je pense que quand on est étudiant et tout ça, les tous premiers décès nous choquent. Moi je sais que les premiers morts... j'ai fait pas mal de boulot comme infirmier, etc.... les premiers morts qu'on amenait sur les lits... Qu'on transbahutait pour les amener sur les chambres froides... Et bien on les transbahutait comme des vivants. C'est-à-dire qu'on les prenait avec douceur. Et puis on faisait attention à ce que la tête ne fasse pas « bing », comme ça sur le lit. Et puis... j'ai vu des vieilles infirmières, on les transbahutait, elles s'en foutaient... Y avait la main qui pendouillait, elles le balançaient... y avait la tête qui tapait sur le carreau... C'était un mort. Y avait plus besoin de faire attention comme un vivant. Et moi je n'avais pas encore cheminé, pas encore intégré qu'il était complètement mort. En dehors du respect qu'on doit à un corps... En dehors de ça, on apprend... Je crois que c'est vraiment important d'être confronté à la mort. Au corps. Au corps froid, au corps dur... pour comprendre, et pour pouvoir nous soignants, faire ce travail de deuil. Je crois qu'on chemine. Et je crois que tous les étudiants devraient être confrontés un peu à la mort pour s'habituer à la mort. Je crois que ça devrait vraiment faire partie du cursus... Un petit stage d'une semaine au milieu des morts, au milieu des corps. Parce que finalement, c'est absurde que sur une dizaine d'années d'études médicales, on n'ait jamais été confronté à ce côté.

- D'accord. Et par rapport aux personnes en deuil ? Parce que du coup vous parlez de votre propre deuil, de votre rapport à la mort... Par rapport justement aux personnes en souffrance est ce que vous avez l'impression d'avoir évolué aussi ?

- Ca je ne sais pas. Ce qui est sûr, c'est que...

- Vous n'avez pas mis la distance ? Vous n'avez pas l'impression d'avoir mis des barrières ?

- Non. Je crois que la question du sens est plus présente et quelque part, me rassure un peu. Et on fait avec.

- D'accord. Je vous remercie... Voulez vous dire autre chose ?

(intervention de la femme du médecin qui était présente et qui parle des fausses couches)

- Y a un travail de deuil qui... le travail des gens qui meurent... Socialement, il est admissible. Y a un travail de deuil dont personne ne parle et qui doit être fait, c'est les femmes qui après les fausses

couches... surtout chez les femmes qui auront du mal à avoir des enfants après... Y a un travail de deuil qui est très souterrain, et qui est associé à une culpabilité très importante pour une femme. Elles ont raté... Elles devaient donner un enfant au couple et elles ont raté leur mission. Ce sont de mauvaises mères. Donc elles ont une culpabilité... Elles ont un travail de deuil qui est très difficile à faire... Y a beaucoup de syndromes dépressifs, de réactions dépressives chez les femmes qui ont fait des fausses couches... qui vont arriver avec le temps... Et si on n'a pas fait attention qu'elles ont fait une fausse couche, on ne va pas le relier à l'évènement. Et c'est simplement quand nous, on va aborder un peu le sujet, qu'il y a une parole qui sera libérée.

- Donc vous pouvez questionner vous là-dessus, de savoir si il y a eu des fausses couches ?...

- Oui, tout à fait. Sur les syndromes dépressifs de la jeune femme, ça peut être intéressant. Et en particulier pour l'IVG. Sur les IVG, y a encore une culpabilité encore plus importante. Avec un mal être. Et il y a un travail de deuil qui ne concerne pas seulement les gens qu'on a perdu mais aussi les enfants qu'on n'a pas accompagnés jusqu'au bout, qu'on n'a pas gardés... Y a un travail de deuil qui est encore plus difficile et qui... Parce qu'il y a de l'indécis. Je crois, à ma connaissance, dans le centre dont j'ai parlé... ; Il n'y a pas d'accompagnement un petit peu de travail de deuil derrière.

- Et vous en tant que médecin vous trouvez ça difficile ?

- Je crois que c'est très difficile. Oui. C'est très difficile parce que avec l'IVG, les femmes se sentent facilement jugées. Encore, quand même.

- Donc ce qui n'est pas facile, c'est de les faire sortir du jugement...

- Oui. Et de leur culpabilité aussi. Parce qu'il y a une immense majorité de femmes aujourd'hui qui pratiquent l'IVG. Non pas par volonté propre, mais par nécessité économique. Donc elles n'ont pas les moyens, le temps, ou l'argent... de garder un enfant donc y a énormément de femmes qui pratiquent l'IVG alors qu'elles gardent en tête l'enfant. Mais elles se disent qu'elles n'ont pas la possibilité de.

- Pour vous ce n'est pas simple de les aider à se déculpabiliser ?

- Oui. Oui.

- Est-ce que justement vos convictions religieuses peuvent interférer là dedans ?

- Pas vraiment. Parce qu'en dehors des convictions religieuses, qui sont des convictions sur le statut de la personne humaine, y a la souffrance de l'autre. Ce n'est pas contradictoire. C'est plein de souffrance... Et ce n'est pas évident parce que quelque part il y a une démarche de pardon. Parce qu'en fait si on parle de deuil, faudrait qu'on parle du pardon. Y compris dans les familles. Quand quelqu'un meurt, c'est très rare les démarches de pardon.

- Donc ce serait que les personnes qui restent pardonnent à la personne décédée d'être morte ?

- Exactement. D'ailleurs, pour finir avec ça, j'ai un cas avec une dame qui, quand son mari est décédé. Il était mort par un accident de moto. Et elle lui disait tout le temps « la moto, c'est dangereux, faut que tu évites », etc. Et j'avais été la voir parce qu'elle pétait un peu les plombs après le décès de son mari. Et elle m'a dit des choses qui m'ont choquées. En me disant « ce sale con »... Il venait de mourir, d'un accident gravissime. Il avait été en réanimation quelques jours. Il est mort très très vite. Et qu'elle dise « ce sale con, il m'a abandonnée, il m'a laissée seule avec mes enfants »... C'était des propos qu'étaient difficiles pour quelqu'un qui venait de mourir. Et c'était un accident, il n'avait pas choisi de mourir. Donc oui, il faut qu'on pardonne aux gens qui... des fois, dans les familles, il faut qu'on pardonne à celui qui s'en va, parce qu'il s'en va trop tôt. Il va laisser une femme toute seule. Elle va devoir se démerder avec les papiers. Et il y a toujours l'enfant qui a été préféré, celui qui se sent abandonné par le père... je crois que si il y a un travail de deuil, il y a un travail de pardon.

- Il peut y avoir une résurgence des conflits finalement...

- Il y a une résurgence des conflits.

- Et les femmes qui font une IVG, il faudrait qu'elles se pardonnent elles même, finalement...

- Exactement. Ou que quelqu'un leur pardonne. Ou qu'elle fasse une demande de pardon.

- Donc vous, votre place de médecin, ce serait de la déculpabiliser finalement ?

- Pas complètement déculpabiliser parce qu'il ne faut pas enlever le sens aux choses. On ne peut pas enlever le sens... parce qu'elles sentent le sens. Qu'on le veuille ou non, dans un avortement, les femmes, elles pensent qu'elles ont tué la vie, ou qu'elles ont empêché une possibilité. Donc, on ne peut pas enlever la souffrance de façon profonde en disant « c'était rien ». Parce qu'elles le sentent dans leur corps que ce n'était pas rien. Elles ont commencé à être mères, elles ont commencé à avoir leurs seins qui sont plus lourds, elles n'ont plus eu leurs règles... Ca a marqué leur corps. Donc on ne peut pas leur dire « non, c'était rien ». C'est leur dire « vous avez fait ce que vous avez pu ». De leur dire « avant tout, vous étiez une femme souffrante. A ce moment là, vous étiez en souffrance. Ce n'est pas une décision que vous avez prise de gaieté de cœur. Vous étiez avant tout quelqu'un en souffrance ». Qu'elle puisse se dire « au moins, j'ai des circonstances atténuantes ». On a besoin pour se pardonner de voir qu'on est faible. Accepter sa faiblesse.

- Vous parliez tout à l'heure du corps, du toucher. Est-ce que justement dans le suivi des personnes en deuil, vous allez avoir une attention particulière dans les examens, dans le somatique, dans le suivi avec ces patients là ? Est-ce que c'est quelque chose d'important ?

- Oui. J'ai une espèce de point d'honneur à jamais voir en consultation quelqu'un qui est dépressif sans avoir un examen somatique. Ne serait ce que pour lui signifier qu'il n'est pas qu'une personne qui souffre. Il n'est pas que sa souffrance. Il est une personne toujours. Si je ne peux pas lui dire qu'il garde de la valeur... Quand quelqu'un est dépressif, il considère qu'il est de la merde, qu'il n'est plus rien. Donc je ne peux pas lui dire qu'il a de la valeur sans le toucher. Si je le laisse au fond de sa chaise sans établir un contact, sans le traiter comme un patient qui a une angine, il ne va pas se sentir comme un patient avec une angine. Je ne peux pas dire la dépression est une maladie, et ce n'est pas parce que vous êtes faignant. Parce qu'à la campagne, quand on est dépressif, c'est parce qu'on est faignant. Quand même encore. Donc je ne peux pas leur dire « non, c'est pas parce que vous êtes faignant, c'est pas de votre faute. C'est une maladie. C'est comme une angine, ça vous tombe dessus, c'est comme un virus... » et en même temps ne pas le traiter symboliquement. Donc je regarde le ventre, la gorge, l'amygdale, la thyroïde... Pour bien signifier quand même qu'il reste un être vivant. Ca c'est important. C'est là où j'examine plus, à la limite. On les fait allonger sur la table, tout déshabillé...

- Ne serait-ce que sur un plan symbolique...

- Ne serait-ce que sur un plan symbolique. D'exister. D'exister toujours.

- **D'accord. On va arrêter là...**

- On pourrait parler une journée...

Huitième entretien

- **Alors, donc, je vais commencer par le début...Si je te dis le mot deuil, qu'est-ce que ça t'évoques....Quelle représentation tu en as...?**

- Le deuil, oui et bien c'est la...Une période que l'on redoute, nous, beaucoup, surtout s'il a pas été préparé...

- **Oui...quand tu dis nous c'est...?**

- Bah je pense aux médecins...

- **Aux médecins...Oui...**

- Aux infirmières, aux équipes soignantes...

- **Oui**

- Et effectivement, un deuil...Enfin, préparé et beaucoup plus facile pour les équipes mais également pour les familles quand on un p'tit peu anticipé, quand on a déjà dit un petit peu comment les choses pouvaient se passer, et puis c'est vrai qu'on a des deuils qui durent un p'tit peu moins longtemps, qui sont un p'tit peu moins pénibles...On considère qu'au-delà de six mois qu'on peut être dans un deuil un p'tit peu pathologique, hein...On prend ça...Disons avec d'autres directives à faire, ça c'est évident...

- **Oui...**

- Donc le deuil, la période du deuil, donc l'avant je dirai, le deuil lui-même et l'après deuil, hein

- **Oui....**

- Tout ça peut durer quelques mois, hein...L'après deuil...Six mois et même quelques fois beaucoup plus long...

- **Oui**

- Et quelque fois jamais, hein !

- **Oui**

- On a des deuils qui ne se font pas.... parce que, bah...Des choses n'ont pas été dites

- **Oui....**

- Là ça dépasse un p'tit peu les médecins, c'est toute une ...Comment vivait la famille...comment

sont les rapports familiaux etc....

- Oui

- Toi tu as déjà vu des gens qui...Pour lesquels le deuil n'a pas pu se faire...?

- Ou tout du moins pensé que le deuil a été fait et on s'est rendu compte au bout de quelques années...Que ce deuil là n'a pas été fait hein...Parce qu'ils n'ont peut être pas eu l'occasion d'en parler assez avec les proches, ou avec un médecin, ou avec un psychologue...Heu c'est ça en fait hein...Il faudrait que les gens en parlent après le deuil, il faudrait qu'ils....

Mais bon il y a plein de choses qui arrivent, il y a l'héritage, il y a les papiers, on se rend compte que c'est pas une période facile quoi....En dehors de la perte de quelqu'un quoi, je veux dire....

- Oui, oui

- Il y a effectivement le décès mais il n'y a pas que ça après je veux dire....

Il y a tout qui se greffe quoi hein...

Et qui peut être compliqué quoi.....

- Le deuil ça serait vraiment pas facile c'est ça?

- S'il est bien préparé, ça peut être un moment, bon c'est toujours difficile de perdre quelqu'un, mais ça peut être un moment plus facile à passer et faire son deuil ça existe hein ! Moi j'y croyais pas trop mais quand on dit « ha il a fait son deuil ! » et c'est vrai qu'on le sent au bout de quelques mois, six mois, huit mois, la personne commence à pouvoir parler du décès du conjoint, de façon plus détachée...Mais quelques fois...A chaque fois des pleurs et ça peut durer des années et le deuil est pas fait hein...

- T'y croyais pas trop?

- Faire son deuil c'était pour moi assez abstrait, puis je te l'ai dit au téléphone, j'ai fait un début de... enfin c'est pas un début c'est un....de soins palliatifs et des choses comme ça, et là vraiment on a eu des intervenants et heu...On a parlé beaucoup de deuil, de « avant » le décès, « pendant » et ensuite tout ça en fonction des, effectivement des civilisations mais aussi des pays dans lequel on vit...

- Oui

- C'est pas du tout les mêmes ... On vit pas les mêmes choses et là oui le deuil, moi j'y attache beaucoup d'importance... les personnes que je connais bien, en disant faut faire attention au deuil... c'est quelque chose qui faudra faire....

- Oui

- ça prendra du temps mais il faut, bon le temps souvent arrange les choses hein, les gens finissent... Mais il y a eu des personnes qui font des dépressions sévères, qui ne disent rien mais qui restent malheureux tout le temps quoi. Donc à un moment, nous en tant que médecin, vraimentPrendre avec beaucoup d'attention

- Et ton D.U sur les soins palliatifs tu l'as fait il y a combien de temps ?

Il y a une dizaine d'années, c'était les premières ...C'était même pas un D.U à cette époque là c'était une capacité ...Enfin ça a duré presque deux ans quand même hein...

- Oui

- Et donc là on a eu vraiment un ...tout a été abordé, ... Les fins de vie, deuils, beaucoup de...Et c'est vrai que c'est vraiment un passage très constructif ... Très constructif...

- Par contre avant de faire cette formation, pour toi c'était quelque chose d'assez obscure ou pas ?

- Bon si tu veux après...Et puis au bout de....Au bout de quelques années déjà t'es bien obligé de gérer ça quoi, j'veux dire même avec l'impression de pas forcément bien gérer quoi ...Parce que ça allait un p'tit peu comme ça...On faisait avec l'intuition hein...que là on a des directives, on a un schéma, enfin

Enfin on a pas de schéma pour le deuil mais il y a quand même des pistes que l'on peut exploiter et qui sont ...

- Il y a plus de repères?

- Ha oui ! Oui, oui et moi j'ai un autre confrère qui l'a fait et qui a les mêmes...Et qui est beaucoup plus jeune que moi...Et qui effectivement sa pratique a changé, j'veux dire, on aborde plus du tout la période de fin vie, du deuil, de la même façon ça c'est évident

- Est-ce que ça a changé en fait pour toi ?...

- Bah si tu veux déjà la façon...Ou l'idée que tu te fais de la mort, hein c' est clair, ça te demande... Ca te renvoie à ta propre image, pour ta famille, etc. en disant bah que c'est...Ca sera un passage obligatoire, j'veux dire et si on peut la préparer avant, préparer les siens et surtout les gens que tu vas accompagner...Heu déjà ça c'est très important, il y a des choses à pas dire, il y a des choses à pas faire peut être, et puis h...Je vois nous ici, les fins de vie, on en parle librement quoi, j'veux dire....

En équipe, on essaye d'anticiper avec les familles...Heu quand on sent que les choses vont vraiment se précipiter, on dit bah « comment voulez vous qu'il soit habillé ? » Toutes ces choses quoi...

- Oui

- ça on le faisait pas.

- D'accord.

- Donc là les équipes maintenant le font parce que ça fait partie de la vie quoi, les fins de vie ça fait partie de la vie quoi hein, et puis concernant surtout les soins palliatifs, oui là ça a encore plus changé...L'utilisation des morphiniques tout ça....

- Oui?

- On accompagne les gens et puis l'acharnement, enfin ici , ça s'est généralisé...On laisse les gens choisir, les familles choisir, on essaye de....D'accompagner quoi...

- Oui

- C'est plus de l'accompagnement adapté aux situations, quoi je veux dire, ça, ça a beaucoup changé

pour moi personnellement...

- Donc après cette formation...Du coup t'oses plus ouvrir ce sujet là....?

- Oui, tout à fait !

Déjà parler aux équipes, en parler aux familles, la seule petite chose où je suis pas à l'aise, et je ne le serai plus maintenant c'est d'aborder les fins de vie peut être plus avec les personnes elles mêmes....

- Oui ?

- Quand elles n'en parlent pas, si tu veux je vais pas au devant quoi....

- Oui

- Je vais pas commencer à dire « Ha bah... »Bon j'cache rien mais si tu veux j'suis pas...J'vais pas comme ça parler de ça directement. Et c'est vrai qu'on a peu de demandes en faitDe gens qui nous disent « Bon j'ai envie.....Faites moi une pique docteur....» Mais ça, ces gens là c'est pas du tout de ça qu'il veulent te parler ...Il veulent parler d'autres chosesMais vraiment les fins de vie j'avoue que....C'est un peu plus difficile à aborder quelques fois avec la personne elle-même quoi ...

- Oui

- ça, ça reste un problème difficile

- Oui

- Après c'est...Ca dépend comment tu connais ton patient, si tu le connais bien, si...Voilà hein, j'veux dire, si tu le soignes depuis dix ans, c'est pas pareil ...Et bon il y a des fois où effectivement on est content de ...Quand c'est par exemple des gens jeunes, là bon c'est pareil on est content d'avoir un service qui nous aide, qui est ...Qui nous accompagne, parce que tout seul tu sais pas gérer hein...

- **Oui**

- Ou alors tu risques de mal faire les choses quoi

- **D'accord. Donc ok, un deuil ça se prépare...C'est ça ?**

- Oui. Tout à fait. Un deuil ça se prépare.

- **Et quelle définition tu pourrais donner...Enfin comme ça quoi....Au deuil....Pour toi c'est quoi....?**

- Le deuil c'est la fin de quelque chose, hein, ça c'est évident. Ca sera jamais pareil après, quoi qu'on fasse.

- **D'accord.**

- Mais ca peut être le deuil d'un animal domestique, j'ai eu ça avec un chien, un p'tit chien, et la grand - mère elle a mis un an ...Il a fallut que les enfants rachètent un chien, c'était très compliqué....

- **Oui**

- Elle faisait pas son deuil

- **Oui**

- Donc pour moi c'est ça c'est la perte de quelque chose qu'on retrouvera jamais, c'est une rupture, j'pense que pour certains c'est un autre départ, pour d'autres ça sera...Bon va rentrer vraiment dans une fin de vie projetée quoi

- **Oui ?**

- Voilà. Et ça dépend aussi quelle sorte de deuil, parce qu'il y a.....Une personne résidant de quatre vingt dix ans ou quatre vingt douze ans qui est démente et grabataire ici on vit pas pareil...Et on ose

le dire maintenant, on dit c'est une délivrance pour la personne et on le dit aux familles même si quelques fois elles disent non, nous on le dit, voilà heu... On parle même plus de deuil, on parle d'une fin de vie... Que les choses se sont passées pour le mieux mais...

- Oui

- Là, on a Bon le deuil ça frappe pour la famille bien sur, mais on essaie plutôt d'aller dans ce sens là, en disant « voilà, il a fini de souffrir » ou « c'était... » voilà il faut bien... Et c'est vrai que la notion de mort est pas facile, parce qu'on est dans une société où la mort, on la repousse... On la met de côté, on n'aime pas trop parler de ça, par rapport à d'autres sociétés où le mort fait parti de ... Voilà c'est normal...

- Toi tu sens qu'il y a des... Enfin que c'est pas évident d'aborder le sujet....?

- Avec la famille.... Ou avec ?.... Non, il y a toujours... Un p'tit...

- Même après ? Quand la personne...

- Bah après si, c'est-ce que je te disais tout à l'heure, si on en a parlé un p'tit peu avant, si on a accompagné les gens, c'est vrai ils reviennent parler aux équipes par exemple, et ça c'est ... pour nous c'est le meilleur signe

- Oui

- Quand les familles reviennent voir les équipes pas forcément moi c'est surtout les infirmières, les aides soignantes, pis on parle, « bah tiens... heu » ou... ils reviennent parler quoi...

- Oui

- Et là c'est bon le deuil se fera dans les six mois

- Oui

- Puis des familles que tu vois plus ... Ils viennent même plus quoi... j'veux dire... C'est fini

quoi....Il tourne la page...Ils essaient de tourner la page mais ils vont avoir du mal parce qu'ils en parleront peut être entre eux, je sais pas...

- Est-ce que vous leurs proposez de les revoir après ?

- Systématiquement.

- Systématiquement ?

- Oui on a une psychologue nous ici, qui ...Et puis les équipes leurs disent « bah passez nous dire un p'tit bonjour » ou ...Et c'est vrai que ça ...On peut pas te dire dans combien de cas ça fonctionne, mais quand même, si, il ya des retours....

- Oui

- Il ya des retours, des retours de gens qui viennent, ou qui deviennent bénévoles c'est très drôle... Ils veulent continuer à garder un espèce de...Ils sont contents de revenir le dimanche par exemple.... on s'attache à un autre résident....!Oui, oui oui ! Ils s'investissent

- Oui ?

- C'est ça ! Oui ça arrive...Qui s'investissent parce qu'ils se disent je peux être utile à quelque chose plutôt que...c'est une façon à mon avis de faire un deuil.
C'est pas très souvent mais ça arrive.

- D'accord. D'accord, d'accord. ...Est-ce que tu accepterais de me parler d'une expérience, ou de plusieurs, que t'as pu vivre en tant que généraliste dans tes quarante dernières années ?

- De vraiment difficile ?

- De vraiment difficile, mais pour toi en tant que médecin dans l'accompagnement de personnes qui viennent juste de perdre quelqu'un ...Tu vois, enfin ça vient d'arriver ou ça fait pas longtemps, dans le premier mois quand les personnes sont encore un peu sous le choc...

- Oui, oui

- **Est-ce que toi t'as pu vivre des moments qui ont été durs pour toi, peut être avant ton D.U , enfin je sais pas ...?**

- Oui. Oui oui, avant le D.U, et même depuis, parce qu'il y a des moments...

- **Et qu'Est-ce qui a été difficile de voir, tu vois ? C'est ça ma question...**

- Alors le plus difficile c'est effectivement déjà, le dernier cas, c'est ...Donc un homme jeune, il avait 57, 58 ans, il partait en retraite, en quelques mois cancer du colon, métastase, etc. Donc là, personne n'était préparé.....

- **Oui?**

- Même nous on a trouvé ça, on a trouvé ça....Donc si tu veux la dame était un p'tit peu plus jeune, donc elle avait une cinquantaine d'années et qui a été très en refus de la maladie, c'est-à-dire qu'elle a toujours nié un p'tit peu l'évidence, quoi...En plus il est mort pas bien avec des métas, métas cutanées, enfin bon elle voulait plus le faire hospitaliser parce que...Elle voyait bien que...Mais malgré ça, si tu veux, elle était dans...Et donc là il y a eu un accompagnement avant difficile parce que à la fois, elle voulait pas qu'il souffre mais on donnait de la morphine, ça l'endormait, donc elle disait « mais vous êtes en train de... » et si tu veux il y a eu pratiquement à chaque traitement, c'était une négociation...

- **Oui.**

- Et à la fin, donc, elle a bien accepté qu'il aille à la clinique, pour quelques jours, mais elle a voulu absolument qu'il revienne à domicile, et si tu veux c'était des demandes pratiquement tous les jours, de passer voir ce monsieur, qui lui savait que c'était fini et qui posait pas de problème....

- **Oui**

- Mais là l'épouse a eu vraiment un...Ne vivait pas ça bien quoi. Et donc moi j'l'ai re suivi effectivement après et si tu veux elle a jamais accepté ça et elle l'a pas encore accepté ça fait

maintenant trois ou quatre ans, en se disant est-ce qu'elle aurait pas pu faire autre chose, voilà et toujours, en me questionnant « Est-ce qu'on aurait pas pu faire d'autres traitements et ce qu'on aurait pas pu le confier à quelqu'un d'autre ? », pas forcément en mettant en doute la médecine si tu veux, mais quand même ... Je sens qu'elle est toujours dans le refus de ça, et ça c'est pas facile à vivre, bon parce que à chaque fois il y a ... Qu'elle vient en consultation, je sais que ça va pas , pas pour elle hein, et elle a accepté quand même de prendre un p'tit antidépresseur, de se faire accompagner, là c'est un p'tit peu mieux...

- Oui

- Elle a une fille qui est partie au canada, elle va la voir et ça, mais ça a été un moment difficile... Que tu... T'as du mal à gérer, et en plus j'ai dit « il faut aller voir quelqu'un d'autre... Il faut peut être ... » et bon elle revenait me voir parce que c'est ... En fait, moi je, son mari, ça passait bien si tu veux...

- Oui

- Donc elle, elle sait qu'on est un peu complice tous les deux, donc elle revient pour avoir les ... peut être même, est-ce qu'elle voulait avoir des p'tites confidences, des choses... Et là ça a été dur

- Qu'est-ce qui a été dur pour toi, c'est le fait qu'elle refuse d'accepter ?

- Bah si tu veux, oui c'est le refus d'accepter ça, que j'ai peut être pas réussi à faire passer si tu veux... peut être que j'ai pas été assez clair au départ, « bon écoutez voilà malheureusement... », parce que c'était malheureusement, il avait une carcinose péritonéale..., enfin ça a été tout de suite le truc énorme .

- Oui

- Peut être Est-ce que j'aurais du heu... me faire accompagner avant si tu veux... J'ai eu que le monsieur en tête ...

- Oui?

- Parce que j'étais pris avec le monsieur

- Oui ?

- Et j'ai peut être pas vu la souffrance de la dame quoi ...

Qui était vraiment en souffrance et qui avait plus de...Elle avait une fille qui était loin et heu...Il y a eu des moments d'agressivité, enfin de l'agressivité verbale, en disant « qu'est-ce que vous faites, vous le laissez mourir ? », ça c'est dur à gérer quoi

Alors que tu savais que tu pouvais plus rien faire quoi

- Oui

- Et les refus d'hospitalisation, enfin, ...Y a fallu gérer une situation qu'on savait tous...Voilà. Mais bon, peut être aussi que je connaissais bien ce monsieur là, et puis comme, si tu veux, j'étais en plein, en train de faire le deuil de quelqu'un que j'aimais bien quoi hein...

Y a peut être ça aussi hein, c'est pour ça que j'en parle, mais c'était, là c'est un moment difficile quand même, maintenant ça va mais, c'est vrai y a des moments comme ça où ...

- Oui tu penses que toi aussi t'as eu ton deuil à faire en même temps quoi ?

- C'est pas souvent mais là j'ai eu aussi heu...Y a eu aussi quelque chose ...Mais celui là je le connaissais, peu être pas depuis trente ans mais presque quoi ...

- Oui

- Si tu veux ça a été la brutalité des choses qui a fait que ...Cette personne là...Qui était pleine de vie quoi enfin...à la limite, il était bien quoi, et souvent j'le voyais jamais moi, moi j'le voyais tu vois comme ça peut être des gens de cinquante ans, cinquante cinq ans... Il vient me voir pour des douleurs abdominales et tu fais un scanner...et t'es déjà parti dans...Et là déjà tu te dis comment je vais gérer ça quoi, j'veux dire, puis y'a tout ça qui faut ...On a tous ça...Bon tout ça j'veux dire heu....Mais enfin quelque fois quand y'a un ça va mais quand y'en a plusieurs le soir ça peut être dur quoi...

- Et quand tu disais qu'elle te re questionnait à chaque fois, c'est un peu être culpabilisant ou

toi enfin, t'aurais pu vivre ça...

- Culpabilisant vis-à-vis de la ...Bah si tu veux

- Te remettre en question, enfin....Est-ce que finalement ...en disant « Mais est-ce qu'on aurait pas pu faire autrement, je sais pas...

- Oui oui, parce que ..Est-ce qu'on pouvait pas proposer autre chose, Est-ce que...Oui tout ça tu le vis aussi ...C'est sûr et puis direEst-ce que effectivement...J'aurai pas du ...Plus faire...Mais en disant ce Monsieur là on peut pas le laisser à domicile parce que je sentais que la dame était en souffrance...

- Oui

- Et là peut être m'imposer en disant , non il faut le ...L'hospitaliser pour, si tu veux, c'est un peu dans ce sens là....Parce qu'après les personnes te disent « ha mais s'il avait été à l'hôpital... » mais elle voulait pas en même temps, mais peut être en disant j'aurais dû être plus ferme quoi, ou...Peut être que ça aurait...La dame aurait été plus...Tu vois ce que je veux dire

- Donc ça te remettait en question sur d'autres choses ...

- Voilà.

- Et elle c'était sur d'autres choses ...Enfin...?

- Voilà, on pouvait pas, à la limite on était pas sur les mêmes...., parce que bah elle était vraiment dans la détresse quoi, un compagnon qui... c'était un couple qui s'entendait très bien, j'veux dire et...A la limite se dire on lui fait plus rien parce que à un moment on a plus rien fait quoi, j'veux dire, à part des très grosses doses de morphines mais on faisait plus rien, elle, elle le vivait pas bien parce que...On peut pas laisser mourir comme ça quelqu'un de cinquante cinq ans en faisant... Même ...Bon voilà.

- C'est toi qui l'a suivi après le décès ?...

- Oui, oui, oui, alors il y a eu un mois où un espèce de ...Elle est pas revenue me voir...

- Est-ce que toi tu lui envoyais ...enfin je sais pas comment ça se présente ...?

- Non bah je ...Il est mort à domicile, donc j'avais été la voir on avait parlé un p'tit peu mais, les enfants étaient là, donc heu, elle avait heu...je sentais bien que fallait pas que j'insiste trop quoi, c'était comme ça, je me suis en aller... et puis elle est revenue me voir pour me redemander encore, me dire voilà...

- Donc à chaque fois qu'elle revenait te voir c'était pour te demander « et est-ce qu'on aurait pas pu faire autrement ? »

- Bah « est-ce que... » voilà, « Est-ce qu'il y avait pas d'autres thérapeutiques, parce qu'ils entendent plein de choses, « est ce qu'on aurait pas.... », voilà, et puis non, bah elle était dans le refus total de ça quoi, j'veux dire...

- Et quand elle venait, elle exprimait pas d'émotions, de pleurs, de choses comme ça ?

- Ha si !

- Si ?

- Ha oui,, oui, oui. Ha si c'était quelqu'un qui était ...Qui a fait un p'tit épisode dépressif certain, deux ou trois mois après, pas tout de suite hein, y'avait un épisode dépressif, elle a réussi à continuer à aller à son travail hein, ça c'est important parce qu'on lui disait faut continuer à aller travailler, elle travaillait cette dame là, elle travaille toujours.... puis elle voulait pas de médicaments non plus, elle a accepté de prendre un antidépresseurs, un p'tit anxiolytique le soir, puis là ça va mieux maintenant, hein, pis ses enfant étaient très partie prenante, elle a une fille, qui allait vraiment dans notre... Qu'elle nous aidait.

- Oui

- C'est ça qui nous a aussi permis de...Parce que l'aide de la famille c'est primordial.

- C'est toi qui lui a mis des antidépresseurs...Qui a prescrit ça ?

- Oui. Oui. ça a pas été tout de suite

- Quel a été le déclencheur ?

- Bah y'a un moment où on a parlé franchement, j'lui ai dit là, le diagnostic ; c'est pas facile un diagnostic de dépression....« vraiment ce que vous me décrivez vous êtes...Une dépression en réaction à votre deuil, on peut vous aider y'a des antidépresseurs qui fonctionnent bien, si vous me dites oui, je vous le prescris. »

Et elle m'a dit « bah écoutez je fais l'essai, pis ça fait trois quatre mois, et c'est vrai qu'elle est mieux...Mais elle est mieux déjà.

- Oui

- Enfin, là il y a eu une aide médicamenteuse. Par contre elle voulait pas voir de psychologue ni de psychanalyste, c'était clair.

ça c'était clair.

- Oui ?

- C'est son droit...

- Oui

- ça aurait été sûrement utile d'aller voir un psychologue ou quelqu'un pour ...

- Tu lui avais proposé toi ?

- Alors j'lui avais proposé mais là c'était ...Ca fait pas partie de leur...Ca fait pas partie des choses qui....Après on les prend pour des fous quoi si tu veux c'est ça...

- Oui

- Même les antidépresseurs j'suis pas fou. Bah non c'est pas...C'est justement, c'est parce que vous n'êtes pas fous que vous êtes comme ça....

- Et dans les deuils, ça t'arrive souvent d'en prescrire des antidépresseurs ?

- Ha ça m'arrive.

- Oui

- Je ne laisse pas trop les choses...Quand je sens que vraiment le deuil est dur ou que la dépression s'installe...

- Oui

- Là, oui maintenant, depuis quelques années, je suis plus incisif et je leur dit « bon, prenez un antidépresseur, suffisamment longtemps, on l'arrêtera dès qu'on sentira...Dès que vous serez mieux mais, heu...Et puis les gens acceptent...une fois sur deux trois

- Comment tu fais ...Parce que moi j'trouve que c'est pas évident de...Justement dans une période où les gens sont ...Enfin sont forcément tristes quoi, pour faire la part des choses justement entre....? C'est quoi ton critère?

- Voilà, c'est-ce que je t'ai dit ...Y' a la durée...

- Oui?

- J'estime que au-delà de six mois, quand les gens continuent à voir le même,... les patients, les mêmes comportements, le même discours. On rentre dans un deuil pathologique c'est-à-dire peur des projets, ils vont pas tous les jours au cimetière mais presque, là c'est pas normal, c'est plus normal, à partir de là je leur propose systématiquement, ou d'aller voir un conseiller psychiatre, psychologue hein, ou, souvent ils me font confiance, je les connais bien, j leur dis « bah je vous donne un traitement antidépresseur »

- Oui

« Puis un p'tit anxiolytique le soir, faudra pas continuer ça, mais vous en avez besoin »

- Oui

- Et puis après, deux trois mois après souvent les choses rentrent dans l'ordre quoi...

- Oui

- Ca empêche pas leur chagrin, mais ils voient les choses autrement,, ils refont des projets, ils ressortent un peu, voilà...

- Donc t'attends de voir un p'tit peu l'évolution quoi.

- J'me donne quelques mois.

- Oui ?

- Oui, j'me donne toujours quelques mois

- C'est le temps qui détermine?

- Oui oui, j'te dis, ha je dis pas six mois comme ça mais à peu près quoi, faut compter ça pour commencer à faire la part de ce qui est du chagrin, de ce qui est des réactions normales à un décès et d'un deuil pathologique, parce que c'est ça qu'on redoute hein, des deuils pathologiques...

- Quand une patiente comme celle la, par exemple, pleurait, peut exprimer des émotions, comment tu vis ça toi ?

- Bah je ressens, pour elle, c'est une indication qu'elle allait pas bien hein déjà parce que quelqu'un qui se met à pleurer devant toi tout ça ...Et c'est là la dernière fois, ça fait un p'tit moment déjà, qu'elle a recommencé, j'lui dis « là, non, ça peut plus continuer comme ça, il faut qu'on vous prenne en main parce que vous avez un...Maintenant vous entrez dans une dépression, et une dépression ça se soigne. »

J'lui explique, et heu...Voilà, on fait l'essai ? « Bah d'accord, on fait l'essai »

- D'accord.

- Et c'est un peu comme ça si tu veux, que ça s'est produit. Bah quand les gens...

- Et toi, sur le plan ... enfin j'veux dire, émotionnel, ça te bouleverse pas ?

- Non. Non, c'est fini ça.

- Oui ?

- Non non, là j'ai...Je ...Là y a une barrière, oui.

- Oui ?

- Oui. Quand j'estime que j'ai fais ce que je devais faire et que, là à ce moment là il y a une barrière et puis je ...

- D'accord. Quand tu dis c'est fini, c'est que ça a pu être différent ...?

- Alors oui, ...L'empathie je sais pas comment ils appellent ça, ça va un peu mais t'as pas les épaules assez larges parce que si t'en a quatre en consultation qui se mettent à pleurer et que tu prend tous les deuils du monde sur ton épaule, tu tiendras pas longtemps. C'est toi qui sera rapidement dépressif...

De toutes façons j'me mettrai jamais à la place de cette dame là...

- Oui

- Moi quand je rentre j'ai une famille, faut que je sois aussi heu...Non très franchement quand elle estJe l'accompagne, mais quand elle est sortie de mon bureau, c'est terminé. J'essaye

- T'as des souvenirs quand tu étais plus jeune où tu prenais un peu pour toi ou...?

- Ho oui

- Ou c'était un peu casse gueule...?

- Oui ça pas été comme ça tout le temps..c'est pour ça que je te disais, bon y'a l'expérience à déclarer t'as des décès aussi dans ta famille, j'espère pour toi que t'en auras pas aussi tôt

- Oui ?

- T'as une expérience personnelle !

- Oui ?

- ...De gens...Grand-mère, grand-père, où tu te dis bon bah...Voilà, tu les comprends les personnes, tu te dis, bah oui, c'est pas rien comme peine hein, une douleur...Il paraît que c'est ça le plus douloureux...Et les douleurs morales, il paraît que y'a pas pire...Le psychiatre me disait ça moi, c'est vrai ! Moi je pense que c'est vrai, c'est vrai. Et puis après effectivement là je te dis tu prends un peu de recul avec tout ça mais bon y'a des deuils que, des décès qui m'ont toujours marquer, un gamin de dix sept ans qui s'est fait tuer en voiture, que je connaissais parfaitement...

- Oui ?

- J'ai pris ça personnellement, si tu veux...
J'ai pas été bien

- Oui?

- J'ai pas été bien, mais l'avantage d'être en groupe c'est qu'on en parle parce qu'on se dit « bah tiens... Bon bah voilà... » et puis la vie reprend le dessus, c'est pas....

- Vous êtes à plusieurs dans le cabinet?

- On est sept.

Donc ça c'est important aussi. Parce que souvent c'est des personnes que d'autres médecins

connaissaient

- Oui?

- Donc on partage un p'tit peu si tu veux pis, y a quelque fois je suis en vacances, donc la personne va voir l'autre médecin qui aborde les choses un peu différemment et comme on travaille à peu près tous pareils si tu veux ça....Ce qui fait que dis bah faut que...Voilà

Non mais c'est difficile...Des gens que tu connais bien...Moi les gens âgés c'est fini, je trouve qu'au contraire on les a accompagné, on les a ...

- Oui

- C'est pas gai hein, mais moi quelqu'un de quatre vingt dix neuf ans qui part ici, c'est pas gai, on en parle, en équipe, mais bon, c'est ...On est là pour ça je veux dire..

Voilà. C'est dans l'ordre des choses. Après les deuils de gens jeunes, de trente ans, là c'est dur hein...

- Ce jeune de dix sept ans c'était un jeune que tu suivais ?

- Oui, ho,oui, puis t'as le deuil, et t'as les circonstances ...

- Oui?

- Je le suivais, moi je le connaissais bien, je faisais les vaccins, je faisais le suivi, et en plus il était au mariage de son frère ...

- Oui ?

- Il était ...Le restaurant était d'un côté de la route, et puis en traversant, il a eu deux de fauchés quoi. Pendant le repas de...Je soignais les parents, je soignais la grand-mère, alors donc si tu veux d'un seul coup j'ai eu tout ce monde là quoi. Et là tu te dis qu'est-ce qui se passe ? Quoi, j'veux dire, pis qu'est-ce que tu vas avoir comme paroles réconfortantes, c'est ...C'est....

- Oui

- C'est tout quoi, j'veux dire, tu peux, tu te dis bah j'veux bien vous accompagner mais....C'est tout quoi j'veux dire, c'est fini quoi, et là c'est dur hein, parce qu'ils reviennent te voir et puis t'as tous les souvenirs d'une part...et là, non, non t'es pas bien...

A chaque consulte t'es pas bien

- Oui

- Puis là, je crois que c'est ...Ca fait parti de... là par contre on a un métier difficile pour ça.

- Donc c'est cette difficulté là quoi qui m'intéresse....j'pense qui existe chez tous les médecins ...

- Ha oui, je pense

- Comment on gère à ce moment là quoi ?

- Bah j'crois qu'il faut...C'est-ce que je te disais là, ce qu'il faut se dire c'est ...Bon bah faut que je les aide

En ne montrant pas trop de peine de mon côté, parce que après on va être tous en train de pleurer dans le bureau, ça...va pas être très bon.

- Et toi dans ces cas là, tu...?

- Bah j'essaie de me détacher, ouais.

- Tu essayes de ne pas exprimer tes émotions ?

- Oui

- D'accord

C'est très mal venu de pleurer avec les gens ?

- Ecoute c'est un avis personnel...

Mais je pense que oui, pis ça ...Parce qu'après ils ...Si tu veux leur annoncer « prenez un antidépresseur » ils vont te dire « bah vous êtes dans le même cas que moi » parce que montrer que t'as de la peine et que tu l'aimais bien cette personne la, oui, faut leurs dire, moi je leurs dis, mais je leurs dis « bah vous savez maintenant, il faut...Projetez vous dans autre chose », faut qu'on reparte sur autre chose quoi...Et puis la je prend un autre prétexte je leurs dis « bah...votre bilan ? » tu vois à ce moment là, c'est peut être un peu de lâcheté, mais on essaie de sortir de la consultation que pour la ...Mais bon c'est toujours dur.

- Oui

- D'façon, y a pas de recettes....., j'crois que ça dépend aussi de ton...Ton propre vécu, ressenti, mais tu seras obligé, obligé de te faire une carapace.

- Oui?

- Même si ça paraît dur. Sinon tu

- Donc toi c'est des expériences comme ça qui ont fait que peu à peu tu t'es fait une carapace...?

- Oui, d'un, que j'ai eu besoin de me faire une carapace, un p'tit peu et deux, le besoin d'aller faire cette formation...

Parce que là il y avait des médecins jeunes, des médecins plus âgés, on avait tous...Tous les mêmes problèmes et moi j'en revois ...des copains que je revois, qui effectivement après cette formation, disent « bah là maintenant, c'est pas qu'on est ...On est plus à l'aise, on sait qu'il y en a d'autres qui sont dans le même cas, ils ont fait comme ça, c'est...

- Oui

- Et j'fais comme ça et ça et ça fonctionne

T'as des psychologues, t'avais des psychiatres qui venaient à la formation, t'avais tout un tas de personnes et on a'est rendu compte que bah y a des choses qui faut pas faire, se mettre à pleurer avec eux, c'est pas évident faut pas,mais là....c'est pas facile non plus. Mais bon y a un moment tu te dis bah oui quoi, je passe de la fonction de ...Là tu retrouves une fonction de...Voilà.

- Et du coup, par rapport à ces...Ca c'était avant que tu fasses ta formation ?

- Oui

- Oui?

- Très franchement là...

- Ce genre de chose t'arrive aujourd'hui qu'est-ce que...Qu'est-ce qui...?

- Bah déjà je....Ca enlèverait rien au chagrin de quelqu'un que j'aimais bien, mais je pense que je serai un peu plus directif dans certaines choses en disant, voilà...ne serait ce que pour proposer les traitements à la personne au bout d'un certain temps, faut prendre un antidépresseur, faut aller voir un psychiatre, faut en parler, enfin plutôt que de dire « bah venez me voir tout le temps, j'peux tout régler », non, faut savoir passer la main..Y a des fois faut quelqu'un d'autre faut un avis extérieur et là c'est à nous d'amener ça si tu veux en disant c'est pas un échec de dire non, j'vous connais trop bien, faut aller entendre, faut aller chercher un avis ailleurs...

- Ce serait une prise en compte de tes propres limites ?

- Absolument

- Oui ?

- Tout à fait. Ha oui, complètement.

- Hum. Pour en revenir à cette situation qui t'était arrivé, du coup c'est des consulte qui te sont arrivées en, enfin je sais pas si tu te rappelles, c'était en journée et tu savais qu'ils allaient venir ?

- Alors c'était que sur rendez vous, une fois ou deux ils m'ont appelé en visite parce qu'ils voulaient pas venir, parce que je suis sûr que dans la salle d'attente ça ce serait mal passé, bon c'est des

consultations plus longues etc. mais enfin, quand tu le sais...

- Ouais après tu pouvais prévoir quand même, tu savais que....

- Et souvent , tu sais les secrétaires connaissent ce qu'il s'est passé, et quand il demande pour un rendez vous comme ça, au lieu de mettre un quart d'heure, elle prévoit quoi, ça c'est sûr que ça va durer plus longtemps et puis donc si tu veux, voilà, et c'est vrai qu'il faut pas être là en train de regarder ta montre, c'est catastrophique... Tant pis tu prends une demi heure de retard, trois quart d'heure et pis c'est tout, j'veux dire, la fois d'après si c'est un vaccin tu te rattrapes hein, et pis ... Faut pas non, mais par contre ça peut prendre du temps.

- Toi t'arrives à te dégager du temps pour ça ?

- J'essaie.

- Oui ?

- Et je finis plus tard.

- Oui ?

- Voilà. Mais t'as quand même eu l'impression de faire quelque chose, quoi, j'veux dire, parce que ces consultations là, c'est pas cinq minutes j'veux dire, c'est pas possible.

Ou tu passes la main, ou tu te dis j'peux pas, j'ai pas le temps, j'me sens pas capable et à ce moment là tu dis bah là ça vaut le coup deMais quand tu sens que tu peux gérer, pourquoi pas, j'veux dire, si la confiance passe bien et bah tu dis je passerai un demi heure avec cette personne la, pis voilà.

- Ok. Donc toi après des consultes comme ça t'as besoin d'en parler à tes collègues ou comment t'as fait à l'époque où tu ...?

- Bah j'en ai parlé avec mes collègues qui connaissaient, en particulier avec un, un petit peu plus jeune que moi, qui a cinq ans de moins que moi, qui avait soigné aussi la famille etc. et si tu veux, le soir souvent, il me dit tiens j'ai vu la famille ...Mais on en parle

- Oui oui

- « Qu'est-ce que t'as fait ...comment ils sont...? » de façon à ce que nous aussi si après ils vont voir l'autre médecin, on en a parlé, ils sont contents.

Ils savent qu'on les laisse pas...Même si ça dure cinq minutes entre nous,

- Oui

- Mais si tu veux voilà,, on prend un temps de paroles quand c'est comme ça..

- Et toi d'en parler avec tes collègues ça te fait ...Ca te vide ?

- Ha oui, ça me fait du bien, il faut le faire hein

- Ca te fait du bien à quel niveau ? Tu saurais le dire ou non ?

- Bah je me sens soutenu déjà et pis je pense que le fait de parler de quelque chose, moi c'est important.

- Oui ?

- Si tu renfermes toujours tout, y a un moment où, voilà, tu peux plus gérer quoi, j'veux dire, par contre j'en parle jamais à ma famille, à la maison quoi, quand j'arrive, ça c'est des choses dont je ne parle jamais.

T'arrives à faire la part des choses

Ha complètement

- Ca t'empêches pas de dormir le soir venu ?

- Non, j'vais pas te dire que je m'endors comme...Non mais si tu veux, au bout d'un certain temps, ce qui m'empêcherait le plus de dormir c'est d'avoir vu un cas grave, que j'ai pas...que je sais pas comment ça va évoluer, que vraiment ça.

Oui, bah oui c'est ça, non mais on arrive à ça, un p'tit peu, où je dors moins bien c'est les moments

où...j'suis plus de garde mais quand j'étais de garde, que je voyais quelque chose que je savais pas trop ce que c'était, tu repars et tu te dis pourvu que j'ai pas fais de ceci ou...Est-ce que j'aurai du l'hospitaliser, là j'dors pas

- Oui

- Si tu veux. Mais on est tous pareil, parce que toi tu connaîtras ça aussi, si tu fais des remplacements, tu te dis bon...Est-ce que...J'voudrai pas qu'on m'appelle demain matin en me disant qu'il a une péritonite, des trucs comme ça quoi

Ca arrive hein. Mais voilà, là je dors moins bien si tu veux. Mais bon maintenant les problèmes comme ça...psychologiques des patients qui viennent te voir...Non, j'ai vécu...Mais bon ça vient au bout d'un certain temps ça.

- Ok. Donc quand il y a des choses comme ça, un p'tit peu inattendues, un peu traumatiques ... Si toi tu reçois les gens, mais c'est une pression, du coup tu ...Enfin, ce qui a pu être difficile aussi c'est de pas savoir trop quoi dire, de peur de....

- Oui, exactement...Comment...Mais l'avantage quand même si tu veux, quand tu soignes les gens, t'es médecin de famille depuis quelques années, il ya des petites choses que tu peux aborder.

Quelques fois c'est pas en rapport direct avec le décès, c'est en rapport avec autre chose, et puis petit à petit la personne ...Faut la laisser parler en fait, moi ce que je fais c'est que même si elle a des choses pas agréables à te dire bah tu les prends

- Oui

- Puis après bah « on va vous expliquer, maintenant on va parler.. » le dernier, c'est tout récent, un jeune qui était pas...Que je connaissais pas très bien mais je connais bien la maman, un jeune, on sait maintenant qu'il était schizophrène, qui était à Nantes, la maman a rien vu venir et le gamin est arrivé chez le papa qui était divorcé et s'est tiré une balle dans la tête, alors là, la maman culpabilisait parce qu'elle avait complètement...Elle avait pas vu venir du tout le...Et si tu veux elle venait me parler de ça et pour me dire « j'ai rien vu venir » on sait maintenant qu'il a...qu'on parle de schizophrénie....On parle de choses comme ça et là si tu veux c'était pour moi j'le connaissais pas très bien. Donc pour moi c'était pas la perte de quelque chose puisque je ne le connaissais pas...

- Oui oui

- Et c'était de se dire cette...Elle va dans le mur cette dame là, parce que comment elle va faire pour....Et donc c'est au bout de plus d'un mois et demi que je dirai faut aller voir un ...Il faut vraiment aller voir un psychologue, faut aller voir un psychiatre qui va vous expliquer la maladie éventuelle de votre fils, pourquoi il a fait ce geste là, et surtout pourquoi vous y êtes pour rien quoi

- Oui

- Mais là, il faut vraiment hein. Et elle est toujours suivie

- Toi tu t'es senti dépassé, dépassé à quel moment, a quel niveau?

- Ha oui. Bah je....

Bah j'vais pas, déjà c'est pas facile de parler de la schizophrénie chez un jeune de vingt ans

- Oui ?

- Heu après heu...essayer de dire à cette dame, que je connaissais quand même, « mais non, vous y êtes pour rien » elle me croit, mais si c'est quelqu'un d'autre si tu veux, un psychiatre qui lui dit « écoutez madame c'est une maladie psychiatrique grave, ça serait peut être arrivé n'importe quand, je pense que là, elle avait besoin d'entendre ça de la part de qui avait plus de compétences que moi et c'est normal hein.

- Oui

- Et là oui, j'ai passé la main parce que je pense que j'aurai pas été de bons conseils.
J'aurais pas géré ça.

- Tu disais que tu suivais pas ce jeune là, Est-ce que du coup c'est plus facile pour toi d'accompagner les gens en deuil quand tu connaissais pas la personne décédée ?

- Oui.

Je le dis sans arrière pensée, parce qu' y a pas de sentiments donc ...

- T'es moins impliqué dans le ...?

- Ouais dans le sentiment, c'est toujours mauvais le sentiment, enfin c'est bon d'avoir des sentiments, mais nous en tant que médecins, quand on doit conseiller des gens, si on rentre dans le sentiment, on va pas forcément être dans les bons conseils, si, si on peut donner des bons conseils, mais la si tu veux le cas typique la, je savais que cette dame la il lui fallait une consultation auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre, elle en avait vraiment besoin. Pis peut être que lui il réveillera des choses, il parlera de l'enfance de cette femme....Enfin c'est pas ma compétence hein.

- Ok. Ok Bon j'avais une question, mais cette fois ci, heu je sais plus quelle heure il est...

- Non, non, vas y vas y j'suis qu'à toi.

- ...Des difficultés que t'as pu, toi, rencontrer, mais cette fois ci dans l'accompagnement de personnes en deuil, mais plus....Après la période...Enfin tu vois t'as la période de....

Oui, oui après ça...Voilà ça dure un p'tit peu dans le temps, en espérant que ça passe...

- Oui c'est ça...

- Mais Est-ce que toi t'as pu rencontrer d'autres genres de difficulté heu...ou cette période la....

- Disons...quand ta période de deuil de six mois, huit mois ...Le deuil souvent entre parenthèse normal, les personnes reviennent te voir, on parle de ça un p'tit peu et puis rapidement on voit qu'elle passe à autre chose, j'dirai que bon...Au contraire on commence à évoquer des souvenirs qu'on a pu avoir avec cette personne la, qu'on a soigné si tu veux

- Oui oui

- Et là, t'as plus de pleurs...à un moment donné, oui, c'est vrai vous l'avez connu à cette époque là etc. Donc la c'est gagné, c'est fini, j'veux dire

- **Oui ?**

- Parce que si tu commences à...Alors là, là on rentre de nouveau dans un problème d'accompagnement, plus de deuil qu'on peut appeler pathologique et là je crois que c'est peut être plus les bonnes paroles, je crois que là, maintenant, j'ai franchi le pas un p'tit peu et quand je suis dans ce sens là, je propose soit un accompagnement autre que moi, soit un traitement hein.

- **Donc voilà pour toi maintenant...**

- Plus à l'aise, plus à l'aise

- **D'accord.**

- J'me dis pas « ho, bah on va encore pousser d'un mois, c'est normal » Y a un moment où on va pas traîner, j'me dis c'est plus normal

- **D'accord**

- Voilà

- **Quelque chose que t'a apporté ta formation ?**

- Oui, oui tout à fait. De dire mais non, c'est pas normal, y a des deuils pathologiques, ça existe, et ça c'est la formation.

- **D'accord.**

- C'était vraiment pour eux, c'est ...Bon c'est pas à un mois près tu comprends bien....

- **Oui oui**

- Mais y a un moment tu te dis non, il ou elle va pas s'en sortir toute seule.

Faut une aide médicamenteuse, bah oui ça existe aussi, et c'est vrai qu'on leur apporte beaucoup de choses quoi, j'veux dire

- Oui

- Mais bon, pas toujours facile à faire accepter, je dirais que c'est ça la difficulté.

- D'accord.

- C'est de leur faire accepter un traitement ou une consultation auprès d'un spécialiste.

- Qu'est-ce qu'il y a de difficile là dedans, c'est ...?

- Bah c'est, déjà c'est... Ils ont l'impression « d'échecs » en disant j'suis pas capable d'assumer ce deuil là.

Déjà tu vois, ils se disent, bon déjà je perd quelqu'un, lui il a été courageux parce qu'il est mort d'un cancer avec des métas partout, pis moi j'suis même pas capable niveau traitement, de me voir comme ça, si tu veux.

- Oui

- Alors que tu dis « bah non au contraire, oui il aimerait vous voir mieux »... Enfin bon tu vois les paroles, tu sais très bien, c'est pas comme ça et après effectivement les médicaments, les antidépresseurs, tout ça ça reste encore un p'tit peu, tu vois, « mais j'suis pas fou etc. »

- Oui oui

- Et si t'arrives à leur faire passer le message, avec du temps quelques fois, ou une première consultation auprès d'un psychiatre qui va aller dans ton sens, en disant « prenez ce médicament là, revoyez votre médecin traitant » les choses évoluent hein.

- D'accord.

- Mais y a des échecs. C'est normal, y a des gens qui... Ou que tu ne reverras plus parce que le fait de te revoir ça leur rappelle tellement la personne que t'as soigné ... Hop, ils tournent la page, on se rencontre, bonjour, on parle même plus de la personne qui est décédé, ça arrive aussi hein.

C'est dur aussi ça, hein.

- Oui?

- Parce que tu te dise est-ce qu'elle m'en veut ? », « est-ce que j'ai fait... ».... Pourquoi pas hein, et à partir de là, et voilà tu te dis bon...Mais faut accepter quoi, j'veux dire. Bon ça fait parti de notre métier, d'accepter ces choses là, pis après tu te rends compte qu'ils ne t'en voulaient pas, mais qu'ils ne voulaient plus parler de ça, ça réveillait trop de souvenirs, puis voilà.

- Oui voilà

- Voilà.

- Toi t'as pu culpabiliser à certains moments ou....

- Oui, oui, oui, ho bah oui, j'me suis posé des questions quand j'étais...Heu à une certaine époque, tu sais tu soignes quelqu'un qui...Bon il meurt, tu rencontres la personne deux mois après dans la rue, elle te dit pas bonjour ou elle baisse la tête tu te dis bon bah tu te dis j'ai fait des bêtises, quoi...

- Oui

- Qu'est-ce que j'ai pas vu, pis t'apprends quelques années après que c'était pas du tout ça, tu vois les enfants en route qui disent « ha, elle voulait plus vous voir parce que ça lui rappelait trop de mauvaises choses »....

- Oui

- Ou elle vous en voulait parce que, effectivement, oui, elle a jugé que vous aviez pas fait le nécessaire ...Et là, voilà c'est clair. Mais ça tu restes avec un doute, c'est pas bon.

Moi je préfère les gens qui rentre de le bureau en disant « voilà, y a ça qui a pas été... » mais c'est pas comme ça.

- Comment tu gères ça la culpabilité toi ?

- De mieux en mieux, quant tu vieillis, parce que tu prends du recul et puis après tout y a autre chose de plus important dans la vie, heu...Tu feras des erreurs de diagnostics, des diagnostics retardés, ça arrivera, c'est pas possible de pas et là tu dors pas pendant quelques temps, tu te dis mais bon j'suis peut être pas au niveau de ce que je fais et tu te rends compte que...et c'est là l'intérêt d'être avec d'autres médecins, parce que ...Mais bon, tu sais très bien que...On a tous fais des bêtises...

- Oui

- On en parle, et le fait d'en parler « ben, moi aussi tu sais l'autre jour ...Ben viola....Y avait, ben j'ai pas fait un toucher rectal à un monsieur, il avait une belle tumeur, un beau cancer de la prostate, si j'avais su je l'aurais fait , un toucher et demandé des PSA...c'est passé à l'as....comme ça je l'ai pas fait puis maintenant on en est là, j'veux dire et puis la famille qui te dit « dis donc la docteur, là, à l'examen, c'était un peu succinct » bon bah c'est tout tu te dis voilà, déjà là c'est dur parce que effectivement ça ...T'es touché un peu dans ton amour propre.

- D'accord.

- Mais bon si tu veux...Qui ne fais pas de...Voilà !

- Tu acceptes de pouvoir faire des erreurs ?

- Il faut accepter ça..Ha tout à fait, c'est la première humilité quand tu fais...C'est de se dire, des erreurs, j'en ferai...

- Ca serait ça aussi de faire le deuil de ton patient, c'est aussi accepter d'avoir été

- Oui !

- Toi aussi comme t' étais à ce moment là quoi...

- Oui bien sur. Voilà, oui, se dire « j'ai essayé », moi j'me dis toujours , on en parle souvent, on a essayé de faire au mieux.

Ca a convenu, ça a pas convenu, peu être qu'un autre médecin aurait mieux, peut être qu'il aurait fait moins bien, mais essayer de se dire de faire toujours comme je peux, au mieux avec mes

connaissances.

- Oui

- Maintenant t'as pas une connaissance universelle en... Voilà, t'as pas des doigts de fées, t'as pas ... Tu peux... Et puis t'es en fin de journée, tu peux passer à côté de ... Voilà, parce que t'es fatigué toi aussi, enfin, faut accepter ça, mais d'un autre côté faut dire aussi que t'as rendu service à d'autres gens et pis bah là on se fait que après tout pourquoi pas pis on continue à vivre normalement quoi. Bon mais ça c'est quand tu prends un peu de bouteilles que tu dis ça ...(rire)

- Encore quelques petites questions.

- Oui ?

- J'avais des choses en tête mais je ne sais plus. Si, juste le fait d'avoir quelqu'un qui pleure dans ton bureau est-ce que c'est quelque chose de pas facile pour toi ?

- Bah franchement non...

- Maintenant.

- Très franchement au début, quand j'étais jeune médecin, oui, parce que déjà ça me faisait ... Tu sais t'as trente ans, t'as quelqu'un de quarante, cinquante ans, qui pleure devant toi, déjà, c'est une façon pour lui de, c'est quelque chose de pas évident, d'être dans un bureau de médecin, de fondre en larmes, etc. Et c'était plutôt comme ça que je le ressentais, j'me disais mais ça pourrait être mon ... Presque mes parents, ça me plaisait pas quoi, je me sentais pas à l'aise du tout, là j'aurai bien voulu être ailleurs et puis après bon ça s'est passé et j'me dis « bon qu'est-ce que je fais pour l'aider »

- Oui

- C'est plus... Si tu veux y a un moment, j'me disais prend un peu....tu peux te lever et lui dire « non, faut pas pleurer » c'est fini ça, j'me dis bah voilà, enfin moi je les laisse pleurer, bon maintenant on va voir comment vous aider.

- Voilà la phrase.

- C'est ton expérience qui t'a permis de...D'évoluer ?

- Oui.

- Au fil du temps quoi.

- Au fil du temps, oui je crois que là, et puis des patients que tu connais plus ou moins, si tu veux, voilà, et là je pense que c'est vraiment un problème d'exercice de...Et même jeune j pense qu'il faut d'emblée se dire heu...J'peux pas prendre les deuils de tout le monde, j'peux pas prendre le chagrin de tout le monde, j'peux pas prendre la maladie de tout le monde, parce que...De toutes façons tu y arriveras pas, j'veux dire, y a un moment où tu ...Voilà...Tu changes de métier parce que c'est plus possible et là faut dire bon maintenant qu'est-ce que ...« J'suis médecin, qu'est-ce que je fais pour vous aider ? »

« J'peux ... »

- T'as eu une période comme ça toi ?

- Oui, un p'tit peu au début, oui.

- A un moment donné tu t'es posé la question de changer de métier c'est ...?

- Non.

- Non ?

- Non

- Non même pas ?

- Non. Non parce que ça m'intéressait ...Mais je trouvais ça dur quand même , j'me disais bon, quand c'est une fois de temps en temps, mais c'est toujours par tir groupé ça. C'est ça ...Tu vois les emmerdements quand t'es en médecine c'est comme ça, le soir tout va bien et y te tombe trois trucs en même temps. Et les deuils, les gros pépins c'était toujours groupé, un dans le mois, tu gères, mais

quand c'est dans la même consultation, t'as trois personnes qui pleurent devant toi, parce qu'elles ont perdu quelqu'un, ou parce que tu viens de leur dire que ça va pas, il y a quelque chose qui est pas bon, heu on en a parlé de la mauvaise nouvelle à la fin de la journée, c'est dur pour toi, parce que c'est...Même si tu prends tes distances ...Facile à dire mais quand la personne sort t'es pas forcément à l'aise hein, j'veux dire.

- Oui

- Mais bon la vie continue, j'veux dire, après y a un autre patient puis voilà.

- Tu arrives à enchaîner tes consultes dans ces cas là ?

- Oui, ça m'est jamais arrivé, non. Jamais non.

- Ok. Les médicaments; on en a parlé....Ici c'est un peu biaisé car je ne savais pas que tu avais fait le D.U de Soins Palliatifs....Si aujourd'hui ou même avant tu devais assister à une FMC sur le deuil ou à une formation quelconque, qu'est-ce que t'attendrais de ce genre de formation ?

- Alors heu...Déjà quand on parle de deuil, y a quelqu'un qui...Y a décès. Pour moi c'est ça hein.

- Oui

- Et ce qui pose le plus de problèmes, ce qu'on ressent nous, très nettement, c'est un refus de la mort.

- Oui

- C'est-à-dire qu'on accepte plus de mourir

- Oui?

- Quand je dis on, tu vois ce que je veux dire, quand je vois des gens complètement effondrés parce que quelqu'un de grabataire, de dément de quatre vingt dix neuf ans meurt, j'me dis quelque part,

notre société, y a quelque chose qui a pas été fait quoi, et ça c'est déjà à ce niveau là, je pense qu'il faut mourir beau, jeune, enfin beau, parce que maintenant, voilà, l'esthétique, tout ça, faut que le mort soit beau quoi, non la mort c'est comme ça quoi, j'veux dire et ça déjà si on parlait de deuil, j'dirai bah oui mais le deuil ça correspond à quelqu'un qui est parti, pis comment il est parti et comment ça s'est passé avant, pendant et après.

- Oui

- Et la personne fera son deuil que si effectivement les trois étapes se sont passées de façon le mieux possible.

- Oui

- Et ça on le vit toujours, très souvent.

On le voit très nettement avec les familles, les enfants qui accompagnent leurs parents ici, qu'on a reçu, à qui on a parlé, que ça n'allait pas bien, il va mourir etc. ... Vous avez vu dans l'état où elle est ... On l'accompagne bien etc. le deuil se fait bien, enfin, ça enlève pas le chagrin, mais le deuil se fait bien.

- Oui

- Les enfants qui arrivent du midi qui étaient pas au courant qui voient ça, c'est épouvantable !

- Oui

- Donc moi je dirais qu'un deuil ça se... Quand on peut...

- Oui?

- Nous en tant que médecins, préparer les personnes à ça, c'est la meilleure façon pour qu'un deuil se passe bien et ne soit pas pathologique...

- Donc dans le cadre d'une formation, tu penses que c'est important d'insister là-dessus, sur la préparation ?

- Oui. Et ce que j'appelle le post deuil, le deuil immédiat, c'est là qu'il faut pas laisser tomber les gens.

C'est là qu'il faut être, là il faut prendre du temps s'il le faut, là il y a un accompagnement, qui doit rester un accompagnement médical hein, on est pas dans le deuil nous hein, je sais plus qui c'est, j'avais vu ça, quelqu'un qui était là qui disait « mais c'est pas vous qui mourez docteur, c'est moi ... » alors à la limite foutez moi un peu la paix quoi parce que c'est moi qui vais ...

- Oui

- Puis vous allez ressortir...au revoir...Voilà j'veux dire la famille c'est pareil quand elle sort, ils savent très bien que tu vas pas prendre tous les deuils..

Ils viennent chercher un réconfort, des mots apaisant, peut être d'une aide médicale aussi ...

- Tout au début toi ça t'arrive de donner des médicaments ?

- Oui. Je refuse pas, quand quelqu'un dit « j'dors pas du tout »

- Oui ? Un p'tit anxiolytique ?

- Moi je donne oui ou carrément même un somnifère.

J leur dis « nan, faut prendre... au matin si vous êtes pas bien reposé, vous serez pas bien » je dis très franchement ça me pose aucun problème.

- D'accord. Est-ce que tu prends en compte la religion des gens, enfin, est-ce que c'est quelque chose qui ?

- Alors oui.

- Oui ?

- Et ça, très...Là aussi c'est un sujet important, les gens ont de moins en moins de croyance, ou sont de moins en moins religieux, moi j'ai vécu ça en campagne, mes premiers remplacements, on appelait, quand ...ils savaient bien en campagne, ils connaissaient bien que la personne allait mourir

aussi bien que toi et j'arrivai souvent après le curé.

- Oui.

- Parce que ils avaient appelé le curé et c'est vrai que t'allais voir des gens qui étaient, la famille, beaucoup plus détendue, le malade beaucoup plus détendu, tu parlais un p'tit peu avec le curé, on prenait... Voilà et les choses se passaient mieux, alors nous, c'est fini ce temps là

- Oui

- Là on avait un aumônier pendant un moment et c'est vrai que systématiquement on demande au gens, à la famille « Est-ce que vous voudriez voir un prêtre ? »

C'est oui ou c'est non, et les choses se passent mieux.

- T'as l'impression que ça aide.

- Oui, moi j'ai cette impression là.

Là j'ai une dame qui est très croyante, elle me dit « j'ai pas peur de mourir, je sais ce qui va se passer après » et là je vais dans son sens, j'ai lui dis « mais oui, et à la limite vous avez de la chance » Si vous avez une certitude sur ce que, quand vous allez mourir, que vous allez être mieux, à la limite après, moi je trouve ça bien.

- Oui

- Mais c'est vrai que la religion c'est hyper important, ça l'est plus, mais ça l'a été.

- Oui

- Et c'est vrai que ...Si...Et même les familles, t'as des familles très religieuses qui réagissent très très bien j'veux dire heu...

- Oui

- « On sait qu'on se retrouvera après » voilà. Là à la limite j'vais pas dire, tu sers à rien, mais

presque !Ha ouais !

- Si voilà, j'ai une question qui me revient, est-ce que l'instant où tu suis ces personnes là, tu portes une attention somatique ou t'es plus...Tu les écoutes, par exemple dans ce genre de consultation, tu vas les examiner?

- Les personnes qui viennent te voir après un deuil par exemple ?

- Oui

- Heu, je prends toujours la tension parce que je vais faire un acte mais je ne les médicalise pas du tout.

- Oui?

- Du tout.

- D'accord.

- Ils peuvent me parler, au contraire, je pense que le temps de parole est plus important. Ils viennent pas pour que tu les examines.

- D'accord. Et dans la période qui suit est-ce que tu portes une attention particulière somatique ou justement...?

- C'est souvent l'occasion de leur dire « bah tiens faites moi un p'tit bilan » puis ça me donne l'occasion de les revoir pour les résultats, si tu veux, sans les médicaliser, très franchement j'ai un œil un p'tit peu plus...., quand ils veulent bien continuer à se faire suivre, parce qu'il y a des fois... Et là oui, j'ai un œil un p'tit peu plus précis sur

- C'est l'occasion de les revoir en fait !

- Oui. La visite médicale devient un support, oui. Ca c'est sûr.

- **D'accord, d'accord, donc pour en finir là, sur la formation, ça serait surtout sur la préparation de l'avant deuil ?**

- Oui, puis l'accompagnement après...

- **Est ce que tu penses qu'en regard de ton expérience; si toi t'organises une formation, qu'est-ce que ce serait, qu'est-ce qui serait important, enfin, j'sais pas qu'est-ce que ... Dans les sujets à faire passer, des choses...?**

- Alors moi, il y a une chose qu'il faut, que je ferais passer c'est la préparation ...

- **Oui ?**

- Mais nous en tant que médecins, de pas passer à côté d'un deuil pathologique.

- **Oui ?**

- Ca c'est clair.

- **Ca c'est important ?**

- Oui, parce que là, effectivement, si on passe à côté d'un deuil pathologique, c'est des personnes qui vont rentrer dans une dépression chronique ...

Très invalidante, qui vont se couper du monde, souvent, qui vont plus avoir aucun projet pour la vie, elle s'est terminée avec la perte de la personne...

- **Oui**

- Alors qu'on peut, dans certains cas, je pense, on peut avec les antidépresseurs, avec une aide, pourquoi pas un psychologue, on peut les aider et on peut, bon pas les guérir, mais que ça devienne... Du chagrin, que ça devienne... Mais qu'il soit plus dans cette espèce de douleur morale profonde... Ils s'en sortiront pas.

- **Oui**

- Moi j'ai eu d'autres cas ...C'est tout, hein, ils sont rentrés dans ce deuil là, c'est la personne de... une dame de soixante ans qui se met en noir, terminé. Elle va plus nulle part, elle s'accorde plus du tout de loisirs, les enfants tout juste, tu vois...Et ça, nous, là;on a un rôle à jouer...

- Oui?

- Ca là je pense que ça serait le deuil pathologique, pour moi c'était quelque chose sur lequel on peut agir et heu...Là par contre faudra voir avec des psychiatres beaucoup mieux qu'avec moi mais on est pas forcément obligé de passer par un psychiatre, j'veux dire, on a des molécules qui agissent bien ...En expliquant bien les choses et là, sur la dépression on peut agir, surtout sur les dépressions de ce type là quoi, j'veux dire, t'as la cause quoi ...

- Toi tu bosses avec un réseau de personnes pour faire ça ? Enfin, t'as des personnes qui...?

- Ca va, oui j'ai des psy que je connais bien, j'ai des psychologues que je connais bien, bah ici on a des psychologues si tu veux, donc on en a facilement ...

- Oui.

- Puis même pas forcément des gens de la maison, quand je la vois elle est super sympa, j'lui dis « bah tiens, comment j'aborde ça... » J'lui « bah voilà... »

- Elle te donne des conseils ?

- Elle me donne des conseils, oui.

- Et heu t'as pas d'associations ?

- Non je sais qu'il y a des groupes d'écoute, moi je connais pas ça, je pense que quand t'es jeune c'est quelque chose à ne pas négliger, pour le médecin...

D'aller, quand t'es tout seul dans un coin, que t'as pas d'autres confrères, nous on en parle entre nous si tu veux, déjà on est pas tout seul, mais quand t'as pas d'autres confrères, t'as pas de psychologue, comme moi on va dire, pratiquement trois fois par semaine, si tu veux, on en parle

quoi j'veux dire...

- Tu parles de petits débriefing?

- Oui, c'est ça oui, et pis y a un psychiatre qui vient, non mais, c'est important quand même...

...De pas te sentir tout seul, le médecin tout seul en ville ou en campagne, j'veux dire qui peut parler de ça à personne, qui agit en disant ...J pense que là, peut être s'il y a des groupes d'écoutes, des choses comme ça, entre soignant, on en a parlé de la souffrance des soignants, l'autre jour, je pense qu'elle existe hein, elle existe !

- Oui

- Et elle peut être dramatique.

On est pas à l'abri d'une dépression non plus nous.

- Oui

- On est pas à l'abri.

- Oui

- Faut faire attention à ça.

- Donc l'important est de pouvoir gérer l'espace émotionnel?

- Oui, oui, oui, mais même si tu te sens très capable, j pense que de temps en temps, en parler à d'autres, c'est hyper important.

- Toute cette expérience que t'as acquis finalement, le positionnement que...Qu'aujourd'hui tu peux avoir ...Tu me parais plus serein que ce que t'as puComme tu pouvais être avant...Tu penses que ça pourrait être enseigné à la fac ou ça remplace pas l'expérience...?

- Ha oui, non t'enseigneras pas vingt, trente, quarante ans de carrière, c'est sur !

(rire)

- C'est normal, attend. Voilà y a des choses....Comme toi; il y a des choses que t'accepteras pas... Bon y a des choses, ici on accepte des fins de vie, en disant on arrête quoi, j'veux dire, ça ca va quoi, j'veux dire....On lui fou la paix parce que ça lui fait plaisir et puis elle veut pas manger, elle mange pas et ça tu l'as pas tout de suite cette attitude là.

A la fac c'est...Ce qu'on t'apprend c'est de guérir avant tout. Voilà faut guérir, mais non, en médecine c'est ça, guérir, mais y a tout le reste après parce qu'il y a plein de choses que tu guériras jamais !

- Oui

- Voilà, et ça faut l'accepter, mais si dans ta tête t'es prêt à ça en te disant « j'apporte mon aide en fonction de mes capacités et de mes possibilités, là t'as franchi...C'est-ce qu'on nous apprend en soin palliatif ...

T'as franchi un énorme pas.

C'est vrai qu'à la fac tu peux pas prendre ça déjà en étudiant, en disant « ho, bah de temps en temps faut savoir » ...A la limite baisser les bras et simplement accompagner les gens...

- Oui

- Ca passera pas.

Ca passera après au bout de quelques années d'exercices, dans des formations comme ça, sur le deuil sur etc. en disant heu...Y a des fois où...

- Tu penses que l'accompagnement c'est une grande part de la médecine générale aussi ?

- L'accompagnement heu...Ha oui. Ha ça, alors là ...

- J'pose une question de la vraie vie (rire)

- Non non, mais j'veux dire heu, quand tu sors de la fac c'est « à une maladie correspond une thérapeutique, correspond une guérison, ou tout du bien, stabiliser...

- **Oui**

- Quand tu prends toutes les maladies, quand je dis ça, ça fait rire tout le monde mais, de guérison j'entends, t'en guéris combien ?

De maladies graves j'entends, t'en stabilises...

- **Oui**

- T'en aides

Mais en maladie grave tu te rends compte que dans le diabète bah tu guéris pas, dans le post infarctus tu guéris pas....Bon, tu guéris les angines, tu guéris les choses comme ça, mais t'es souvent dans l'accompagnement ou dans, presque le palliatif dans beaucoup de maladies quoi, j'veux dire... Tu pâlies à des complications ...Et ça quand t'as accepté ça au bout de quelques années heu...Tu te dis mais, quelques fois passer un quart d'heure avec quelqu'un ...T'emmènerais voir les grands-mères résidents, elles ce qu'elles veulent c'est de l'attention...

- **Oui**

- Et que je parle avec elle après.

Et j'peux t'assurer que la psychologue fait la même chose...Tu leurs apportes beaucoup plus que si tu t'assois ...T'es très pointu, tu vas lui diagnostiquer je sais pas quoi, que tu pourras pas traiter parce que de toutes façons elle supportera pas le médicament, elle a une arythmie, mais qu'est-ce qu'on va faire, la mettre sous anticoagulant, lui faire une prise de sang toutes les...Parce que j'en vois des médecins comme ça...Et après...Après, bah t'es content, elle fera pas de petits embols elle fera pas...Mais la qualité de vie, alors ? Quand t'as compris ça, accompagnement des gens, qualité de vie des gens, quand tu fais un mélange de tout ça, et bah t'as ce que tu feras en médecin généraliste.

- **D'accord. Donc accompagner les changements, finalement, parce que c'est aussi important que...C'est ça ? C'est des changements ?**

- Oui....

- **Les personnes qui deviennent diabétiques ?**

- Bien sur !

- Justement c'est des p'tits deuils quoi ?

- Oui ! Oui ! Et puis te dire...Moi j'suis beaucoup dans la prévention...Parce que ça comme en France, on commence à faire des dépistages de cancers colorectaux tout ça, les mammographies, tout ça c'est ...On a fait un progrès énorme quoi, si tu veux, dans la prévention, dans le traitement heu...Oui, mais tu verras bien que la plupart du temps on est dans le chronique hein, les médecins généralistes, à part l'angine, bon...

- Oui.

- Mais t'es souvent quand même dans le chronique, donc là, qui dit chronique dit accompagnement. Quelqu'un qui te voit tous les trois mois, il vient pour ses médicaments tout ça, mais il vient aussi pour avoir...Chercher aussi un p'tit peu de réconfort, pis pas forcément parler de tout le temps de médecine non plus hein !

- Oui

C'est ça aussi la médecine générale quoi, hein, c'est ce qui nous différencie de l'hôpital...C'est normal ils sont très pointilleux, ils vont pas passer le patron ...Mais la médecine générale ...C'est un ensemble quoi, y a aussi parler d'autres choses quoi, j'veux dire, qu'il n'y ai pas forcément de la médecine quoi...

- Ok

- Tu feras un bon généraliste, j'en suis sûr, je sais pas ce que tu veux faire, c'est ça non ?

- Sije suis parti pour ça...

- Oui, c'est bien continu, parce que... Le fait déjà de t'intéresser à une thèse comme ça, ça veut dire que quelque part c'est aussi une démarche importante.

- **Oui c'est ce qui m'intéresse aujourd'hui, je pense avoir fait le tour des questions, je te remercie....**
- C'est moi qui te remercie....

Neuvième entretien

- **Comme ça, sans réfléchir, si je te dis le mot deuil, voilà, donc question très large, qu'est-ce que ça t'évoque? Quelle représentation tu peux en avoir?**

- Comme ça, quelque chose de difficile à vivre, d'assez difficile à livrer, parce que y'a deuil et deuil.

- **Oui.**

- C'est à dire y'a des gens qui vont... on a l'impression que ça va passer comme ça et puis d'autres c'est vraiment très compliqué. Donc effectivement, voilà. C'est assez difficile pour moi aussi parce que y'a certaines choses... Bon forcément, ça te renvoie à ce que t'as vécu certaines fois, donc c'est pas toujours très évident. Mais bon, c'est pas quelque chose qui me fait peur particulièrement. Voilà, moi j'ai toujours envie d'aider les gens, voilà, j'donne ce que je peux quoi. Peut-être un peu trop des fois. Mais euh... voilà, souvent c'est ordonnance, forcément. Enfin pas forcément mais, j'veux dire, y a toujours une demande d'une petite aide quoi. Comme si on avait une baguette magique.

- Ok, sur la fin de tes consultations, t'as toujours à remettre.... ?

- Pas toujours mais euh.. bah finalement les gens qui viennent nous voir, c'est vraiment des gens qui souffrent, voilà. Autrement... Y'en a qui viennent, voilà j'ai perdu mon père, puis voilà quoi.

- Y'a des gens qui viennent spécifiquement pour ça ou..

- Ah ouais. Ouais, y'en a qui viennent.

- C'est pas pour un motif d'arrêt de travail ou autres choses?

- Bah il peut y avoir un arrêt de travail oui. Mais pas tous.

- Ok. Si tu devais donner une définition, comme ça, très vague

- L'acceptation de la mort. Pour moi c'est ça.

Vivre avec quoi. Enfin vivre avec l'idée de la disparition, enfin avec l'absence quoi.

De l'être. La prise en charge n'est pas forcément simple.

- D'accord. Et quand tu dis que la prise en charge n'est pas forcément simple, c'est à quel niveau? Que c'est pas simple?

- Bah,, psychologique quoi.

Bah, c'est pareil hein euh... Y'a des patients qui le vivent bien et d'autres qui sont complètement démunis... J pense à une patiente essentiellement, qui vivait qu'avec la personne disparue euh... La personne n'étant plus là... voilà, donc c'est... travailler un peu dessus quoi.

- Justement, la seconde question, est-ce que dans ton expérience, t'as des cas de consultations, des personnes qui viennent juste de perdre quelqu'un, quinze jours ou un mois après, encore un peu sous le choc et... de consultations qui ont pu être difficiles pour toi quoi. Voilà. Peut-être c'est difficile pour le patient probablement et pour toi non, mais toi?

Qu'est-ce qui est le plus difficile pour toi dans ces moments là? Voilà. Est-ce que t'acceptes?

- Bah oui, si je pense à cette patiente là, moi j'ai... finalement j'ai vécu le décès avec elle parce que je

l'ai vu le matin, je l'ai revu le soir pour constater, c'était un suivi quand même.

- C'était quelqu'un que tu suivais?

- Oui mais depuis très peu de temps.

Parce qu'ils venaient juste d'emménager ici et elle m'a appelé, voilà. Et donc j'ai du la voir trois fois. Et euh...

- Et elle avait quel âge cette dame?

- Donc la femme elle a 55, 60. Et son mari était plus âgé etc.. Et c'était vraiment une symbiose quoi. Donc, elle a tout., elle me dit qu'elle a tout perdu quoi. Même en pensant à ses enfants etc.. Mais euh.. Donc c'est vrai que c'est pas facile, le deuil c'est pas facile quoi. Déjà de voir des gens morts etc., même quand on est médecin, enfin moi je... Moi, voilà, ça me touche de voir la tristesse des gens, ça me touche. Et puis de voir cette femme qui n' avait plus rien quoi, enfin qui disait qu'elle n'avait plus rien, elle ne savait pas pourquoi vivre, de toutes façons elle vivait que pour son mari et avec son mari, elle faisait tout avec son mari. Alors qu'est-ce qui est difficile? Bah de trouver des attaches quoi, des accroches pour la faire tenir quoi. Et difficile pour moi, bah ça m'arrive quand elle me sort des photos, quand elle me raconte sa vie, bah ouais c'est émouvant quoi.

- Oui.

- Mais difficile, ça m'empêche pas de dormir. C'est pas, enfin voilà. J'ai une capacité à fermer la porte du cabinet en sortant, ouais. Ca c'est vrai. Et j pense que c'est quelque chose qui peut sauver. Parce que quand on... Bah non, c'est vrai, sans parler forcément de deuil, on voit plein de choses... les gens vont mal quoi. Donc si on ressort avec tout ça, pour aller à la maison.. (rire)

- C'est dur...très dur ?

- Moi j'y arrive mais bon. Ouais, ça m'arrive d'avoir les larmes aux yeux avec les gens parce que voilà, ça me touche et que...voilà.

- Tu le vis comment ça ? D'avoir les larmes aux yeux avec les gens ? Tu trouves que c'est normal.

- Je. Non, ça dépend des gens mais je... Toutes façons je maîtrise pas donc euh.. Bah après, voilà, je tombe pas complètement, ça monte et j'essaye de maintenir.. Non mais c'est normal, je suis humaine avant tout quoi euh.. Voilà moi je.. Oui, après j'vais pas dire: "Vous me faites pleurer ! ". Mais c'est vrai que j'essaye de me maintenir mais c'est pas évident..

- Ca peut te toucher et..

- (je pleure devant des dessins animés alors...)

(rire)

- Ok ! Et t'as des souvenirs de moments avec cette dame, qui ont été difficiles? Comme ça, au cabinet, au domicile, c'était.. ?

- Bah au domicile, quand il a fallu constater le décès, oui c'était la panique donc c'était difficile. Surtout que c'était..

- Panique pour qui ?

- Bah elle, elle était paniquée hein, elle perdait, voilà.. ça faisait des mois et des mois qu'elle s'en occupait avec l'infirmière en plus ! Et voilà, donc il a fallu gérer ça, et puis ce qui est pas facile aussi, mais bon c'est, enfin avant le deuil, on a pris la décision de pas l'hospitaliser parce que lui ne voulait pas, donc tout ça, ça fait remonter des choses quand même. C'est à dire qu'on culpabilise un petit peu, on se dit : "il aurait été hospitalisé, peut-être qu'il aurait vécu un peu plus".

- Oui

- Mais d'un autre côté on se dit: "c'était la volonté du patient, tout le monde était d'accord", voilà.

- "On s'y attendait un peu", enfin... ?

- Ah bah, on s'y attendait, c'est sûr. C'était un cancer en phase terminale, mais bon, euh voilà.

- Donc t'as pu éprouver de la culpabilité ? A ce moment là ?

- Un peu oui.

- Un peu?

- Bah, on est censé tout faire pour que le patient... voilà...Mais, après, faut savoir s'arrêter. C'était en accord avec tout le monde...mais bon...

- Du coup, de la voir paniquer.. ?

- Non, c'était pas très difficile, je sais pas dire les moments difficiles quoi, j'suis pasOn gère quoi...J'suis pas...oui., c'est épuisant mais de là à dire que c'est difficile...

Non, ce qui est difficile, c'est quand elle m'appelle en disant: "hier j'ai bu, je mange comme une vache parce qu'elle est plutôt boulimique dans ces cas là", bah on se dit "on y arrive pas". Mais finalement, la fois d'après on la voit un peu plus maquillée etc.. donc euh.. Voilà, c'est des moments ponctuels qui sont difficiles. Maintenant, ça m'empêche pas de.. c'est pas quelque chose qui me prend la tête trop longtemps. Qu'est-ce que je pourrai avoir comme autre deuil difficile ? Parce que finalement, ce que tu veux, c'est notre ressenti à nous.

- Qu'est-ce qui peut te.. ouais, qu'est-ce qui peut te poser problèmes.. En tous cas, toi, qu'est-ce qui peut te poser problèmes. Par exemple, tu dis de voir que ça avance pas, bah ,le problème c'est de se sentir impuissant, des choses comme ça, tu vois ? De vivre ça, simplement. Je sais pas euh.. Tu vois que t'arrives pas à aider, ou.. je sais pas, est-ce que toi tu t'es senti

- Non., Bah, elle, pour elle, je pense que moi...elle m'est très reconnaissante parce qu'elle vient toujours me voir, elle vient toujours parce que je suis la seule à l'avoir aidée, à l'avoir écoutée quoi. Parce que.. voilà.. Mais non, non, j'me sens pas impuissante, finalement j'ai de la reconnaissance. C'est pas une question d'avoir de la reconnaissance, mais comme elle reconnaît en moi quelqu'un qui l'a aidée, j'me dis finalement j'ai réussi. Mais c'est vrai qu'il y a des moments un peu plus durs, voilà, même pour les autres personnes, enfin pour les autres patients. Qu'est-ce que... Non, c'est toujours triste, moi je ressens toujours de la tristesse, mais après bon euh.. les gens doivent vivre et faire leurs deuils eux-mêmes aussi quoi, moi j'suis écoutante quoi. Parce qu'il y a plein de gens qui ne veulent pas aller voir le psy. Donc j'écoute, je fais parler, y'a des séminaires qui sont intéressants pour ça

hein, c'est vrai. Je ne sais pas quoi dire de plus...

- Donc comme ça, le souvenir le plus difficile ce serait avec cette dame.

- Pour moi oui. Ce deuil, voir la détresse de cette personne, ouais c'est euh.. C'est ça, qu'est-ce que j'ai eu d'autre comme...

- Quand t'as été à son domicile, à ce moment là...

- Ouais, surtout ouais. Gérer.. C'est pas facile quoi, de devoir appeler les pompes funèbres, les machins, quand on vous dit: "On peut pas venir avant..." "Bah oui, il fait 30 degrés dans l'appartement, comment on fait ? ", enfin, c'est "matériel" mais... c'est pas évident quoi. On n'a pas envie de gérer ça en fait. Mais je l'ai fait pour elle parce que ,de toutes façons ,elle était toute seule, elle était paniquée, voilà.

- Et comment t'as géré justement ce moment de panique avec elle ?

- Bah en discutant un peu, "tiens, on va faire ça", voilà, et puis en lui prenant la main quoi, c'est clair, y'a pas autres choses, pour moi y'a pas autre chose. Faut être là, enfin pour moi il faut être là et puis voilà. Et puis j'ai bien fini par la laisser parce que ses enfants sont arrivés et puis voilà..On a fait le relais .

- T'avais prévu de la revoir à ce moment là ou c'est elle qui t'a rappelé?

- Cela fait 3 ans... elle a du venir voir mon associé là, et puis elle est venue régulièrement tous les mois... Bah elle s'est mise à boire, elle s'est mise à manger... voilà... Donc il y avait ça à prendre en charge après.

- Tu disais, tu parlais des psy, du coup c'est pas facile d'orienter les gens vers des psy à ce moment là?

- Elle est allée voir un psychologue ou un psychiatre j'sais plus, à St Philibert ou un CMP , parce qu'elle, elle est infirmière psy donc elle connaissait, spécialiste du deuil, mais bon elle a été très déçue. Je ne sais pas qui c'est.

Faudrait que je lui redemande, si ça t'intéresse. Et finalement, elle a été assez déçue quoi. Elle a été assez déçue, puis elle est allée voir un psychiatre à la clinique du Parc, qui lui a dit d'écrire les choses, etc.. et elle me dit que ça sert à rien quoi.

- Ca ne l'a pas aidée.

- Non, elle est infirmière psy aussi, donc elle est un peu dedans donc.. Moi non, non, j'ai juste écouté, elle avait besoin d'expliquer, elle m'a montré des photos, tout ça, voir ce que faisait son mari. Voilà donc ,euh.., finalement ça a été difficile au début, et puis maintenant j'ai plaisir à la voir.

- Toi sur le moment..

- Sur le moment, c'est triste. Voilà.

- Donc, c'est pas forcément difficile mais c'est triste ?

- J'avais pas dire...

- Donc toi ça t'as touché, c'est difficile de voir quelqu'un en crise émotionnelle, et voilà.

- Ah non, moi j'suis même presque pas trop dans le contact en consultation mais je touche facilement...

- L'émotion.

- Oui, oui, non euh... oui, oui... Je, je... c'est vrai que je m'investis souvent beaucoup trop, et du coup voilà, très triste parce que j'ai toujours l'impression de perdre quelqu'un de ma famille. J'exagère un peu mais, voilà, j'suis pas un mur, j'sais pas.. j'accompagne.

- Pourquoi tu dis "trop", enfin c'est..

- J'sais pas, parce que j' imagine qu'il y a des médecins qui sont très...

- Distants ?

- Très droits, distants, "voilà, on fait comme ci, comme ça, il est décédé tac", j'suis plutôt, oui dans l'accompagnement, dans la relation quoi. Je sais pas s'il y en a qui sont autrement quoi, mais euh..

- En tous cas, toi tu le sens comme ça.

- Bah oui.

- Ok. Et du coup, ce monsieur, tu as eu l'impression d'avoir un petit deuil à faire, toi aussi ? De ce patient ?

- Non, pas trop. Y'a eu un deuil, que j'ai eu à faire, mais parce que... parce que je voyais un monsieur, vraiment seul, enfin il avait des enfants qui s'en occupaient pas, il me voyait régulièrement, très attachant, et je lui ai découvert un peu tard un carcinome des poumons, enfin voilà... Et finalement il est parti assez vite en maison de convalescence etc.... et il y est décédé et je ne suis jamais allée le voir. Et ça, j'ai eu du mal à me dire "ah merde, j'suis pas allée le voir, il était tout seul, j'aurais du" etc.

- Oui

- Et finalement, c'est comme un deuil, c'est euh.. voilà. Bon après, ça passe hein. On peut pas aller voir toutes les personnes qui sont hospitalisées etc.. mais ce monsieur là, oui

- T'as eu des regrets ... ?

- Ouais, des regrets de pas avoir pris le temps d'aller le voir quoi.

Parce que... on avait une bonne relation et c'était un monsieur qui était tout seul quoi. Et je me dis, finalement il est mort tout seul.

- Ou il y avait peut-être... Non il y avait personne d'autre... ?

- J'crois pas, après voilà, j'me mets...

- T'aurais culpabilisé un peu aussi?

- Ah oui, là oui. Mais bon, après réflexion, avec le recul, on peut pas aller voir toutes les personnes qui sont hospitalisées.. Enfin, M. elle le fait, mais moi je ne peux pas. Voilà, on peut pas, en même temps euh..

- Donc tu pourrais, toi, culpabiliser au début et après arriver à t'en détacher.

- Oui.

- Oui?

- Oui, oui. Enfin, pas forcément facilement mais ouais, j'trouve qu'il faut réfléchir à ce qu'on fait, il faut... tout n'est pas euh.. enfin on est pas des machines. Pour moi, c'est ça. Donc oui, j'ai un peu de culpabilité, puis après bon, on en parle d'ailleurs. J'en parle facilement avec M. en disant: "tiens, voilà.", et puis voilà.

- Du coup toi t'en parles avec ton associé ?

- Ah ouais, j'ai des... problèmes de conscience! (rire)

- Du coup c'est avec lui que t'arrives à résoudre tes problèmes de conscience?

- Ouais ou , dans des trucs de FMC là, ou on se voit avec M.

- Donc en formation, ou avec tes collègues.

- Oui.

- T'as jamais besoin d'aller voir un psy ou vraiment c'était trop importantde te faire superviser, quelque chose comme ça?

- Non, ça j'ai jamais fait encore.

- Tu ne déballes pas tout à ton mari le soir quand tu rentres?

- Non, jamais. Jamais.

- (rire) J'ai 8 entretiens derrière alors! (rire)

- Oui, oui, oui.. (rire) Je parle très peu du boulot, surtout pour raconter des trucs comme ça. Encore des anecdotes rigolotes, voilà, mais pas pour ça.

- Tu arrives à sortir libre de ton cabinet ou t'as l'impression de... ?

- Au bah non, bah là, dans ces petits cas là, c'est un peu.. voilà.. mais j'y pense quoi, mais ça m'empêche pas de dormir et.. c'est vrai qu'on débrieфе beaucoup, on se voit une fois par semaine avec mon associé, pour parler bah de tout et de rien. J'ai fait un séminaire, quand même, qui était très intéressant sur l'écoute et les techniques d'entretiens. On était 12, et j'ai justement parlé de ce patient là, parce que tu sais, on prend des photos etc..

- Oui

- Voilà, et en fait, on a vachement parlé, tout le monde a parlé de ses problèmes quoi, par rapport au deuil etc.. On nous disait toujours: "le deuil, c'est un autre séminaire", donc on peut pas en parler forcément..

- Souvent le deuil revenait ?

- Ouais. Le deuil, la maladie, etc.... Il y avait des médecins qui disaient: "moi il faut que je soigne à tous prix" etc.... "non, je m'arrêterai jamais", voilà, on était tous différents, et c'était un séminaire très intéressant. Je sais pas s' il existe encore, je crois pas d'ailleurs mais..

- D'accord.

- C'est pour ça que j'ai fait le deuil. Parce que du coup on en avait parlé.
Et j'me dis que ça peut être intéressant.

- Du coup ça t'avait aidée quoi.

- Un peu oui. Finalement de débriefer, de parler avec les autres, de voir que les autres ont les mêmes difficultés ou autre, c'est enrichissant, et puis... oui, c'est intéressant.

- **Ok. Bon, j'ai une question un peu similaire, sur l'expérience de consultation de deuil, sur des gens que tu peux voir dans les mois, voir les années qui suivent un deuil, qui peuvent te poser problèmes à toi ? Enfin, en consultation, est-ce que t'as pu..**

- De poser problèmes à moi ?

- **Ces consultations qui posent problèmes, enfin..**

- En ayant toujours derrière cette idée de deuil?

- **Oui, en fait ce serait des gens que tu as suivis, à la suite d'un deuil, des mois voir des années après, et qui...**

- J'suis pas très vieille ! (rire) Bah ça fait 3 ans que je suis cette personne là...

- **Par exemple cette dame, voilà...**

- Ca ne me pose pas de problèmes.

- **D'accord.**

- Ca se passe bien. Alors, qu'est-ce qu'il y aurait d'autre... Y'a qu'elle, j'en ai pas tant que ça... En 5 ans, moi j'ai vu beaucoup de gens, enfin de patients de cabinet de jeunes ...

- **Quand tu... quand t'as de nouveaux patients, est-ce que c'est quelque chose que tu vas questionner à savoir s'ils ont perdu des gens ou pas?**

- Non, pas spécialement.

- **Comme ça t'as des interrogations. J'sais que cette dame, tu disais, qu'elle c'était mise à**

picoler, elle était devenue...

- Bah là elle se maîtrise quoi, elle essaye. Mais c'est vrai qu'elle est un peu... Mais elle arrive à se maîtriser, donc euh... Y'a des périodes où ça va pas, donc elle va boire, puis y'a d'autres périodes où ça va mieux donc elle fait autre chose, c'est pas... Enfin c'est de l'alcoolisme, mais c'est pas.. c'est vraiment quand elle va pas bien quoi.

- Ouais. Tu l'as sens dépressive ? Ou non ?

- Elle est sous antidépresseurs, ouais, ouais. Mais bon, j pense que depuis, ça fait... mai 2006 donc ça fait 3 ans maintenant, ça va de mieux en mieux quoi. Mais elle a besoin de son antidépresseur.

- C'est toi qui lui a donné?

- Oui c'est moi.

- Ok. Donc t'as pas tant de personnes que ça, finalement. T'as pas eu l'occasion de suivre...

- Non, alors je suis quand même une grand-mère, qui a perdu son petit-fils avant que je m'installe, mais je la voyais déjà à cette époque là, mais je ne l'ai pas vu au moment du décès. Son petit-fils qui est décédé à 4 ans...

- Ah mais c'est peut-être des gens que tu vois après, ...

- Et du coup, c'est toujours omniprésent quoi. Ca, c'est difficile parce que...on sait en fait que le deuil est.. enfin c'est difficile de dire après quand est-ce que le deuil est fait, et puis quand est-ce que reste simplement l'absence, bon... J pense que. c'est sans arrêt, au moment de l'anniversaire de la mort, elle replonge etc.. quoi. Ca c'est difficile ouais, parce qu'on voit que les gens souffrent et finalement on ne peut pas faire grand chose.

- Oui

- Qu'est-ce qu'on peut faire ? On peut pas ramener le gamin, on peut pas... voilà, pour moi on écoute quoi. On soutient pendant les 2-3 mois autour de l'anniversaire de la mort et puis voilà, c'est tout.

Qu'est-ce qu'on peut faire? Là on a mis...

- T'aimerais pouvoir faire plus toi, pour ces gens là?

- Non, parce que qu'est-ce que je pourrais faire d'autre ?

Là c'est de l'impuissance, mais d'un autre côté, qu'est-ce que... Voilà quoi. On peut pas effacer donc euh... Il ne faut pas effacer, je suis la maman aussi. Alors la mère et la fille, elles plongent en même temps, forcément quoi. Donc là c'est...le moral...Pour faire passer....

- C'est un enfant qui est mort il y a combien de temps?

- Y'a au moins 4 ou 5 ans.

- Donc à chaque période d'anniversaire, tu les revois ?

- A chaque période oui. Ah bah je les vois régulièrement, mais à ces périodes là... Puis elles le savent de toute façons, elles anticipent.

- Et les patients, tu les as traités comment ?

- Bah la grand-mère, elle a toujours été sous antidépresseurs, enfin du moins je l'ai connu...

- Même avant quoi ?

- Ouais. Donc elle y est toujours, et la maman, elle n'a pas d'antidépresseurs non. Elle en a peut-être eu au tout début, je ne sais pas ça, je l'ai pas suivi du début, mais... Alors vraiment les deuils qui durent avec le traitement, à part la personne là, ça fait 3 ans, j'en ai pas.

- Et donc la grand-mère, toi tu as l'impression que son deuil... elle n'arrive pas à le faire quoi.

- Ouais, mais évidemment, elle a tout un passé, mais c'est compliqué ! (rire)

- Et c'est difficile de trouver les clés pour essayer d'aider à avancer ?

- Ouais, puis y'a toute une histoire autour de ce deuil qui était compliquée, parce que c'est elle qui a soutenu le gamin en hospitalisation tout le temps, tout le temps. Et puis la semaine d'avant, le père lui a fermé les portes. En disant, "maintenant c'est à moi d'être auprès de mon fils" quoi. Du coup elle n'a pas... ça elle a jamais accepté. Donc y'a toute une histoire de famille avec ça.

- En plus, oui

- Ca a rajoutéC'est quelqu'un qui était fragile déjà.

- Et elle, elle n'a jamais accepté d'aller voir un psy, tu lui avais proposé?

- Bah je crois qu'elle en a vu avant donc ça lui apportait rien.

- Mais est-ce que ça t'arrive de les adresser aussi à des associations, quelque chose comme ça ?

- Non.

- D'accord. Donc en général, c'est plutôt aux psychologues, psychiatres.

Ouais. J'ai eu une psychologue qui est très bien, donc voilà, quand les gens sont ok, je donne la carte.

- Pour ça ?

- Pas forcément pour ça, non, non... Mais des fois je dis aux gens, voilà. Des fois je dis aux gens « bah voilà, allez voir une ou deux séances, des fois ça suffit » enfin voilà, je suis un peu positive.

- Oui

- Et pis heu....J'ai pas d'autres cas....

J'en ai pas tant que ça, je n'ai pas une « clientèle » très âgée .

- Mais parfois tu peux avoir des gens jeunesEnfin, ça peut arriver.... ?

- Oui, non, bah j'en ai un qui vient de perdre son père, oui bah voilà heu... Un arrêt de travail pour aider sa mère à faire les papiers

- Oui ?

- Pour l'instant voilà...

- Tu as l'impression qu'il va bien toi ?

- Oui, j'ai l'impression qu'il va bien, maintenant peut être que dans trois mois il va venir complètement effondré, je ne sais pas...

- Hum. Lui il vient juste de perdre son père ?

- Ouais au mois de juin ouais. D'une longue maladie donc... Mais bon...

- Tu as l'impression qu'il est à peu près dans la bonne zone ?

- Peut être oui

- Ca ça peut t'atteindre?

- Bah oui, à la limite je resterai vigilante...

- Oui ?

- bah oui, bah ça... Après c'est peut être une façade ici hein, au cabinet hein, y'a des gens qui arrivent très bien à faire

- Oui et qui expriment à l'extérieur ?

- Voilà donc...

- Et ça peut te poser questions ça, quand tu vois quelqu'un qui exprime pas forcément ?

- Oui oui, bah oui je ...Des fois je cherche un p'tit peu, c'est vrai.

Maintenant, moi j'pense que les gens demandent, j'veux dire, j'vais pas les chercher, voilà, c'est comme tout, s'ils veulent pas me parler d'un sujet...On ne veut pas creuser, je ne creuse pas...Ca c'est....Pour moi c'est une intrusion.

- D'accord, T'attends de voir ce qui va se passer....Dans les histoires des fois ; on est tout seul...A chaque fois j'en remets une couche mais avec ces questions on obtient parfois des réponses différentes....On va chercher la difficulté.... La situation dans laquelle c'est le plus éprouvant pour toi dans ce genre de suivi ? T'en a une comme ça qui te vient ?

- Quand je suis quelqu'un qui est en deuil...Ca me vient pas....A entendre ça on va croire que notre boulot c'est une catastrophe

- L'autre question c'est quand...Quand les situations sont difficiles émotionnellement pour le patient et pour le médecin aussi comment tu gères ça finalement ? T'en parle avec ton collègue...

- Oui ou en FMC ou après avec un psy...Voilà mais heu, entre collègues....

- Pour l'instant ça te va toi ? Tu te sens ...?

- Oui

- Si tu vas justement.....t'es inscrite à un séminaire sur les deuils, qu'est-ce qui t'a poussée à t'inscrire sur ce séminaire et ...qu'est-ce que t'attends de ce genre de séminaire justement ... Qu'est-ce que tu vas y chercher ?

- Alors moi je l'ai pas pris...Enfin ce séminaire j'me suis pas inscrite pour moi, enfin, pour moi....

- Tu t'es inscrite ?

- Non non, j'me suis pas inscrite parce que moi j'avais des problèmes vis-à-vis des deuils des autres ...

J'me suis inscrite pour comme tu dis j'vais peut-être avoir des clés pour gérer au mieux, pour donner moins de médicaments, parce que quand même... on est quand même prescripteur de lexomil, même si c'est qu'une semaine, mais bon peut être qu'il y a d'autres choses à faire pour éviter ça parce que je suis pas un distributeur de médicaments quoi, et puis avoir des clés quoi, pour gérer au mieux... Mais c'est pas pour gérer ma façon de voir les deuils des autres, ça j'ai pas tellement de problèmes vis-à-vis de ça quoi...

- Oui

- Moi, de pleurer avec les gens ; ça me gêne pas quoi....

- Et quand tu dis gérer au mieux, ce serait donc à quel niveau...?

- Bah aider la personne au mieux, sans médicament, je ne sais pas, puis des clés, c'est plutôt ça quoi.

- Donc comment ne pas prescrire des médicaments ?

- Voilà

- Toi t'as l'impression de trop prescrire?

- Bah quand même ouais, j'ai tendance à les...Pas pour longtemps mais une aide sur une semaine ou quinze jours....

- Et là tu parles du début du deuil ou ...?

- Oui, oui au tout début là, quand ils viennent et qu'ils s'écroulent, voilà quoi

- Tu ne te vois pas les laisser repartir sans quelque chose ...?

- Ca dépend des gens mais j'ai un peu tendance à en prescrire oui

- A leurs demandes ou c'est toi qui proposes ?

- Non c'est souvent à leurs demandes, ça m'arrive de dire « bah tiens vous dormez pas, est-ce que vous voulez quelque chose pour que je vous aide ? » et les petites boîtes de somnifères de cinq comprimés c'est parfait ça

- Oui

- Mais non, mais y'a pas de danger....Bon, ils prennent les 5 en tout ; on n'ira pas loin... et pis bah y'a pas de dépendance ou de choses comme ça, je mets bien par contre le cadre, en disant « voilà vous prenez ça pendant cinq jours, je vous en redonnerai pas » voilà. Non pis, oui à la recherche de ce qu'on peut dire aux gens, peut être que ce que je dis c'est pas efficace, peut être que...Je sais pas....

Quoi dire dans ces moments là ?

Oui, quoi dire, quoi faire, et puis peut être que...Voilà comme on s'identifie...Enfin, par rapport à ce qu'on a vécu, nous, il y a peut être des choses que je devrais pas dire, pas faire...Je sais pas
Je ne sais pas comment ce déroule ce séminaire, doncMais c'est vraiment ça quoi.

- Oui

- Moi je trouve qu'un deuil, enfin pour moi, la mort des patients c'est quand même, enfin c'est pas drôle quoi...

- Je reviens sur les médicaments, donc ça peut t'arriver d'en prescrire au début?

- Oui

- Et puis aussi des antidépresseurs ?

- Bah les antidépresseurs quand c'est vraiment difficile ouais, c'est dur

- C'est simple pour toi de voir le moment où tu peux donner des antidépresseurs dans le suivi de deuil ?

- Non c'est pas forcément simple, j'le fais pas dès le début hein

- Qu'est-ce qui va faire que tu vas à un moment donné te dire ; bon.... ?

- C'est au bout de...Je sais pas moi, si au bout de deux trois mois c'est toujours « j'dors pas, j'pleure tout le temps » je ne sais pas, ouais comme ça c'est difficile ouais. Quand la personne n'arrive pas à avancer quoi, à reprendre le travail, ou à vivre une vie correcte, enfin, normale, pour moi c'est pas normal, donc je propose toujours d'aller voir un psy, psychiatre, machin, bon, si les gens veulent pas...

**- Dans ces cas là tu te laisses un délai de quelques mois ? Tu disais 2,3 mois ; ça peut varier ??
C'est selon ton ressenti aussi?**

- Parce que souvent les gens quand même ont l'air mieux après, ça va mieux...Voilà quoi

- D'accord. Donc tu te laisses un temps ou tu peux les voir déprimer quand même?

- Oui au bout de ...plusieurs fois par mois, mais c'est vrai, je ne me jette pas sur le traitement, c'est normal de pleurer, et je leurs dis c'est normal d'être effondré c'est normal de pas dormir. Bon j'aide quand même à dormir parce que bon s'ils veulent pas d'arrêt etc. c'est quand même, mais bon, faut aller travailler le lendemain, mais j'explique en fait, finalement, ce que ça va être etc. pis bon y en a qui sont.....Qui s'en sortent.....

- Ok donc on va dire au début....Quoi dire ? Au début, ça t'atteint ?

- Oui

- Quand les gens arrivent à ta consultation, t'as l'impression de pas savoir quoi dire ?

- Non c'est pas ça, non non c'est ...Je ...Oui ...Tu vas dire j'suis un peu...Mais ça dépend des gens avant, y a des gens qui vont accepter d'entendre « mais c'est normal de pleurer, allez y, vous êtes venu ici, y a pas de soucis, déposez tout ce que vous avez... Effondrez-vous...» voilà mais y a des gens qui sont hyper froids, enfin voilà, ça c'est ...vraiment patient-dépendant.

- Oui

- C'est plus facile pour toi d'avoir en face quelqu'un qui pleure que quelqu'un qui est un bloc de glace ?

- Oui ça c'est hyper difficile, parce qu'on a beau dire n'importe quoi.

- Donc ça c'est-ce qu'il y a de moins évident pour toi ?

- Oui

- Donc tu voudrais savoir comment faire avec ces gens là ?

- Oui à la limite, oui....Comment briser la glace ? Ce serait comment faire avec ces gens là ?

- Tu prépares ton séminaire ?

- Oui voilà ! Et heu...Non mais c'est pas forcément, pour savoir quoi dire, heu...

- Ca veut dire que pour toi c'est important d'exprimer ses émotions ?

- Oui voilà, non mais au séminaire ce que j'attends c'est de savoir s'il y a autres choses à faire, si ce que je fais c'est bien

- Oui ?

- Et voilà, c'est ça, c'est ...Enfin moi je prend ça comme ça, j'y vais pas « ha, je sais rien » non, surtout que tout ce qui est autour du psy, des émotions etc. j'aime bien en fait prendre ça en charge donc, maintenant est-ce qu'il y a autres choses à faire, voilà, j'suis prête à tout entendre...Pis qu'on me dise que je fais pas bien, bah ok j'fais pas bien je ferai autrement. Mais heu...Voilà

- Est-ce qu'il y a autre chose à faire que ce que tu fais toi ?

- Oui, le but c'est de s'améliorer, le séminaire.

- Donc, oui voir tu disais dans l'entretien si toi tu t'identifies ?

- Oui bah y a certains deuils qui sont plus difficiles que d'autres...

Alors ça... On a souvent une histoire personnelle qui fait que ...enfin pour moi de voir quelqu'un décharné dans un lit, voilà, c'est toujours, ça m'envoie à une image et voilà, c'est toujours difficile

- Ca peut te renvoyer des choses à ton histoire ?

- Oui voilà

- D'accord

- Donc, après j'ai pas non plus besoin d'aller voir un psy, ça ne me hante pas tout le temps, voilà, mais c'est toujours... Voilà

- Donc c'est moins facile pour toi quand tu peux t'identifier ?

- Bah oui, tout me renvoie toujours à notre vie, enfin je veux dire à ...Voilà ! Comme ci on est humain avant tout parce que les gens ... « vous êtes malade, comment ça se fait ? » bah je suis mal comme tout le monde quoi, enfin c'est... Les gens oublient ça ... moi je ne cache pas, j'ai les larmes aux yeux... pis les gens finalement des fois sont contents

- Oui ?

Non mais c'est vrai, enfin, contents heu...entre guillemets quoi, ils voient que...

- Oui, on voit que t'es humaine ?

- Bah pis on est touché par leur histoire....je fais pas ça exprès hein, mais j'veux dire ...Non mais c'est vrai que dans nos études où heu...Pas forcément chez les maitres de stages mais bon, on en voit qui n'ont pas d'émotions quoi, les médecins y doivent pas avoir d'émotions....L'ancienne génération c'était un peu ça quand même...Bah moi j'y arrive pas (rire)

Bah non j'y arrive pas

- J'ai une dernière question, t'as répondu mais ...Voilà si toi tu devais donner un cours

justement au regard de ton expérience sur le deuil, qu'est-ce que tu....? T'aimerais transmettre, qu'est-ce qui te paraît important quoi ? Quels sont les points importants ?

- Bah accompagner les gens quoi, écouter, accompagner, ouais...

- Toi, quand ça t'arrive par exemple, dans une journée de consulte, quelqu'un qui arrive comme ça, tu écoutes ...?

- J'écoute

- Justement c'est facile pour toi de, juste au niveau timing tout ça....C'est facile pour toi de prendre ces gens la ou pas ?

- Ha non, si j'dois prendre trois quart d'heure, je prends trois quart d'heure

- Ouais. D'accord. Ca te pose pas de soucis dans ton ...?

- Si ça pose soucis pour les gens d'après mais bon c'est comme ça hein, ils n'ont pas besoin de tout le temps de trois quart d'heure, alors des fois de temps en temps.

- Tu peux parler trois quart d'heure librement, toi, dans ta profession ?

- Ha oui, je...Je n'arrive pas à arrêter les gens au bout de vingt minutes, nous c'est vingt minutes, à dire « bah c'est bon, on verra ça la semaine prochaine » ha non ça je ne peux pas

- Pour rester disponible quoi ?

- Oui bah disponible, bon au bout d'un moment, j'vais le dire quand même on va arrêter là parce que j'ai des gens derrière et pis on se revoit la semaine d'après, « je vous mets un autre rendez-vous »

- D'accord

- Mais heu...Non ,moi, j'accompagne les gens ,pis je leurs dis que c'est normal quoi...Parce que des fois ils entendent « oui...la vie continue, point, bah oui c'est vrai que la vie continue mais on peut

s'effondrer quoi, de toutes façons je pense que ça fait partie du deuil quoi, de s'effondrer puis ...
Donc voilà après je crois que je serai pas une très bonne prof

- Accompanyer en tout cas pour toi ?

- Accompanyer oui

- Pour toi c'est le plus important. Ok ok. Tu les fais payer, leur consultation, quand c'est comme ça ou non ?

- Bah oui, la consulte oui...c'est pas surtout si je prends trois quart d'heure, mais ouais c'est une consultation, ils prennent rendez-vous....

- D'accord

Non moi je culpabilise quand je fais un vaccin en deux minutes et que je fais payer (rire) non mais ça ...C'est mon travail, voilà.

- Ok ...D'accord je te remercie

- De rien

Dixième entretien

- Donc si je te demande comme ça spontanément si j'te dis le mot deuil, voilà, qu'est-ce que ça t'évoque, qu'elles représentations t'en as ?

- Qu'est-ce que ça m'évoque ? Un moment difficile quand même, pour moi c'est difficile l'approche du deuil, j pense que j'y arrive assez bien en fait auprès des patients mais ça me rapporte à certaines choses de ma famille...Difficile ...Ouais, donc, c'est compliqué

- Oui

- C'est compliqué, voilà. Même d'accompagner des familles là, au cabinet, dans des deuils à domicile, ouais c'est dur, mais c'est un moment très proche aussi, on est hyper proche de la famille, bon bah d'abord un moment difficile, c'est d'abord ça que ça m'évoque.

- D'accord, ok.

- Voilà

- Ok ok. Un moment qui se termine ou qui reste difficile ?

- Non non, ça reste pas difficile longtemps mais ça met un peu de temps quand même à ...Ouais ouais mais heu...L'avantage c'est qu'on est deux, en fait, au cabinet, on fait des réunions toutes les semaines et que donc on se soutient bien dans ces moments là. Ca c'est très important.... C'est comme dans le travail d'équipe aussi à l'hôpital. Ca c'est fondamental.

- Ca fait partie de tes choix d'être associée pour échanger?

- Pour mon associé nos réunions une fois par semaine, c'est la gestion du cabinet qui fait aussi

changer la vision des patients en difficulté, donc et le deuil en fait parti.

- **Hum hum. Ok. Est-ce que t'as l'expérience comme ça, sans trop réfléchir, dans tes souvenirs de consultations, de personnes qui viennent de perdre quelqu'un ou...Ca fait pas longtemps, tu vois elles sont encore un peu sous le choc ou ...Ou ça a pu être difficile évidemment pour la personne y a des chances que ce soit difficile mais même pour toi en tant que médecin tu vois dans la consulte ou ça a pas été simple, quoi, voilà ?**

- En consultation ?

- **Ouais en consulte ou à domicile, n'importe**

- En consultation, un deuil, c'est... Voilà, un patient qui n'est pas très proche, bon je vais pouvoir un recul suffisant, quelqu'un qui est plus proche, que je suis à domicile, toute la fin de vie ...

- **Ouais ?**

- ...Là c'est plus dur. C'est plus difficile en fait, mais ...

- **Donc là c'est le cas où c'est toi qui a suivi le patient ?**

- Oui

- **Et donc toi aussi, tu as à faire le deuil du patient, en fait ?**

- Complètement ! Alors que quand c'est quelqu'un qui vient « bonjour, voilà, j'ai perdu mon papa brutalement ou mon enfant » ou je ne sais quoi, on a plus de distance plus de recul. Hum

- **Et du coup t'as des souvenirs d'avoir accompagné des gens et t'as suivi le patient?**

- Ouais

- Alors à domicile ?

- **Ouais**

- Alors oui, bah c'est des patients que j'ai suivi en fin de vie, j'en ai trois en tête, tout particulièrement les familles, enfin, les gens que j'ai suivi des mois et des mois à domicile.

- **Ouais. D'accord.**

- En fin de vie. Donc ça après c'est lien... Voilà, on fait quasiment partie de la famille

- **Ouais**

- Donc après, nous on doit faire notre deuil

- **Ouais, ouais**

- Ouais, alors ça c'est clair

- **C'est-ce qu'il y a de plus difficile pour toi ?**

- Ouais, qui est le plus dur

- **Et donc dans ces cas là tu reçois la famille de ce patient la ou tu... ?**

- Alors je vais chez eux, en fait, voilà puis après je les vois au cabinet mais c'est moi qui va à domicile en général quoi

- **Oui. Donc dans ce cas là t'es triste avec eux en fait ?**

- Ha bah ouais, ouais, bon j'arrive à me contenir, mais oui oui, j'suis triste aussi, c'est sûr, j'ai beaucoup été voir même des gens qui étaient hospitalisés brièvement, enfin, j'ai du mal à les lâcher quoi hein, mais bon ils sont aussi en demande de ça aussi, mais heu... C'est ...

- **Donc ça t'arrive de t'attacher à tes patients ?**

- Ha bah oui, énormément, je ne sais pas qui ne s'attache pas à ses patients ! (rire)

- **ça je sais pas (rire)**

- Ha ouais nous on est...Mais en tant que médecin de famille, on ...Vraiment on fait partie de la famille

- **Ouais**

- C'est évident, ouais....On garde des liens privilégiés, j'ai encore la bise aux épouses de patients qui sont décédés, ça c'est vraiment, j'ai des liens privilégiés quoi, hum hum. C'est vraiment....

- **Ok. Du coup alors, en fait de manière plus précise, Est-ce que tu as le souvenir d'une consulte ou d'un mort à domicile, où justement il y a des gens qui vont pas bien, qui sont en pleurs ou des choses comme ça ?**

- Ouais

- **Où toi justement t'as senti.....C'était aussi..... ça peut être aussi difficile pour toi ?**

- Ouais

- **Tu disais que ça t'arrivais de contenir ...**

- Heu....Ha oui oui, ça a été difficile, oui le dernier patient qui est décédé, oui ça a été dur pour moi.

- **Ouais ?**

- Hum hum

- **T'as des souvenirs de moments précis ou pas ?**

- Heu bah oui, de moments, voilà, on a perdu le patient, voilà, j'étais quasiment là t ouais j'ai pleuré avec eux et, enfin, ça a été difficile quoi. Ouais hum, difficile ce moment particulièrement

- Pour toi la difficulté c'est la perte ?

- Oui

- D'accord, c'est pas d'être en face de la personne en souffrance?

- Alors non, parce que ça j'y pense que j'arrive mieux à gérer, ça j'arrive mieux à la gérer, voilà, j'prend des nouvelles après, j'y pense que j'arrive mieux à les aider quoi, en fait mais, le deuil de la personne, ouais si si

- Qu'est-ce qui est difficile là dedans ?

- Bah c'est de perdre un patient qu'on aimait bien, un être cher quand même, quoi...en fait Quand t'as accompagné quelqu'un pendant des mois, et que t'as suivi pendant des années, c'est difficile hein !

Enfin, j'y pense qu'on a du mal, en tout cas moi, j'y pense, j'ai du mal à être très à distance

- C'est des questions que tu peux te poser à distance justement avec les patients ou ...?

- Heu, j'me dis souvent, voilà, que ..Les patients sont très...enfin ils sont très en demande d'un lien proche avec le médecin et nous on est sans arrêt en train de les mettre à distance

- Oui

- Voilà ça c'est ...Hyper souvent ! Ils sont assez intrusifs, ils veulent connaître notre vie etc. Voilà, mais bon, moi j'suis plutôt aussi dans la sympathie avec les patients, et j'y pense que voilà, c'est un effort de tous les jours, de tous les instants de tenir les patients à distance, et le deuil bah là t'as du mal en fait. Et là c'est trop dur quoi, parce que, et bah t'étais là, t'es avec la famille, ça c'est ...La distance est difficile à mettre à ce moment là. C'est pour ça qu'après on a ce lien privilégié avec la famille...Voilà les épouses dont je me souviens elles m'appellent par mon prénom, enfin c'est... Voilà, je fais parti de la famille, j'ai des nouvelles des enfants enfin bon....J'pourrai peut être invitée au mariage

- **Ouais**

- C'est vraiment...voilà, bon, j'y vais pas parce que, ouais, j pense qu'il faut garder cette distance pour soigner bien les gens mais heu...Ouais, ils sont en demande de ça aussi

- **Ok**

Je sais pas si j'ai répondu à ta question...

- **Si si c'est...C'est clair. Si tu suivais pas le patient finalement t'as pas le souvenir de consultation qui ont pu être plus difficile?**

- Non, en consultation beaucoup moins mais vraiment les souvenirs que j'ai c'est heu...Voilà. Ou en consultation j'ai eu une fois aux ...urgences pédiatriques un petit avec un purpura fulminans voilà ça, ça m'est resté et ça me restera toujours...J'ai dû accueillir la famille le soir, voilà, en réa heu, ça c'est difficile....

- **Ouais ?**

- ça c'est dur, parce que j'avais aussi ma dernière qui était nourrisson et là on a ce transfert en fait trop facilement mais bon

- **C'est là que tu te projettes un peu...?**

- Ha bah oui, c'est difficile...Donc ça c'était plus de la consulte en fait, parce que ce p'tit garçon j'l'avais pas suivi mais en consultation comme ça, des décès on en a régulièrement, des annonces de deuil et ça non, ça ne m'atteint pas, non. Enfin je suis triste pour eux, mais heu...

- **Donc en fait c'est difficile quand ça te touche personnellement quoi ?**

- Oui

- **Faut pas que tu t'identifies à l'histoire du patient ?**

- Heu voilà, fautPour un enfant oui, ou certains deuils moi j'ai eu des deuils violents dans ma famille, certains décès violents peuvent ...Voilà faire échos à mon histoire quoi, en fait, et ça c'est plus compliqué, ça c'est plus compliqué parce qu'après j'suis pas très bien, enfin, voilà quoi

- **Oui**

- Mais bon, mais en consultation sinon comme ça non.

- **Ok. D'accord. Donc du coup quand t'as des moments comme ça où t'es avec les patients où tu te sens touchée par ce qui se passe, comment tu fais, comment tu ...Enfin voilà tu peux pleurer avec les gens, c'est facile - pour toi ?**

- Ha non, en consultation pas du tout.

- **Non ?**

- Ha non, du tout du tout. Non non non, j'arrive très bien à me contenir, y a aucun souci

- **Tu les mets de côté ou ...?**

- Heu j'me mets de côté moi ?

- **Non, les émotions quand tu...?**

- Ha ou,i oui, oui, après ça sort plus tard

- **Ouais sans doute mais différemment**

- Oui ,oui, oui, sans problème, vraiment on arrive à faire face

- **Ouais et ça serait pas juste d'exprimer ses émotions ?**

- Bah j'aurai pas l'impression de les aider quoi, en fait.

Ouais, c'est plus ça. J'aurai l'impression de pas être efficace quoi, ils viennent pas me voir pour me

voir pleurer, donc (rire) j'l'ai aiderai pas du tout, donc non, çaPas du tout. En consultation c'est plus simple, quand t'es dans la famille, dans la maison du patient ...

- A domicile ?

- A domicile, c'est beaucoup plus compliqué

- Ouais ?

- Ouais ça c'est compliqué

- Tu me disais ça t'est arrivé de pleurer justement ...?

- Ha oui, oui oui, une ou deux fois, pas souvent

- Et du coup c'est...Quand tu vois , comment tu, tu vois ça mal ou...?

- Ha non, ça me gêne pas du tout.

- Ouais ? Ca te gêne pas de ...?

- Non c'est...J'trouve que...

- Donc en consulte t'essayes de mettre des distances ...

- Ouais mais c'est plus simple, t'as un bureau, t'es rentré dans un bureau...

- Ouais ...

- T'es pas au lit du patient, t'es pas avec toute la famille, c'est pas du tout pareil.

- Ouais

- Euh.. C'est pas du tout pareil. C'est pas du tout pareil quand t'es à domicile. Et encore, quelqu'un

que j'ai suivi beaucoup quoi. Si je dois, comme ça m'est arrivé X fois, quand j'étais interne, d'aller constater des décès, des constats de décès, j'en ai fait plein, ça me touche pas. C'est dur de voir quelqu'un décédé, on est d'accord, mais j'ai pas d'émotions particulières.

- On a traversé toutes les questions..

- Mais c'est vrai que la question c'était "est-ce que c'est bien ou pas bien de pleurer en tant que médecins avec une famille".

- Bah si tu veux, c'est une question que j'ai pas posé au début, au fil de mes entretiens c'est venu, c'est un questionnement qui a pu apparaître chez les médecins, enfin bon y'a une émotion..

- Bah j'crois que c'est pas, j'y ai déjà réfléchi bien sûre, mais ça m'est pas arrivé souvent, j'crois une fois, deux fois, et encore.. Ca m'est pas arrivé souvent, mais je crois que c'est pas grave quoi. Après, ils savent qu'on est humain, on est pas des machines, on est pas des robots, voilà, le patient, on y tenait vraiment, c'est quelqu'un qu'on apprécie, et.. c'est un deuil quoi.

- Ouais.

- Et je le vois vraiment comme ça. Et j'ai pas plus de pudeur que ça à verser une larme, ça me gêne pas du tout.

- Et quand t'es en consulte, est-ce que.. tu dis que tu contiens, est-ce que t'as l'impression de te faire violence ou..

- Non, du tout. C'est très facile. Ca me touche pas beaucoup je suis triste pour les gens bien sûr, les patients.

- Y'a plus de distance.

- Ah oui.. Vu que.. Encore le poids de la famille. C'est compliqué.

- Ok. Avec ce petit enfant, tu disais en pédiatrie.. Ouais ça te renvoyait aussi à ton vécu..

- Ouais à ma deuxième

- Ouais et puis..

- Ouais puis c'est un décès violent, le petit il avait dix-huit mois, je l'avais vu l'après-midi pour un purpura, et ça j'en ai voulu aux urgences parce que y'avait pas de débriefing du tout, ils m'ont laissé toute seule avec ça, j'avais toute l'équipe quand même, des puéricultrices et des chefs de clinique etc.. Mais les chefs pas du tout, et je leurs en ai un peu voulu. Je l'avais vu l'après midi avec une fièvre, une forte fièvre, et la chef de clinique m'a dit "non, non, on peut le laisser sortir, il a rien d'autre", et il est revenu le soir avec un purpura fulminans. Et donc ça, vraiment ça a été dur. Ça ça a été difficile, et je pense que ça restera quoi.

- T'as pu ressentir de la culpabilité à ce moment là?

- Si un peu je pense. Ah bah si parce que moi j'étais qu'interne, j'avais dit à la chef de clinique que je trouvais ça bizarre, "il est pas bien, il pleure", il allait pas bien, on avait pas fait de PL ni rien, il avait un bilan qui était rassurant.. Et si, il y a de la culpabilité quand même. Même si c'est pas moi qui suis directement responsable, on m'a dit qu'il pouvait sortir, j'ai trouvé ça injuste. Vraiment injuste, un petit de dix-huit mois qui meurt, c'est quand même une injustice quoi. Quand on voit la famille, le soir même, à trois heures au matin arriver, et c'est encore toi qui est là et qui récupère le petit en train de mourir.. Enfin il est pas mort tout de suite, quelques jours après. Mais, non, t'as de la culpabilité. Donc ouais, c'est assez difficile. Et ça, j'ai trouvé qu'on était pas accompagné. Ouais, du tout.

- Y'avait pas de prise en compte.. enfin c'était le chef qui était là la nuit?

- Non, c'était pas la même qui était là la nuit, elle était là en journée, mais bon ça a fait du bruit, forcément, et les chefs qui étaient au dessus de cette chef de clinique, les chefs de service, sont jamais venus me voir, ou quoi. Mais bon y'avait toutes les puéricultrices toute l'équipe des urgences qui était là..

- Ouais t'aurais voulu que..

- Bah j pense que ça aurait été bien voilà et que je puisse dire..., qu'on ait une petite discussion,

voilà, ce qui c'était passé. Je sais qu'on avait rien à me reprocher, c'était pas ça, mais je trouve ça dommage qu'on soit pas assez encadré. Même j'ai vu des morts subites de nourrissons, on est pas du tout encadré en tant qu'internes. Du tout, du tout.

- Hum, hum.

- Enfin voilà, en médecine générale c'est pareil.. C'est pour ça que c'est important nos échanges entre collègues, ça fait office de débriefing quoi.

- Toi c'est comme ça que tu gères..?

- Et mon associée aussi.. On se réconforte quoi! (rire)

- Quand vous vous réconfortez, c'est "pouvoir en parler", est-ce que c'est.. enfin.. ouais, qu'est-ce qui fait que c'est réconfortant?

- Tout est.. Bon un débriefing, on sait ce que c'est, c'est pouvoir raconter nos histoires, voilà c'est pouvoir mettre des mots, des émotions, c'est ça qui est important en fait. De dire, voilà, ça m'a fait de la peine, j'étais triste, voilà. Et je crois que c'est ça qui importe. Une oreille.. attentive. A la maison, si je raconte ça, bon..

- Tu peux pas..

- Bah non, ils ont pas vécu ça, ils ne savent pas ce que c'est de suivre quelqu'un, de l'accompagner jusqu'à la mort quoi. Un médecin, un collègue, connaît donc c'est plus simple.

- Ok. (rire)

- Une autre question? (rire)

- C'est intéressant, du coup on traverse tout à la fois, c'est.. Ouais, j'avais juste, tu parlais d'une situation à domicile, mais par exemple si t'as un patient qui vient te voir, est-ce que ça t'arrive, en consultes, il a perdu quelqu'un, il est pas bien et tout, quand tu gères la consultes, toi est-ce que.. t'as des souvenirs, finalement..

- Comment je gère la consultation ?

- **Est-ce que c'est des consultations qui sont prévus, est-ce que en général..?**

- Y'a différents cas, y'a des consultations qui sont.. on est prévenu en avance, on sait, voilà, on va prendre plus de temps etc.. Moi j'avais des consultations plus longues, on va les réconforter beaucoup, on va apporter une aide médicale pure, ou des conseils et autres. Mais, on les reverra aussi, j'crois qu'on va pas.. on les laisse pas.. c'est pas une seule consulte quoi. La consulte de l'annonce du deuil, puis après on les suit quand même. En tous cas, moi.

- **leurs proposes ou c'est..**

- Oui.

- **Ou tu les laisses..**

- Oui je leurs propose. Si ils ont besoin, qu'ils reviennent, ou qu'ils m'appellent. Systématiquement.

- **Ok. Ca t'arrive de leurs donner des traitements?**

- Ah oui. Oui. Des traitements, des arrêts de travail.

- **Dans ces cas là, t'utilises quoi de manière général?**

- Oh, c'est plus des anxiolytiques. Anxiolytiques ou somnifères voilà. Mais c'est plus des anxiolytiques.

- **Au début quoi.**

- Oui. c'est bien rare qu'il y ait des antidépresseurs ou autre puisque c'est plus une dépression réactionnelle.

- C'est toi qui leurs propose?

- Ouais, nan c'est plus.. C'est soit à leurs demande, voilà, ou soit je vois que ça fait deux jours qu'ils ont pas dormi, bon, là c'est moi qui leurs propose quand même.

- Tu te sens pas désarmée?

- Non, pas du tout. Vraiment, pas du tout.

- Ok, du coup, un peu dans le même ordre d'idée, est-ce que t'as des souvenirs de consultations, de patients pas forcément difficiles mais qui ont pu te poser des problèmes, des questionnements, des patients qui ont perdu quelqu'un et plus longtemps après quoi. Voilà, dans les mois, voir les années qui suivent.

- C'est à dire je les ai vu plus.. voilà je les vois longtemps après?

- Ouais t'as des patients qui peuvent te poser des soucis?

- Oui, sur des deuils qui sont pas faits, en fait. Voilà, ça on voit ça souvent nous, en fait, même des années et des années après. Voilà, ça c'est plus compliqué à gérer. Là faut que ça passe, enfin nous.. moi je leurs conseille facilement une thérapie, une aide extérieure quoi. Avec une tiers personne. Ca peut être des cas tout bête, un deuil d'enfant mort-né y'a 30 ans, voilà, c'est aussi des deuils très loin. Mais les patients n'ont pas été accompagnés à ce moment là, ça je pense qu'il est important s'ils sont en demande qu'ils soient aidés quoi. Pas au moment tout de suite du deuil, mais s'ils en ont besoin assez rapidement quoi.

- Donc toi t'essaies de leurs conseiller une thérapie?

- Oui, voir un psychologue, un psychiatre, même sur quelques séances mais de pouvoir en parler.

- C'est facilement accepté par les patients?

- Oui, on sent qu'ils ont besoin de cette aide là, et ils sont en demande quelque part quand même. Ils acceptent.

- Quand tu dis que c'est un peu plus compliqué à gérer..

- Bah c'est plus compliqué parce qu'on met longtemps, par exemple, à le dépister. C'est quelqu'un qui va pas bien à des dates anniversaire, j'en ai encore une en tête, sa fille est morte il y a une quarantaine d'années. C'est une dame qui est âgée maintenant. Et c'est tout le temps pareil, tous les ans. Et cette dame refuse de recevoir une aide, à son âge elle veut plus. Mais ça c'est compliqué, parce qu'on sait ce qui se passe, mais.. c'est compliqué.

- Ce qu'il y a de compliqué, c'est de pas savoir comment faire?

- Ouais voilà. On sait pas trop comment les aider. Donc euh.. Qu'elle fasse son deuil un jour, j'en suis pas sûre! C'est ça aussi. Est-ce que toutes les aides sont vraiment utiles? Je pense que perdre un enfant par exemple, ça reste..

- Tu penses qu'on s'en remet pas ?

- Non je crois que ça, on s'en remet pas, ouais très clairement, on s'en remet pas...donc ces gens là, ils sont plus difficile à aider quoi

- Ouais ?

- Ouais

- Et justement comment t'arrives à repérer ...ou est-ce que t'arrive à repérer, toi, quelle frontière tu te mets avant de dire bah voilà là c'est un deuil à priori qui se passe normalement et puis là ça commence à ...Enfin...Elle fait pas son deuil, ça traîne....(20:23)

- Hum hum, alors quelle limite de temps ?

- Ouais, je sais pas sur quoi tu te bases toi, est-ce que c'est clair pour toi est-ce que c'est facile de ?

- Ha oui ! J pense que c'est assez facile, oui oui, on voit si quelqu'un va bien ou pas, y a beaucoup

de critères quand même, si y a une dépression larvée, y a quand même beaucoup de choses

- Hum hum, tu te sens pas désarmée ?

- Non, du tout parce que j'pense que ...Et ça c'est ...J'pense à un jeune homme...Voilà, heu...J'te raconte rapidement, un jeune homme que j'ai vu y a pas longtemps, ça m'a fait de la peine pour lui parce qu'il est venu plein de fois au cabinet, j'l'avais pas vu et il avait des lombalgies vraiment intenses on n'arrivait pas à le calmer, il a vu la remplaçante plusieurs fois et puis au final j'lui dis « mais non, j'pense que c'est psychosomatique » et puis j'lui ai posé des questions sur son histoire à lui, ce qui n'avait pas été fait....

- Ouais ?

- Et donc il m'a parlé du deuil de sa maman en fait, qu'il a perdu à l'âge de douze ans, donc là il s'est totalement effondré, donc en fait j'pense que ce jeune homme il est, enfin, je suis sûre, il est dépressif, je l'ai mis sous traitement, ça va beaucoup mieux, il a plus mal au dos, forcément et donc voilà ça c'est typiquement... et ça j'pense que j'arrive bien à déceler ça, en fait hein, c'est heu... J'pense que ouais j'ai pas trop de mal, parce qu'on sait que...Voilà, psychosomatique à un point très fort...

Ouais assez, ouais c'est vrai, j'reconnais que la facilité c'est ça; c'est mettre des antalgiques et des séances de kiné, x fois, ça te prend un quart d'heure, ce jour là ça m'a pris trois quart d'heure cette consultation, mais c'était important.

- Hum hum

- Enfin moi j'vois les choses comme ça.

- Et toi par exemple dans ce genre de consulte, ton planning journalier c'est facile d'avoir trois quart d'heure ?

- Nan (rire) non, c'est pas facile du tout après j'ai trois quart d'heure de retard, une demi heure, mais j'crois que c pas grave, le plus important c'est

- T'arrives à rester dispo quoi ?

- Oui

- **Même si ça dure une demi heure ...?**

- Ha oui, en effet, ça me pose aucun cas de conscience pour ceux qui sont derrière

- **D'accord (rire)**

- (rire) Ils veulent partir ils partent, j'crois que c'est plus important de l'aider lui ... (rire)

- **Du coup tu lui as donné un antidépresseur ?**

- Oui

- **Ouais ?**

- Ouais

- **Tu lui as pas proposé une thérapie ?**

- Alors si, aussi

- **Si ?**

- Mais en parallèle, voilà

- **En parallèle ?**

- Je leur dis souvent c'est qu'une béquille hein, les médicaments, mais ça les aide rapidement et on l'arrête en quelques mois mais il en avait vraiment besoin

- **Ok.**

- Voilà.

- D'accord, donc pouvoir repérer ça et puis ce qui est difficile c'est les gens qui acceptent pas l'aide ?

- Oui, ceux là...Bah ils sont pas trop accessible aux soins en fait, donc j pense que ce qui les aide, c'est de nous en parler hein, et puis eux ils craquent facilement en consultation donc ça permet de lâcher un peu la soupape hein, voilà, en consultation ...

- C'est lâchage de soupape !

- Voilà ! C'est lâchage de soupape, mais j' fais pas soin.

- Ouais c'est pas comme un résultat à voir ?

- Non, c'est typiquement les dates anniversaire, de deuils etc.. ça revient. On sait que tous les ans ça va revenir. Donc voilà, on sait pourquoi ils vont avoir mal au dos, mal au ventre, du coup, à ce moment là.

- C'est dur pour toi de na pas avoir les outils?

- La clairement, ces patients là; on ne sait pas comment faire....on a pas... Ceux qui refusent de voir un psy, ceux qui..

- Ce sentiment d'impuissance?

- Ah oui, on est impuissant, dans certains cas ouais, ceux qui refusent de voir un psy vis-à-vis de certains troubles mais ça ça me gêne pas non plus puisqu'on est pas des sur-hommes ni des sur-femmes.

On aimerait bien les aider complètement mais bon voilà en fait....

- Ok. Et sur les dépressions, les choses comme ça, à la suite d'un deuil, pareil, est-ce que t'arrives assez facilement à faire la différence entre une dépression qui peut paraître normale

et une dépression qui peut paraître un peu pathologique?

- J pense que oui, assez facilement. On leurs explique aux patients, y'a des dépressions réactionnelles, normal, un deuil ça prend un certain temps, si ils ont besoin d'une aide externe, on leurs propose. Et puis après y'a des dépressions qui "trainent" trop, et qui deviennent invalidants dans la vie de tous les jours, qui peuvent plus bosser etc.. Là je pense qu'il faut leurs donner quelque chose. Alors en parallèle, une thérapie aussi. J'crois qu'on arrive à distinguer les deux quand même..

- Ok. Ouais, tu vois, la question c'était: quand t'as des situations comme ça qui sont éprouvantes émotionnellement, comment tu fais pour gérer ça, et qu'est-ce qu'en t'en fait?

- Bah en fait, avec des collègues, on se voit. Et voilà, on peut.. c'est quand même comme un groupe Balint de discussion , ça permet de décharger ça quoi. Sincèrement, je pense que ça me suffit, puis j'ai un mari qui m'écoute! Voilà, donc ça, ça peut suffire. J'ai pas besoin d'avoir une aide extérieure.

- Et quand ça te renvoie à ton histoire, t'arrives à gérer comme ça? T'as pas besoin de..

- Non, non. J'ai quand même appelé une fois un psychologue parce que vraiment c'était un deuil.. un décès brutal comme quelqu'un de ma famille, et là j'ai senti.. Parce que moi, je devais l'annoncer à mon fils, parce que c'était un copain à lui qui avait été assassiné par son père, donc c'était difficile. C'était il y a quelques mois. Donc là j'ai vu que j'y arriverai pas toute seule, donc je l'ai appelé pour lui demander conseil, et moi même j'avais pas fait le lien, il y a une tante à moi qui a été tué par son fils..

- C'était pas des patients? C'était des nouveaux?

- Ouais en fait.. c'est ça, c'était pas des patients, je connaissais pas le papa, amis ça aurait pu très bien être en consulte, ce cas là, je sais que j'aurai eu du mal à le gérer. Donc j'ai..

- Tu peux faire appel.. ça t'est arrivé?

- Ouais, ça a été la seule fois où je l'ai appelé, voir comment il fallait que je fasse etc.. Mais bon, c'est tout. Jveux dire, un coup de fil d'1/4 d'heure a suffit quoi.

- Ok. Si tu devais donner un cours là dessus, qu'est ce que tu dirais? Par rapport à ton expérience? Qu'est-ce que tu dirais qu'il est important de faire, au niveau professionnel?

- Pour accompagner les patients?

- Ouais.

- Bah c'est d'être hyper présent et disponible, d'abord. Parce qu'ils ont besoin de ça, surtout, il faut être là pour les écouter. D'être là plusieurs fois si il faut, c'est d'abord ça quoi. Puis après.. bah après j'sais pas.. La disponibilité quoi.

- La présence quoi. D'avoir quelqu'un en face de toi qui pleure, c'est pas dur quoi?

- Non. Nan parce que je trouve ça normal. Je trouve ça plutôt sain même. Je trouve ça plutôt sain quelqu'un qui pleure, qui exprime ses sentiments. C'est pour ça que j'ai pas de pudeur à pleurer à domicile. Je trouve que ça fait parti de la vie.

- Et à l'inverse, quelqu'un qui a un deuil et qui dirait rien?

- Ca j'en ai un, j'ai un cas, j'ai un monsieur qui a perdu sa femme à 32 ans d'un cancer du sein, qui se retrouve avec une petite fille qui maintenant a 8 ans, l'âge de la mienne en plus, et qui lui exprime 0 sentiment quoi. Et là, j'ai pas d'accroche sur ce patient, c'est à dire que j'ai pas de prises sur lui, et il n'arrive jamais à en parler, jamais, jamais. Alors que c'est un monsieur qui va pas bien. Et ça, ça se voit. Il transpire qu'il va pas bien! (rire) Et ça s'est compliqué quoi. Ca je trouve ça moins simple. Quelqu'un qui pleure, qui dit qu'il est triste, c'est plus simple.

- Donc pour toi c'est plus simple d'avoir quelqu'un qui exprime ses émotions plutôt que quelqu'un..

- Oui, parce que du côté je peux l'aider, j'pense.

- Et dans l'autre cas, tu sais pas comment faire?

- Ah bah non. Ce monsieur, voilà, j'peux même pas lui dire: "j'vois que vous allez pas bien, faut aller

voir un psy!". (rire) C'est.. là c'est dur. Donc bah, voilà, on est là, je sais, enfin j' espère, que si il a besoin de venir me voir.. Mais j'pense qu'il faut pas être là non plus "intrusif" quoi. On sent qu'il a pas envie d'en parler, voilà, on sent que pour lui avec sa fille c'est compliqué, mais bon, quand il sera prêt! J'espère qu'un jour..

- C'est compliqué pour toi parce que tu sais pas comment faire en fait?

- Bah non.

- Mais ça t'affecte pas?

- Non ça ne m'affecte pas.

- Tu cherches juste des moyens..

- Bah une solution quoi. Mais là je me sens impuissante. Pour ce patient, là je.. Enfin impuissante, il ne me demande pas d'aide non plus, en fait. C'est ça. Donc euh.. C'est compliqué de voir quelqu'un qui va pas bien et quelqu'un qui est pas en demande quoi. Donc ceux là, je suis triste, surtout pour la petite fille. Elle a un papa sans doute qui est dépressif, et j'pense que j'suis plus triste pour elle, finalement.

- Tu souhaiterais savoir comment faire pour aider cette personne?

- Bah oui. C'est plus ça. Aider les gens qui ne demandent pas d'aide..

- Et pourtant qui viennent te voir.

- Et qui viennent nous voir quand même, voilà! Mais plus pour la pathologie de la petite fille qui somatise, voilà. Alors est-ce que par ce biais là, on arrivera à mettre des mots sur le deuil de la maman? J'espère...Je sais pas, mais c'est un papa qui est un peu en fuite. Il a une amie, sa fille l'appelle maman.... Donc j'ai essayé de lui dire une fois: "c'est bizarre qu'elle l'appelle maman". C'est pas tout à fait normal. Mais bon, c'est.. là j'pense qu'on a du mal à agir.

- Ok. On continue?

- Ouais, ouais! Moi j'ai bloqué une heure!(rire)

- **Donc savoir être disponible, présent.**

- Ah oui. Présent et disponible.

- **C'est le plus important.**

- Ah oui. C'est surtout ça.

- **Et si jamais tu devais faire une formation sur le deuil, qu'est-ce que t'aimerais bien y voir traiter? Comment t'aimerais bien que se soit traité et Est-ce qu'il y a des choses qui t'intéresseraient?**

- Bah sincèrement, je sais pas si j'irais quoi, voilà. Parce que.. j'me lance pas du tout des fleurs, mais j'trouve que j'arrive assez bien à gérer ça, et pour l'instant ça va. Mais après, je sais pas, on verra, mais c'est plus..

- **T' en ressens pas le besoin quoi.**

- Je ressens pas le besoin.

- **Mais admettons, t'y vas. Qu'est ce que tu aimerais bien y voir traiter quoi! Est-ce qu'il y a des choses qui t'intéresseraient ou vraiment tu n'as rien de plus que ce que tu sais déjà?**

- Bah si, c'est l'aide qu'on peut apporter aux familles etc.. Mais j pense que c'est traité sur ce biais là de toutes façons. Moi j'vois plus ça.

- **Comment aider les familles?**

- Oui comment aider les familles. Voilà. Qu'on reçoit pas forcément tout seul quoi. Les aider, c'est plus ça. On est un peu seul, dans ces moments là, à gérer la famille..... Parce que c'est ça, Je répète mais c'est pas en consultation, mais à domicile, t'as toute la famille qu'il faut assumer quoi. Les

épouses, les enfants.. Donc là....

- ça fait beaucoup d'un coup.

- Ce serait ces cas là quoi. C'est plus ça. Que ce soit l'annonce du deuil, enfin du décès.

- Le deuil, tout ce qui est théorique, le deuil pathologique..

- Oui, mais ça s'est assez clair. J pense que ouais, c'est assez clair.

- Ok. Bon bah super. Bon bah voilà, écoute, si t'as d'autres idées.. (rire)

- Non, voilà, j pense que j'ai pensé à tous les cas les plus marquants pour moi quoi.

- Tu les fais payer, dans ces consultations?

- Pas tout le temps non.

- Pas tout le temps?

- Ca dépend en fait. Ca dépend s'ils ont pris rendez-vous, ou pour autre chose, ou quoi mais euh.. Déjà à la maison, non. Enfin quand j'y vais, je pense à un patient, je travaillais pas et on savait qu'il allait mourir ce monsieur là, il avait une cinquantaine d'années, et il voulait que ce soit moi qui vienne pour constater le décès. Je suis venue pendant mon temps libre, je travaillais pas ce jour là, ils avaient mon portable ces gens là, je leurs laisse mon portable tous le temps. Et je suis venue, et bien sûr, je les fais pas payer quoi. Mais même en consulte hein.

- Si tu les faisais payer, tu.....?

- Ah non..... enfin, c'est pas une consultation "normale" je dirais. C'est pas la consultation de tout le monde, on est plus là, voilà, comme un médecin, mais aussi une amie, quelqu'un à qui ils peuvent parler facilement quoi, en fait.

- Du coup, les faire payer, tu serais plus la même.

- Ouais du coup on met trop de distance, je dirais.

Ouais, ouais. J'mettrais trop de distance. Arriver comme ça à domicile, après un décès, voilà, j'avais pas les faire payer. Mais les gens ils me proposent, c'est marrant.

- Ils te proposent?

- Ouais. Les patient me disent: "combien je vous dois?" etc.. Bah non, en fait. (rire) Non parce que je considère que c'est plus de l'ordre de... On est plus proche, voilà, c'est pas que du médical quoi. Voilà, c'est marrant mais... Je sais pas si tout le monde fait comme moi j'en sais rien

- Ca serait plus cette notion de... Presque d'être amis avec eux ?

- Oui d'être là pour eux en fait, ouais mais je suis pas là juste pour le constat de décès quoi.... Bah je sentais bien que ce monsieur.... il avait demandé avant de mourir que ça soit moi qui vienne, il voulait pas que ça soit SOS médecin. Donc de nuit, de jour je pouvais venir

Et on savait que ça allait être dans les deux jours quoi, c'était imminent et je serai venu de nuit de jour, mais voilà, là je ... Ca me paraît indécent de leur demander de payer le déplacement

- Alors du coup ce qui est bien c'est ... Tu te sentais comment ? Qu'est-ce qui te ...?

- Qu'est-ce qu'ils m'apportent ?

- Ouais qu'est-ce que ça ... Bah ce qui te ...?

- Ouais voilà bah je suis contente d'avoir été là, pour cette famille là quoi, ouais ça me fait plaisir, ouais d'être là pour eux quoi, ouais. C'est plus ça, y a de la gratitude, j pense qu'y a ça quand même, mais heu... Non, j'suis contente d'avoir été là

- Et si tu faisais payer il y aurait plus ça ?

- Ha oui moins. Bah oui, beaucoup moins parce que là ça met un fossé. Non j pense que c'est pas... La meilleure chose.... Ouais ouais

- T'aurais l'impression que ça enlèverait de l'humanité?

- Ouais, un p'tit peu ouais, là ça remet dans le concret

- Ouais ouais, d'accord

- J'pense que j'suis pas à trente euros près quoi.

Non, vraiment là je trouverai ça indécent.

- Ouais ouais

- Ouais, alors je sais pas si tout le monde fait comme ça...

- Indécent ?

- Ouais vraiment, ha oui, je trouverai ça vraiment indécent de ...Alors pas pour une personne X ou Y tu vois, si j'étais de garde, enfin, j'ai fait des gardes où j'ai été constater des décès, mais c'est des gens que je ne connais pas, que j'ai jamais vu donc cela ils règlent, mais quand on fait partie de la famille un p'tit peu en tant que médecin de famille, je trouverai ça vraiment indécent

- Hum hum

- Voilà, mais je sais si tout le monde fait pareil...

- Là-dessus j'ai pas de réponses

- Ouais

- Je sais pas si c'est une problématique mais en tout cas j'ai quelque chose qui peut ressortir c'est cette distance la tu vois, la distance qu'on a avec les gens

- Ha moi j'pense que j'suis ...

- C'est peut-être risqué d'être trop proche?

- Trop proche ou...Ha oui oui, non mais y a pas de règles mais j'pense que faut pas...C'est ça que j'te....

- Toi tu t'y retrouves comme ça !

- Voilà moi je m'y retrouve comme ça, là je suis particulièrement proche de ces gens là à ce moment là, mais si je les revois des mois après les épouses ou les maris de personnes défuntées voilà, j'arrive à donner de la distance

- Ok

- Oui

- Donc c'est vraiment sur ces moments là...?

- C'est des moments brefs du décès, au moment du décès quoi. Après non. Mais j'ai des patients qui sont revenus me voir ou qui avaient déménagé qui sont revenus me voir, là je ne les ai pas fait régler non plus parce que c'est plus...Voilà, donner des nouvelles de leur famille etc.

- Oui oui

- Pour eux, en fait, pour la famille, ces des gens qui ont des enfants en Suède etc. j'étais ...J'ai fait partie de la famille pendant plusieurs jours, j'étais tous les jours à la maison, dans la maison de la personne qui était en train de mourir donc non, là ça ...(rire)

- Ouais ouais. Ok.

- J'trouve ça sympa quand même d'avoir des nouvelles...

- Oui ça t'apporte autres choses ?

- Oui voilà, on est pas des robots, j'pense qu'on peut donner un peu de temps...Un peu de temps

personnel à ses patients aussi quoi... Voilà, je les tutoie pas ...

- **De la gratuité ?**

- Complètement (rire), oui j'trouve que, voilà, ça me gêne pas (rire)

- **Ok, j'crois que j'ai fini**

- J'espère que j'ai répondu à tes questions !

- **Bah ouais ! J'te remercie**

- De rien !

Problématique de la prise en charge de la personne adulte en deuil en consultation de médecine générale

David Médard - davidmedard@hotmail.com

RESUME

But de l'étude : Explorer les problématiques rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des personnes adultes en deuil lors de consultation de médecine générale.

Protocole : Entretiens semi directifs suivis d'une analyse thématique de contenu.

Lieu de l'étude : La région des Pays de La Loire.

Participants : Dix médecins généralistes exerçant en ambulatoire.

Résultats : Les médecins rencontrent des difficultés dans la gestion émotionnelle de certaines consultations de personnes vivant un deuil récent. Avoir à faire le deuil du patient, éprouver de la culpabilité suite à sa mort sont des difficultés exprimées par presque tous les médecins. Le caractère imprévu et traumatique de la mort ajoute à cette difficulté. Pour la totalité des médecins le manque de temps est problématique. La majorité des médecins éprouvent un sentiment d'impuissance dans ces situations et peuvent être renvoyés à leurs propres deuils. La gestion de ces émotions et de la "bonne" distance médecin patient est une difficulté exprimée par la majorité. La moitié des médecins parlent d'événements marquants et certains relatent des conséquences sur leur qualité de vie. Une difficulté à aider les patients présentant un deuil ancien non résolu est exprimée par une majorité. La moitié des médecins évoquent un manque de formation et certains relatent l'absence de débriefing dans les situations difficiles durant les études. Certains médecins qui ont suivi une formation spécifique ou qui ont effectué un travail d'introspection (psychothérapie, groupes de type Balint) ont appris à mieux gérer la distance médecin patient. Les médecins sont globalement demandeurs d'une formation pratique et la moitié d'un enseignement théorique.

Conclusion : Des problématiques ont été identifiées. Des formations pratiques et théoriques pourraient diminuer ces difficultés. Pour que ces résultats soient généralisables une étude quantitative pourrait être menée.

MOTS CLES :

Deuil, médecin généraliste, problématique, formation, gestion, prise en charge, psychothérapie, qualité de vie, étude qualitative