



HAL
open science

La santé psychologique au travail des médecins oeuvrant dans l'accompagnement de la fin de vie : étude qualitative par

Pascale Desrumaux, Eric Dose, Anais Morin

► To cite this version:

Pascale Desrumaux, Eric Dose, Anais Morin. La santé psychologique au travail des médecins oeuvrant dans l'accompagnement de la fin de vie : étude qualitative par. Université de Lille. 2021. hal-04451784

HAL Id: hal-04451784

<https://hal.univ-lille.fr/hal-04451784>

Submitted on 11 Feb 2024

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

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

La santé psychologique au travail des médecins œuvrant dans l'accompagnement de la fin de vie : étude qualitative par :

Desrumaux Pascale et Dose Éric, Morin Anaïs

Rapport de Recherche

1 Résumé

La présente recherche a pour but d'étudier la santé psychologique des médecins travaillant auprès des patients en fin de vie. L'évaluation de cette dernière a pris en compte des facteurs individuels et organisationnels. La grille reprenait des thématiques-clés comme le bien-être au travail, la détresse, le soutien, les ressources personnelles, la charge de travail ainsi que les connaissances du cadre juridique sur la fin de vie. Une enquête qualitative sous forme d'entretien a été réalisée auprès de seize médecins exerçant dans les Hauts de France. Les sujets travaillaient pour la plupart en Centre Hospitalier, dans les services de soins palliatifs ou de gériatrie. L'analyse thématique a mis en exergue les leviers du bien-être au travail chez les praticiens : un climat de travail détendu, un fort soutien social ainsi qu'une formation complémentaire en soins palliatifs, semblent modérer la charge de travail. En revanche, le manque de soutien du *top management*, le manque de ressources et humaines sont des freins au bien-être des professionnels de santé. L'application des lois sur la fin de vie est parfois rendue difficile par la spécificité du terrain. Enfin, les médecins font face à une forte charge de travail notamment émotionnelle et décisionnelle. Malgré cette charge de travail élevée, les médecins ne sont pas en détresse au travail.

Mots-clés : fin de vie, soins palliatifs, médecins, bien être, santé au travail, hôpital.

Abstract

The purpose of this research was to study the psychological health of physicians working with patients at the end of life. The assessment of psychological health took into account individual and organizational factors. The grid included key themes such as well-being at work, distress, support, personal resources, workload and knowledge of the legal framework on end of life. A qualitative survey in the form of an interview was carried out with sixteen physicians practicing in the Hauts de France. Most of the subjects worked in hospitals, in palliative care or geriatric services. The thematic analysis highlighted the levers of well-being at work among the practitioners: a relaxed work climate,

strong social support and additional training in palliative care seem to moderate the workload. On the other hand, the lack of support from top management and the lack of human resources are obstacles to the well-being of healthcare professionals. The application of end-of-life laws is sometimes made difficult by the specificity of the field. Finally, physicians face a heavy workload, particularly in terms of emotional and decision-making. Despite this high workload, physicians are not in distress at work.

Keywords: end of life, palliative care, physicians, well-being, occupational health, hospital.

Table des matières

1	Résumé.....	1
2	Introduction.....	5
3	La recherche Ac-SOIVie.....	6
4	Revue de la littérature : la fin de vie	7
4.1	La fin de vie	8
4.1.1	Les soins palliatifs	9
4.1.2	Impact de la prise en charge palliative sur les patients	10
4.1.3	Le rôle des soignants dans l'accompagnement de la fin de vie.....	11
4.1.4	Les médecins confrontés à la fin de vie	11
4.1.5	La relation soignant – soigné en fin de vie.....	12
4.2	Le bien-être au travail.....	12
4.3	La qualité de vie et les conditions de travail	13
4.4	La qualité de vie au travail des médecins	14
4.4.1	Les facteurs liés à l'activité de travail	14
4.4.2	Les facteurs organisationnels	15
4.4.3	Les facteurs individuels.....	16
4.5	La détresse au travail	19
4.6	Le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique	21
4.6.1	Le soutien organisationnel perçu.....	21

	3
4.6.2	Le soutien social..... 21
4.6.3	L'approche LMX..... 22
4.7	L'approche LMX appliquée au contexte hospitalier 23
4.7.1	Ambiance et climat de travail chez les médecins..... 24
4.8	L'opinion des médecins sur les lois relatives à la fin de vie 25
4.9	Problématique..... 27
4.10	Objectif de la recherche 28
5	Méthodologie de recherche..... 29
5.1	La méthode qualitative 29
5.2	L'entretien semi-directif 29
5.3	Participants 30
5.4	Recrutement des participants 30
5.5	Matériel..... 31
5.6	Déroulement des entretiens 33
6	Analyse qualitative..... 34
6.1	Définitions 34
6.2	Processus l'analyse qualitative 34
6.3	L'analyse thématique..... 35
7	Résultats..... 38
7.1	Analyse descriptive..... 38
7.2	Analyse thématique 39
7.2.1	Bien-être psychologique..... 39
7.2.2	Amélioration des conditions de travail..... 43
7.2.3	Détresse au travail 47
7.2.4	Le soutien social..... 48
7.2.5	Climat de travail 49

7.2.6	Ressources au travail	51
7.2.7	Charge de travail	54
7.2.8	La formation	57
7.2.9	Le cadre juridique.....	59
8	Discussion	64
9	Limites	66
10	Implications.....	67
10.1	Implication de recherche	67
10.2	Implications pratiques.....	68
11	Conclusion.....	70
12	Lexique.....	71
13	Bibliographie	72
14	Annexes	82
14.1	Annexe 1 : visuel partagé sur les Réseaux sociaux	82
14.2	Annexe 2 : Lettre d'information personnelle	83
14.3	Annexe 3 : Code Book Ac-SOIVie	83

2 Introduction

La question de la fin de vie et de son accompagnement soulève des débats dans le monde public et politique depuis les années 1960. En effet, l'état français s'est rapidement emparé de cette thématique en légiférant afin de poser les limites sur le cadre de la fin de vie (Légifrance, 2016). Les études en sciences sociales et humaines ont permis la naissance de ces lois. Ces enquêtes (Batt et al., 2010 ; de Bonnières et al., 2010 ; Granek & Buchman, 2019) ont pu mettre en exergue les enjeux éthiques liés aux décisions dites « difficiles ». Finalement, la loi Leonetti a permis de dépasser les choix binaires qui préexistaient auparavant (Gaille, 2021). Toutefois, malgré les lois en vigueur, on constate une non prise en compte du vécu du soignant (CNSVP, 2020). La relation hospitalière ne tourne pas exclusivement autour du patient. Le soignant joue un rôle primordial dans l'accompagnement du patient en fin de vie, Foucault et Mongeau (2018) soulignent que l'alliance thérapeutique permet l'établissement d'une relation de confiance entre soignant et soigné. Celle-ci étant essentielle à la satisfaction des besoins du patient lors de cette phase de vie particulière. Toutefois, pour que cette relation puisse exister, il est nécessaire que le soignant puisse se rendre disponible et exercer dans de bonnes conditions. La plupart des soignants souffrent au travail, ils sont confrontés à la mort, l'application des dispositifs relatifs à la fin de vie est rendue difficile entraînant une souffrance psychologique (Dose et al., 2019). Ainsi, les chercheurs en sciences sociales se sont saisis de la problématique et ont proposé des solutions afin d'alléger la charge de travail afin de réduire les risques qui y sont liés pour les soignants. Des managements spéciaux ont émergé afin de garantir une meilleure qualité de vie aux soignants comme aux patients (Bonnin-Scaon & Colombat, 2008). Ce type de dispositif a pour but de prévenir la souffrance des soignants. Le burn-out se développe le plus souvent par l'interaction entre l'individu et son environnement de travail. Ainsi, en construisant une coordination entre les différents protagonistes du soin et le processus engageant le patient en fin de vie, le risque de voir apparaître des symptômes de souffrance au travail peut être réduit (Bonnin-Scaon & Colombat, 2008).

Toutefois, la loi Leonetti n'est pas suffisante pour faire disparaître totalement cette souffrance. La gestion des hôpitaux et l'augmentation du nombre de personnes âgées en France rendent de plus en plus difficile la mise en application de tous ces dispositifs (INSEE, 2020), notamment en ce qui concerne les médecins (Alcaraz-Mor et al., 2018). Depuis

presque vingt ans, des recherches sont réalisées sur les conditions de travail des soignants exerçant en soins palliatifs. Malheureusement, peu d'études s'intéressent à la population des médecins, comparativement aux aides-soignantes ou infirmières peut-être plus accessibles. Néanmoins, les rares analyses effectuées ne font pas consensus sur les cas d'épuisement professionnel pour les médecins exerçant en service de fin de vie (Fournier, 2004 ; Popa-Velea et al., 2019 ; Yoon et al., 2017). Fournier montre qu'il existe bel et bien un burn-out des médecins (2004), ce qui est aussi défendu par Popa-Velea et al. (2019). Pourtant, Yoon et al. (2017) réalisent des entretiens auprès de 1248 médecins travaillant en soins palliatifs. Ils trouvent que ces médecins ne souffrent pas de burn-out, car les professionnels ont une vocation pour s'occuper des patients en fin de vie.

Afin d'améliorer la prise en charge palliative, il serait judicieux de mieux comprendre le vécu et les conditions de travail des soignants, en particulier des médecins accompagnant les patients en fin de vie. En dressant un état des lieux des leviers et des freins relatifs à l'exercice des médecins, on pourra proposer, à terme, des dispositifs plus adéquats afin d'améliorer leur qualité de vie. Ceux-ci permettront de proposer une meilleure prise en charge de la fin de vie en globalité que ce soit dans le vécu du soignant ou du soigné (Dose et al., 2019 ; Dose et al., 2021). L'étude suivante s'appliquera à réaliser dans un premier temps une revue de la littérature. Cette dernière permettra de rendre compte des résultats des études majeures sur le sujet de la fin de vie, puis d'identifier les points moins étudiés afin de construire notre étude de terrain. Par la suite, nous nous appliquerons à mettre en place une étude qualitative à l'aide d'entretiens auprès de médecins. Ces entretiens se dérouleront à l'aide de la grille d'entretien développée par Dose et Desrumaux (2020). Cette grille aborde les thèmes du bien-être au travail, du climat de travail, de la gestion des émotions ainsi que de la connaissance du cadre juridique lié à la fin de vie. Les résultats seront traités par analyse qualitative du contenu afin d'extraire les verbatims des entretiens. Enfin, lors de la discussion, nous répondrons aux hypothèses posées, et évoquerons les points forts et les points de vigilance de l'étude.

3 La recherche Ac-SOIVie

Ce rapport s'inscrit dans le projet Ac-Soivie (Accompagnement-soignants-fin de Vie). Ce dernier mis en place depuis 2019 est co-porté par Madame Fantoni et Madame Saison affiliées au centre de recherche « Droits et perspective du droit ». Les coordinateurs de cette recherche sont : Saison, J., Fantoni, S., Desrumaux, P. et Dose, E. Ce projet régional vise à

évaluer auprès des professionnels de santé, les dispositifs d'accompagnement de la fin de vie existant, en interrogeant leur effectivité afin d'envisager les perspectives d'évolution et de perfectionnement. L'hypothèse des auteurs est que les conditions de travail des soignants empêchent souvent la possibilité de mettre en œuvre le droit positif faute de qualité du travail suffisante. Améliorer la qualité du travail permettrait de lever les freins à la mise en œuvre concrète des préconisations facilitant l'accompagnement des personnes en fin de vie. Depuis son lancement, plusieurs analyses ont déjà été réalisées auprès des aides-soignantes et des infirmières sur le plan qualitatif et quantitatif. Une journée d'étude a déjà eu lieu le 3 décembre 2019 pour présenter le cadre de cette étude. C'est dans ce cadre que nous avons poursuivi les analyses, notamment auprès des médecins, une population rare et peu disponible. Ce projet s'inscrit dans un protocole de recherche stricte. En effet, ce dernier a été soumis au comité d'éthique et de recherche de l'Université de Lille. De plus, la méthodologie utilisée suit scrupuleusement les recommandations du DPO (Data Protection Officier). Pour les entretiens, le consentement éclairé des participants est enregistré. Ces derniers sont libres de contacter un membre de l'équipe de recherche à tout moment. Enfin, les entretiens sont anonymisés et stockés sur des plateformes sécurisées. Le chercheur Éric Dose conservera un disque dur externe chiffré dans son bureau fermé à clef. Toutes les personnes qui collaborent sur ce projet sont tenues au secret professionnel.

4 Revue de la littérature : la fin de vie

En 2020, on recense en France 20.5 % de la population ayant plus de 65 ans (INSEE, 2020). Cette hausse est notamment due à l'augmentation de l'espérance de vie, qui est d'aujourd'hui d'environ 82 ans. Parmi cette population, certaines personnes âgées ne sont plus autonomes et doivent se faire hospitaliser ou vivre en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) (INSEE, 2020). Cela entraîne une augmentation de la demande de soins. Afin, de répondre à cette hausse de la démographie, les hôpitaux se sont vu être davantage sollicités. Les soignants ont dû modifier leurs pratiques afin de mieux répondre aux attentes des patients (Saison, 2021). Toutefois, les conditions de travail se voient altérées par cette demande grandissante, les établissements demandent une efficacité et une performance similaires à celles d'antan, tout en garantissant une bonne qualité de soins. Pourtant, la fonction hospitalière subit depuis plusieurs années une restriction budgétaire et une réorganisation de son fonctionnement. Le plan « Hôpital 2007 » a enclenché ces mesures.

Les premiers à subir ces conséquences sont les soignants. En effet, ce plan annonce la dégradation des conditions de travail des soignants et la qualité de soins prodigués (Belorgey, 2016 ; Vialatte, 2020). La crise sanitaire n'a fait qu'accélérer les dégradations, faisant émerger des risques psycho-sociaux chez les soignants (Vignaud & Prieto, 2020).

Plusieurs études mettent en évidence une prévalence d'épuisement professionnel élevée des médecins en soins palliatifs ou intensifs comparativement à d'autres services. L'étude de Parola et al., montre que les médecins ont des niveaux inférieurs d'accomplissement personnel (2017).

D'autre part, des études se sont efforcées à identifier les facteurs de cet épuisement professionnel. Cela peut être lié à une forte pression administrative. Le recensement des informations sur le suivi du patient augmente la charge de travail. Cependant, ces derniers ne sont pas formés à ces tâches (Patel et al., 2018). De plus, les médecins sont très souvent confrontés à la mort, à plus de responsabilités et à un plus grand engagement (Ilić et al., 2017). Ce travail de recherche permettra d'identifier au mieux les déterminants de la souffrance psychologique et du bien-être des médecins. Tout d'abord, il est important de définir les notions clé relatives à la fin de vie.

4.1 La fin de vie

La notion de fin de vie ne fait pas l'unanimité auprès des chercheurs. Ellenberg la définit comme étant « une personne dont l'espérance de vie est de moins de 6 mois ou personne admise en soins palliatifs » (2004, p.59). Plus récemment, Bernard et al. (2021) ont mené une étude quantitative en France auprès de 1500 soignants et non soignants pour faire émerger une définition. Les résultats montrent que pour la moitié, le critère temporel reste le plus important « une durée de vie de moins de 15 jours ». Pour l'autre moitié, le critère prédominant est l'évolution de la pathologie de l'individu concerné : « toute personne en phase avancée ou terminale d'une maladie grave et incurable ». Cette dernière est davantage en lien avec la définition des soins palliatifs. Cependant, les auteurs soulignent des limites à cette définition, car il serait compliqué d'individualiser et de rendre cette définition universelle. Les auteurs se demandent finalement si les autres pays ont aussi cette vision de la fin de vie : cette notion différerait-elle en fonction des cultures ? (Bernard et al., 2021).

La fin de vie se réfère également à une dimension juridique. La dernière loi rentrée en vigueur est la loi Cleys-Leonetti appliquée en 2016 (Légifrance, 2016). Elle fut créée pour encadrer « les rapports entre médecins et patients en fin de vie ». On comprend par cette

définition que la décision est remise aux médecins qui subissent une forte pression. Cette loi a deux objectifs. Elle souhaite limiter l'obstination déraisonnable et permettre aux médecins d'éviter les condamnations pénales en cas d'arrêt des traitements. Cette loi développe le droit subjectif, un principe par lequel, « toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité » (Légifrance, 2016, p 2)

Un autre droit est ajouté ; il s'agit de la demande de sédation profonde et continue, dispositif par lequel le patient est plongé dans un état d'inconscience indolore jusqu'au décès associé à un arrêt de tous les traitements. Ce droit n'est applicable que par demande et sous conditions d'une réunion collégiale d'une équipe pluridisciplinaire, puis, in fine, une prise de décision par le médecin. Le dernier droit concerne les directives anticipées en lien avec la désignation d'une personne de confiance. Les directives anticipées sont écrites par le patient, il s'agit de volontés qu'il exprime concernant sa prise en charge et sa fin de vie. Celles-ci s'imposent au médecin. Toutefois, la loi ajoute que le médecin doit aller à l'encontre de celles-ci en cas d'urgence vitale ou de manifestations inappropriées ou non conformes à la situation médicale (Thouvenin et al, 2017).

On constate que, malgré les droits et les législations mises en place, le médecin est toujours la dernière personne qui doit prendre la décision au-delà de la volonté du patient ou du rassemblement collégial. Cela peut entraîner une forte charge émotionnelle pouvant mener à une souffrance psychologique (Guillaume, 2016). En plus, la loi Kouchner de 2002 stipule que le médecin doit « tout mettre en œuvre pour convaincre d'accepter des soins indispensables » (Légifrance, 2002, p 8). Ces textes de loi peuvent à terme plonger le professionnel de santé dans un état de dissonance cognitive ou de conflit de valeur. D'autre part, la liberté du patient n'est pas totalement appliquée puisque celle-ci est conditionnée par l'avis du médecin (Guillaume, 2016).

4.1.1 Les soins palliatifs

Les soins palliatifs naissent dans les années 1970 au Royaume-Uni à la suite des expériences de Cicely Saunders qui deviendra la pionnière en la matière (Thominet, 2016). Ce mouvement émerge dix ans après en France, en réponse au contexte sociétal et démographique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en donne une définition plus

précise : « des soins de phase terminale, et s'appliquant à des patients qui ne répondent pas à une thérapie curative » (OMS, 1990, p 47). Cette définition est étendue plus tard aux maladies qui menacent la vie. Ainsi, les soins palliatifs s'élargissent à d'autres pathologies comme les maladies chroniques qui touchent de plus en plus d'individus entraînant une vision différente quant à son organisation ou sa philosophie (Frache et al., 2020). Les soins palliatifs ont animé des débats entre professionnels de différents champs : médical, paramédical, philosophique, psychologique, sociologique. Ces échanges permettent de prendre en compte la responsabilité de la médecine à l'égard du patient souffrant. Un accompagnement faciliterait le vécu de fin de vie (Berre, 2020). D'ailleurs, un colloque organisé par La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs se tient annuellement pour aborder ces notions en les confrontant aux enjeux sociétaux d'aujourd'hui. Finalement, les soins de fin de vie offrent aux patients et aux proches un soutien tout au long de la trajectoire de la maladie jusqu'au décès. Ce soutien comprend les services informationnels, physiques et psychologiques. L'accent est notamment mis sur le contrôle optimal des symptômes et l'importance de l'implication de la famille dans le suivi (Harasym et al., 2020). Toutefois, L'International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) a donné une nouvelle définition consensuelle internationalement des soins palliatifs : « Les soins palliatifs sont les soins holistiques actifs des personnes de tous âges présentant de graves souffrances liées à la santé dues à une maladie grave et en particulier des personnes en fin de vie. Il vise à améliorer la qualité de vie des patients, de leurs familles et de leurs soignants » (Radbruch et al., 2020) Cette dernière définition est la seule à prendre en compte la qualité de vie des soignants et ne s'intéressant pas exclusivement aux patients.

4.1.2 Impact de la prise en charge palliative sur les patients

On constate que la majorité des décès ont lieu à l'hôpital ou à l'EHPAD, d'où l'importance de mettre en place des soins relatifs à la fin de vie (Leblanc-Briot, 2014). Poulalhon et al., (2018) montrent que le recours aux soins palliatifs diminue avec l'avancée de l'âge à partir de 75 ans. On devine que la prescription de cette démarche est sous-estimée bien qu'utile. L'objectif de cette dernière est d'améliorer la qualité de vie des patients et des proches. Celle-ci doit être continue et se poursuivre au domicile du patient ou dans les différents établissements de soins (Berre, 2020). Malgré l'existence de ces dispositifs, seuls 7,3% des individus décédés en EHPAD âgés de 85 à 94 ans ont bénéficié de soins palliatifs durant l'année précédant leur mort (Poulalhon et al., 2018). Lors de cette phase particulière

qui constitue la fin de vie ou la maladie chronique, les patients peuvent se questionner sur leur priorité et le sens de la vie. Ce qu'exprime le patient est à considérer avec écoute, reconnaissance et respect (Rul & Carnevale, 2014). Les soins palliatifs n'ont pas pour seul but de soulager la douleur mais bien de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale, physique et affective du patient. C'est grâce à un soutien aux patients et à la famille par une équipe, que la qualité de vie peut s'améliorer, et dans certains cas, l'évolution positive de la maladie peut prolonger l'espérance de vie. Une intervention précoce s'avère être indispensable pour maximiser l'efficacité du dispositif. Ainsi, loin de l'imaginaire de tous, les soins palliatifs ne sont pas exclusivement utiles dans les derniers instants de vie (Kuyu, 2020).

4.1.3 Le rôle des soignants dans l'accompagnement de la fin de vie

Lors de son accompagnement vers la fin de vie, le patient est confronté à de nombreux acteurs. Cette interdisciplinarité n'est pas évidente à mettre en place, pourtant, elle est cruciale. Le patient ne va pas se confier de la même manière aux médecins qu'aux soignants. Une bonne communication entre les différents protagonistes du soin offre un suivi des soins et une meilleure qualité de vie (Coitout & Lavault, 2021). Ce travail de collaboration peut notamment être mis en place par la démarche palliative, développée par Colombat (2013). Il évoque une « dynamique participative » qui vise la cohésion de soignants ainsi que la prise en compte de leurs difficultés. Celle-ci se met en place par la création de différentes actions. Des staffs pluriprofessionnels donnent à chaque professionnel l'opportunité de s'exprimer sur les soins à prodiguer. Les axes d'amélioration peuvent aussi être évoqués lors de prise en charge a posteriori. De plus, des réunions de soutien aux équipes avec un psychologue peuvent parfois libérer le soignant de sa souffrance. La formation interne permet une équité entre tous les acteurs et favorise les échanges quant au contenu reçu. Enfin, cette démarche permet une meilleure prise en charge des patients tout en réduisant la détresse psychologique de soignants.

4.1.4 Les médecins confrontés à la fin de vie

Au cours de l'internat et de l'externat de médecine, les médecins en devenir sont amenés à prodiguer de soins palliatifs. Cependant, des lacunes concernent cette prise en charge spécifique. D'après l'étude de Kawaguchi et al., (2017) les internes en médecine manifestent de bonnes connaissances théoriques sur les soins palliatifs. Cependant, ils ne se sentent pas assez prêts dans la pratique. Ainsi, les entretiens ont révélé des axes

d'amélioration afin de rendre meilleur l'apprentissage de terrain. Parmi les préconisations, une meilleure communication, mais aussi un passage obligatoire par les modules de soins palliatifs seraient nécessaires pour garantir une prise en charge efficace.

Le rôle du médecin semble prépondérant dans l'accompagnement du patient ; il va notamment fixer les objectifs de la prise en charge en collaboration avec l'équipe paramédicale. Le médecin exerce davantage un travail de supervision, il n'est pas constamment au contact des patients comparativement aux aides-soignants ou aux infirmiers qui ont une relation privilégiée avec le patient. Ces derniers vont la plupart du temps prodiguer des soins du corps comme la toilette (Frache et al., 2020). Toutefois, le médecin reste le protagoniste qui a le dernier mot dans les décisions médicales notamment sur la question de la sédation profonde ou des directives anticipées. Ces prises de décisions lourdes peuvent provoquer une atteinte à leur qualité de vie au travail (Guillaume, 2016).

4.1.5 La relation soignant – soigné en fin de vie

Lors de la prise en charge palliative, la place du soignant est particulière. Ce dernier est exposé à la maladie grave et à la mort quotidiennement. L'accueil de la souffrance nécessite une adaptation permanente de la part du soignant (Robo, 2021).

Le soignant crée un lien fort avec le patient, un investissement psychologique s'est installé. Le patient peut aussi développer un attachement affectif vis-à-vis du soignant. Lors du décès, une souffrance peut exister (Hecquet & Nuytens, 2011). Les affects, bien qu'indispensables à une prise en charge bienveillante, peuvent aussi entraîner une souffrance. Ainsi, il est important de mettre en place une réflexion personnelle sur la vision de la mort et sur les mécanismes qui agissent dans la relation soignant-soigné, en interrogeant l'éthique et en partageant les expériences entre soignants (Hecquet & Nuytens, 2011). Le partage en équipes favorise l'analyse des mouvements affectifs de cette relation et prévient des potentiels transferts (Chemin-Sauque & Routens, 2019).

4.2 Le bien-être au travail

D'après l'OMS, la santé se définit « comme un état complet de bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (OMS, 1946, p 96). La santé psychologique peut se mesurer le plus souvent de manière bipolaire (Boudrias et al., 2011). La santé psychologique au travail dépend de facteurs liés au travail et de dispositions personnelles des individus. En effet, ce concept multidimensionnel

intègre des éléments organisationnels, psychosociaux et individuels (Leroy-Frémont et al., 2014). Plus tard, Guilbert et al. (2011) proposent un modèle du bien-être au travail adapté au monde du travail. Ils distinguent le bien-être général du bien-être psychologique. Ils mettent en exergue trois facteurs, le rapport envers soi par la sérénité, envers le travail en lui-même par l'engagement et enfin vis-à-vis de l'entourage par l'harmonie sociale (Dagenais-Desmarais & Savoie, 2012).

En outre, le bien-être est divisé en deux catégories (Dagenais-Desmarais & Savoie, 2012). Le bien-être eudémonique réfère à une dimension de réalisation de soi, et du sens que l'on donne à son existence (Deci & Ryan, 2008). Tandis que, le bien-être hédonique réfère au plaisir et plus particulièrement aux émotions. On parle davantage de bien-être subjectif (Diener, 2000). Ce bien-être subjectif est une expérience globale de réactions positives concernant la vie (Dose et al., 2021).

Le bien-être des salariés est essentiel au bon fonctionnement organisationnel, il permet une meilleure satisfaction et d'être plus autonome (Dose et al., 2017). De tout évidence, le bien-être et la qualité de vie au travail sont indissociables (Dose et al., 2021 ; Fantoni et al., 2021 ; Saison et al., 2020).

4.3 La qualité de vie et les conditions de travail

Même si certains auteurs soutiennent que la définition de la qualité de vie et des conditions de travail dépendrait du secteur d'activité, les auteurs s'accordent pour dire que la QVCT est un concept multidimensionnel associé à un état positif. La loi du 2 août 2021 a de nouveau légiféré afin de renforcer les plans de prévention en santé au travail dans les entreprises (Légifrance, 2021). Ce dernier accord national interprofessionnel met l'accent sur les actions mises en place par les service de prévention et de santé au travail. Cela passe notamment par un durcissement du DUERP (ANI, 2021, p 12).

Cependant, la QVCT serait subjective car elle dépend de l'expérience de l'individu, des attentes et de ses attitudes (Sutter, 2019). L'approche QVCT cherche surtout à identifier les facteurs pouvant améliorer le travail (Sauvezon et al., 2019). Les chercheurs identifient des facteurs subjectifs tels que le bien-être, la satisfaction et des facteurs structureaux comme la diversité au travail, la participation ou l'absentéisme (Burakova, 2014). Elle peut aussi se mesurer en termes de bien-être et de succès de carrière (Dose et al., 2019). En effet, la satisfaction au travail semble être un pilier de la qualité de vie au travail (Dose et al., 2021).

D'après Tavani et al., (2014) la QVCT est davantage perçue comme un objectif plutôt qu'une évaluation afin d'améliorer le bien-être des travailleurs et de leur environnement (Sutter, 2019).

4.4 La qualité de vie au travail des médecins

Peu de travaux se sont intéressés aux médecins ; notre étude cherche à identifier les facteurs pouvant améliorer ou altérer la QVCT de cette population. L'étude de Alcazar-Mor et al. (2019) s'est justement intéressée aux médecins. A l'aide d'une grille semi-directive, 20 entretiens ont été menés. Les auteurs font l'hypothèse que la QVCT peut être impactée par cinq grands facteurs : le facteur intrinsèque au travail, le rôle dans l'organisation, les perspectives de carrière, la structure organisationnelle, le climat au sein de l'organisation et les relations sociales au travail. À la suite d'une analyse manuelle des retranscriptions, 179 unités de sens ont pu être extraites. Celles-ci font alors référence au travail en équipe, à la communication, au rythme du travail, au statut professionnel, aux facteurs organisationnels et aux conditions matérielles. Le travail en équipe a un impact positif, il est cité dans 95 % des entretiens. Cependant, la communication entre les différents acteurs de soins et les services peut être mise à mal. Une analyse textuelle est réalisée par le logiciel Alceste confirmant les thèmes identifiés lors de la précédente analyse. Trois grandes catégories sont retenues ici ; le travail en équipe et la communication au travail soit 64 % des unités de sens. Par ailleurs, le rythme de travail concerne 20 % des unités de sens, puis le reste appartient au statut professionnel. Cette étude met en exergue le rôle des relations comme très important, tandis que la charge de travail semble impacter négativement leur QVCT. Malgré cela, les médecins sont en majorité satisfaits au travail. Ce bien-être au travail des médecins peut contribuer à une meilleure satisfaction des patients (Scheepers et al., 2015).

4.4.1 Les facteurs liés à l'activité de travail

Le contact avec les patients et les familles ainsi que le travail en équipe constituent les motifs principaux de satisfaction des médecins exerçant en soins palliatifs. En effet, l'étude de Harasym et al. (2020) réalisée aux Etats-Unis auprès de médecins en soins palliatifs montre que ces derniers mettent en place des stratégies de communication entre les médecins de famille et les proches quant à l'élaboration du plan de soins.

D'autre part, les soins palliatifs permettent la réflexion éthique, philosophique (Jacquemin, 2002). Les praticiens confrontent leurs expériences avec d'autres professionnels

en donnant du sens au travail. Cette particularité propre aux soins palliatifs remet au centre le patient. Ainsi, les médecins ont continuellement des réflexions autour de l'éthique sur leur pratique (de Bonnière et al. (2010).

Concernant les facteurs liés à l'activité de travail, certains médecins évoquent un glissement des tâches, notamment un brouillage du rôle à effectuer (West et al., 2018). Les tâches administratives reviennent dans plusieurs études, les tâches informatiques maximisent le temps de travail et peuvent provoquer un épuisement professionnel (Alcazar -Mor et al., 2019 ; de Bonnière et al., 2010 ; Van der Heijden et al., 2008 ; West et al., 2018). Plusieurs médecins rapportent des remarques relatives aux conditions matérielles. Depuis plusieurs années, l'outil informatique s'est démocratisé dans les établissements de santé, mis en place pour accélérer le suivi des patients et accéder plus facilement aux résultats ; il est pour une partie mal vu par le corps médical (Harasym et al., 2020). La lenteur des logiciels peu ergonomiques alourdit la charge de travail déjà pesante. De plus, certains évoquent que le matériel médical n'est pas efficient tout comme les locaux vétustes et trop petits, entravant la prise en charge par le manque de lits (Moreno-Milan et al., 2019 ; Harasym et al., 2020). La charge de travail « désigne un niveau de mobilisation du sujet pour accomplir une opération donnée ; selon ce niveau il est possible de parler de sous-charge – lorsque la mobilisation se révèle inférieure aux capacités de l'individu – ou de surcharge quand elle dépasse ses capacités » (Leduc, 2016, pp 79-84).

Cette dernière semble élevée pour une majorité de médecins, couplée à une forte sollicitation de la part de l'équipe médicale, des familles ou des patients. Ainsi, la plupart, allongent leur temps de travail afin de compléter leurs tâches. Cela peut parfois flouter les frontières entre vie privée et vie professionnelle, et limite le temps pour les activités personnelles (Alcazar -Mor et al., 2019).

L'erreur médicale est également une source de stress professionnel. Les erreurs médicales auto-évaluées sont associées à des symptômes dépressifs, à une diminution de la qualité de vie au travail. Effectivement, les erreurs médicales sont une préoccupation prépondérante des médecins car ces derniers sont fortement engagés dans la prise de décision (West et al., 2006).

4.4.2 Les facteurs organisationnels

Concernant l'organisation du travail, les jeunes médecins manifestent une autonomie satisfaisante dans la réalisation de leur tâche, pourtant leur prise de décision semble réduite et dépend davantage du chef de service (Alcazar-Mor et al., 2019).

Le travail en équipe semble être un facteur très important influant sur le bien être des médecins. De bonnes relations entre les médecins, les paramédicaux et la hiérarchie permettent aux médecins de s'épanouir davantage dans le travail. Le travail interdisciplinaire accentue cet effet protecteur de détresse au travail. Cela s'effectue notamment par l'organisation des staffs journaliers entre paramédicaux et médecins (Alcazar-Mor et al., 2019). Ces moments d'échanges permettent la transmission d'informations essentielles sur la prise en charge des patients. L'occasion pour chacun des acteurs du soin de donner son opinion et de renforcer la collaboration de tous (Estryn-Behar et al., 2012). Une équipe qui travaille en collaboration est caractérisée par une ambiance chaleureuse, de confiance et développe un sentiment d'appartenance plus important. L'esprit d'équipe est construit grâce à des objectifs communs, par lesquels chaque professionnel trouve sa place et utilise ses compétences pour contribuer au bien-être du patient (Vialatte, 2020).

Une communication interprofessionnelle insuffisante ne permet pas l'accompagnement palliatif dans certains cas. Ziehm et al. (2016) le montrent dans la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque. Ils ont notamment remarqué un manque de communication entre les différents corps de métier et le moment proposé pour administrer les soins palliatifs. La communication entre différents services peut parfois être compliquée et liée à des conflits entre équipes ou entre sites. Il en est de même pour l'administration, la plupart des médecins évoquent une communication inexistante avec leur *top management* comme si ces derniers étaient déconnectés de la réalité du terrain (Batt et al., 2010).

4.4.3 Les facteurs individuels

La plupart des médecins évoquent une satisfaction de travail haute grâce au développement des compétences (Alcaraz-Mor et al., 2018, 2019). Le fait de travailler en soins palliatifs et de contribuer à la qualité de vie et à une « bonne mort » aurait un effet protecteur de l'épuisement professionnel (Kamal et al., 2020). Les retours positifs des familles permettent aussi une valorisation du travail et un sentiment de bien-être (Badoul, 2017).

Le sens au travail est un des facteurs de protection du stress dans le domaine du travail. Ainsi, une meilleure compréhension du sens de celui-là permet de modifier l'interprétation quant aux situations critiques. D'autres auteurs pensent que le sens du travail joue un rôle médiateur entre le stress, les facteurs de protection personnels comme l'optimisme (Desrumaux et al., 2015) et l'estime de soi, ainsi que les variables comme la satisfaction de vivre, la croissance personnelle et la vitalité subjective. À terme, le sens du travail peut améliorer la qualité des soins prodigués (Moreno-Milan et al., 2019). Ces mêmes auteurs soulignent le rôle de l'engagement au travail comme modérateur du stress au travail.

Les relations entre soignants et famille sont souvent bonnes, même si parfois les médecins font face à l'agressivité de ces derniers (Moreno-Milan et al., 2019). Afin de pallier ces difficultés, les stratégies d'adaptation des médecins sont basées sur la recherche de soutien social, et la planification est axée sur les problèmes ainsi que la réévaluation positive (Aguilar & Huertas, 2015).

Les conflits de valeurs intègrent les risques psychosociaux, renvoyant à des conflits intérieurs répétitifs entre ce que le travail exige et le système de valeurs de l'individu (INRS, 2021). Au cours de sa carrière, le médecin peut être sollicité par des demandes qui vont à l'encontre de sa morale entraînant une détresse psychologique (Bataille & Virole, 2013).

Certains médecins font état d'une pression économique liée à des objectifs de rentabilité comme si la fonction hospitalière n'avait plus comme but premier le soin et le bien-être des patients mais des intérêts pécuniers (Belorgey, 2016).

Les médecins sont plus enclins à développer des conduites à risques comme la consommation de stupéfiants ou les idées suicidaires (Oreskovich et al., 2012 ; Van der Heijden et al., 2008). Effectivement, les femmes médecins sont plus à risque aux suicides comparativement à la population féminine tout venant (Center et al., 2003). L'étude de Badoul (2017) évoque pour certains médecins le sentiment d'inutilité. La hiérarchie a moins

de reconnaissance envers les services de soins palliatifs car ces derniers ne traitent pas de rétablissement. A terme, ce manque de reconnaissance peut impacter l'estime de soi et la qualité de vie au travail plus globalement (Houle, 2019).

D'autres médecins évoquent les croyances des familles dans la prise en charge palliative. D'après eux, les familles rencontrent des difficultés à accepter l'état dans lequel se trouve leur proche, comme si les traitements proposés permettaient une réhabilitation complète du patient. Les médecins trouvent alors difficile de contrarier ces croyances, par le manque de connaissances et les attentes parfois irréalistes des familles (Harasym et al., 2020).

Par ailleurs, les médecins montrent des difficultés à concilier vie personnelle et vie professionnelle, ce qui doublerait le risque d'épuisement professionnel. En effet, une grande part mentionne ne pas être satisfait de leur équilibre entre vie privée et vie personnelle particulièrement par leur charge de travail élevée (Shanafelt et al., 2012).

4.5 La détresse au travail

La détresse correspond à une sensation de mal-être agissant comme un indicateur d'une santé psychologique altérée (Bouterfas, 2014). D'après Siegrist (2002), la détresse apparaît lorsque l'individu perçoit un déséquilibre entre ses efforts et les récompenses. Les efforts peuvent être de différentes natures. Les efforts extrinsèques répondent aux contraintes de temps, de l'augmentation de la charge de travail. Les efforts intrinsèques traduisent les motivations liées au besoin de se dépasser, de contrôle. La récompense peut être pécuniaire, ou immatérielle comme la reconnaissance, la perspective de carrière (Chapelle, 2018).

Les quatre facteurs qui mesurent la détresse psychologique sont l'auto-dévalorisation, l'irritabilité/agressivité, l'anxiété, la dépression et le désengagement social (Desrumaux et al., 2015 ; Gilbert et al., 2011). L'épuisement professionnel est causé par un épuisement émotionnel, un sentiment de dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel (Maslach & Zimbardo, 1982). L'épuisement professionnel entraîne une absence quasi totale d'énergie, un désinvestissement dans la relation à autrui et une attitude négative et détachée dans laquelle l'autre est parfois traité comme un objet. Enfin, la perte de sens, d'accomplissement personnel et professionnel entraînent une diminution de la réalisation de soi. Ces trois facteurs sont mesurés par la Maslach Burnout Inventory's (MBI) (Maslach et al., 1997), outil largement utilisé dans la littérature.

La détresse psychologique au travail est connue chez les médecins. Elle est due à la charge de travail, à l'organisation du travail plus globale comme la gestion des ressources

humaines. Certains médecins révèlent des cas de harcèlement moral et sexuel au travail entraînant une forte détresse psychologique (Maranda, 2006).

Le burn-out chez les médecins est étudié par Truchot (2009) ; ce dernier a réalisé une étude sur l'épuisement professionnel auprès de 270 médecins généralistes. Il constate que 47,9 % déclare un épuisement professionnel élevé. Il confirme que la cause principale est l'inégale relation avec les patients entraînant de la détresse. De plus, les médecins en burn-out ont tendance à pratiquer des stratégies d'évitement comme le retrait psychologique. Ainsi, ils sont moins engagés auprès des patients non compliants (Trucho et al., 2011). Au-delà de la détresse psychologique, les médecins rapportent des affections physiques comme des troubles du sommeil, des palpitations (Blanchard et al., 2010).

Deux tendances antagonistes se dessinent ; une première selon laquelle les médecins exerçant dans les services de fin de vie souffrent du burn-out. La deuxième selon laquelle les médecins ne sont pas sujets à l'épuisement professionnel.

D'après plusieurs études réalisées dans le monde entier, l'épuisement professionnel chez les médecins en soins palliatifs varient entre 3 et 66% (Dijxhoorn et al., 2021 ; Le Ray-Landerin, 2016) ; les médecins font surtout preuve d'une baisse d'accomplissement personnel et de dépersonnalisation (Aguilar & Huertas, 2015 ; Ma et al., 2019 ; Mikalauskas et al., 2018 ; Parola et al., 2017 ; Wang et al., 2020). De plus, les médecins font face à des exigences émotionnelles et cognitives élevées (Ilić et al., 2017). Cependant, une étude souligne que les soins palliatifs sont une des spécialités dans laquelle l'épuisement professionnel est moindre pour les médecins comparativement aux aides-soignantes et aux infirmières (Grow et al., 2019). La formation reçue semble aussi jouer un rôle dans l'épuisement professionnel ; les individus les moins formés à l'accompagnement en fin de vie sont davantage en souffrance. (Kaur et al., 2018). Une enquête nationale a été effectuée sur 3600 anciens internes en médecine et indique que 85%, ont été confrontés au moins une fois à la fin de vie durant leur internat. Pour certains, cela a bouleversé leur projet professionnel affectant parfois leur état psychologique. Cette étude avait pour objectif de rendre compte de l'opinion des médecins par rapport à la loi Cleys-Leonneti. Plus de trois étudiants sur quatre disent ne pas avoir reçu de formations afin de gérer les situations de fin de vie, mais aimeraient y être préparés (Jouffroy et al., 2020).

D'autres études vont à l'inverse de ces conclusions, en effet l'épuisement professionnel est moindre pour les médecins en soins palliatifs (Estryn-Béhar, 2008). Cela est dû à une meilleure formation, à un cursus spécialisé et une meilleure gestion des émotions (Dréano-Hartz et al., 2016). Les médecins en soins palliatifs font état d'un score peu élevé en épuisement émotionnel, car le décès du patient n'est pas toujours considéré comme un échec de sa personne. Les médecins font preuve de compassion et se sont habitués à gérer les situations de fin de vie en développant un leadership compatissant (West et al., 2017). Ces praticiens sont davantage formés à la prise en charge de la douleur physique, mentale et spirituelle des patients les rendant plus familier avec leur propre souffrance (Granek & Buchman., 2019).

4.6 Le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique

4.6.1 Le soutien organisationnel perçu

Le soutien organisationnel perçu (SOP) se définit comme étant « les croyances générales des employés concernant la mesure dans laquelle l'organisation apprécie leurs contributions et se soucie de leur bien-être » (Eisenberg et al., 1986, p 501). Ces mêmes auteurs ont montré que les salariés qui perçoivent des efforts de la part de la hiérarchie, dans la prise en compte de leurs attentes, sont plus satisfaits au travail. Le SOP s'appuie également sur la théorie de l'échange social (Wayne et al., 1997). Cependant, la source du soutien est l'organisation dans sa globalité et non exclusivement le supérieur (Dose et al., 2019).

Plusieurs recherches ont mis en avant le rôle du SOP sur la satisfaction au travail et le bien-être (Eisenberg et al., 2001 ; Gillet et al., 2012). Une étude sur des infirmières en Jordanie a notamment montré que le SOP était le meilleur prédicteur de la satisfaction (Al-Hussami, 2008). L'étude de Labrague et De los Santos (2020) a examiné le lien entre SOP et anxiété chez 325 infirmières aux Philippines. Les infirmières qui percevaient un SOP plus élevé, étaient plus susceptibles de déclarer une moindre anxiété. Une autre étude réalisée dans les hôpitaux de Chypre a mis en avant l'importance du climat organisationnel positif pour renforcer le SOP. Cela passe par un environnement de confiance avec l'organisation, une communication ouverte et de la reconnaissance.

4.6.2 Le soutien social

Le soutien social est aussi une des ressources pour faire face aux exigences du travail. C'est d'ailleurs ce que Karasek et al. (1982) ont théorisé dans son modèle Job Demand Control Support. Le soutien social viendrait modérer l'impact direct et indirect de la demande psychologique et de la latitude décisionnelle (Karasek et al., 1990). Être inscrit dans un groupe de travail peut permettre aux travailleurs de faire face au stress. Ainsi, le soutien social peut réduire l'énergie mobilisée au travail (Payne et Fletcher, 1983).

Le soutien social permet aussi d'améliorer la performance au travail et de réduire le stress au travail. Ces résultats sont extraits d'une étude réalisée auprès de 303 infirmières des Etats-Unis, du Canada et du Royaume-Uni (AbuAlRub, 2004). Les résultats de l'étude de Ansmann et al. (2014), menée auprès de 3856 médecins en service de cancérologie, mettent quant à eux en exergue qu'un soutien social perçu augmente la qualité de la relation de soins entre le patient et le médecin. Ainsi, un environnement soutenant ne peut qu'améliorer la prise en charge et le bien-être des médecins.

4.6.3 L'approche LMX

Les relations interpersonnelles et leur qualité à susciter de nombreux questionnements, des modèles fondateurs ont pu alors voir le jour Graen (1976). Certains étant basés sur des concepts théoriques plus anciens comme la théorie des rôles et les travaux sur la théorie de l'échange social (Blau, 1964). De ce fait, les chercheurs se sont appliqués à développer des modèles théoriques afin de conceptualiser ces notions complexes qui structurent l'activité du travail. Un des premiers modèles apparaît dans les années 1970 en se centrant sur les relations entre superviseur avec son subordonné, sur la qualité des échanges qui existent entre eux (Vayre, 2019).

La théorie de l'échange leader-membre-exchange (LMX) fait référence à la qualité des échanges qui existent entre un leader, son subordonné et l'équipe qu'il supervise (Liden et al., 1997). Le soutien managérial perçu est aussi défini comme « les croyances générales des employés concernant la mesure dans laquelle l'organisation apprécie leurs contributions et se soucie de leur bien-être » (Eisenberger et al, 1986, p. 501).

Les échanges peuvent être de différentes natures, matérielles ou sociales. Dans le cas où la relation est de qualité, les échanges vont au-delà des aspects formels liés au contrat de travail. Par ailleurs, le supérieur influence la relation selon son leadership. Lorsqu'il mobilise

un leadership transformationnel, il sera plus à même de développer de bonnes relations avec son subordonné. Le leadership transformationnel est basé sur la croissance du personnel et de l'organisation. Un leader adoptant cette stratégie favorise l'innovation, l'esprit d'équipe, la performance, tout en se focalisant sur l'individu. Ce type de leadership est étudié dans le contexte hospitalier et les auteurs montrent qu'il est associé à la satisfaction au travail et à la motivation (Stuber et al., 2019). La personnalité du leader et son empathie à l'égard du travailleur peuvent aussi influencer la relation. D'après plusieurs travaux réalisés auprès du personnel médical, une bonne qualité des échanges LMX soutient la performance au travail, la satisfaction au travail et en général le bien-être au travail (Brunetto et al., 2013 ; Dose et al., 2019). En revanche, une relation de mauvaise qualité peut entraîner des conflits de rôles, un stress au travail et des intentions de départ (Stuber et al., 2019).

4.7 L'approche LMX appliquée au contexte hospitalier

L'étude de Dose et al., (2019) réalisée auprès des professionnels de santé met en exergue l'importance de l'approche LMX. En effet, les chercheurs se sont intéressés à l'effet médiateur du LMX sur le Bien-Être Psychologique au Travail (BEPT). L'étude montre que le Soutien Organisationnel Perçu (SOP) du leader augmente le BEPT. Une relation LMX de bonne qualité prédit un niveau de bien être élevé, notamment la confiance que le subordonné a envers son supérieur. Les auteurs ont prouvé que la qualité des échanges LMX ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle améliorent le bien-être psychologique au travail. Ainsi, ils préconisent un climat organisationnel basé sur les échanges personnalisés entre chaque soignant (Dose et al., 2019). Une étude de Lee (2019) menée en Corée du Sud sur le personnel hospitalier, avec cette approche, trouve un effet bénéfique à l'approche LMX, sur l'engagement organisationnel et les comportements de citoyenneté organisationnelle. Lorsqu'un leader prend une décision basée sur les valeurs morales et les communique aux subordonnés de façon authentique, la confiance envers le leader est augmentée. Ainsi, l'attachement à l'hôpital sera d'autant plus élevé. Finalement, les supérieurs hiérarchiques renforcent leur leadership basé sur l'harmonie d'équipe (Lee, 2019). Une autre étude coréenne sur les infirmières travaillant dans des services de gériatrie, révèle que le niveau de LMX peut réguler la satisfaction au travail et les comportements de citoyenneté organisationnelle. De plus, l'étude rapporte qu'une délégation des pouvoirs entraîne des répercussions positives et significatives sur les comportements de citoyenneté organisationnelle des infirmières. Rendre plus autonomes les équipes médicales permet de développer une meilleure satisfaction au

travail, le sens au travail mais aussi la confiance (Shin & Cho, 2018).

L'étude de Stuber et al. (2019) en Europe montre l'importance du leadership transformationnel et la qualité des échanges LMX en contexte hospitalier. Les dirigeants se sont toujours évalués plus transformationnels, tandis que le personnel les trouve moins transformationnels. Cette étude met en exergue qu'une mauvaise culture organisationnelle augmente la distance entre supérieur et subordonné (Stuber et al., 2019). A partir de ces études, on peut en déduire qu'adopter une posture bienveillante et de compréhension ne peut qu'améliorer la qualité de vie des soignants et des patients. Finalement le médecin peut avoir le double rôle, celui du superviseur à l'égard de l'équipe paramédicale et des internes, mais aussi être le subordonné par le cadre de santé ou sa hiérarchie plus globalement.

4.7.1 Ambiance et climat de travail chez les médecins

Le climat organisationnel peut largement être influencé par les comportements de leadership et de soutien social (Desrumaux & Gillet, 2016). Le climat organisationnel peut entraîner à lui seul l'épuisement professionnel. Effectivement, la façon dont les supérieurs fournissent un retour sur expérience, ou encadrent les médecins, peut occasionner des conséquences. L'étude de Shanafelt et al. (2015) montrent que les qualités de leadership des superviseurs ont un impact sur le bien-être des médecins. Il est important de former les superviseurs à des techniques de leadership ainsi que les médecins qui encadrent des équipes.

Les médecins peuvent aussi rencontrer des difficultés concernant la gestion des équipes, notamment par les personnalités fortes qui s'impliquent davantage. D'autres évoquent la gestion des « égos » à encadrer entre les équipes contribuant parfois à un climat de travail tendu (Badoul, 2017).

La communication en équipe ainsi que les transmissions permettent une fédération entre les différents acteurs de soins ; ainsi, un manque de cohésion peut provoquer une amotivation ou un surinvestissement chez les soignants. Cependant, cette participation à cette collectivité ne peut exister que par la reconnaissance. Celle-ci va renforcer le sentiment de sécurité et d'estime de soi ; à terme, les soignants pourront se réaffirmer et s'exprimer. En revanche, un manque ou une absence de reconnaissance provoque une altération de la dignité, diminuant alors la qualité de vie au travail des soignants. Si ces derniers sont impactés, ils sont incapables de prendre en compte les exigences émotionnelles auxquelles ils font face, et de

reconnaitre la souffrance chez autrui. Ainsi l'encadrement peut, par son management, participer à cette reconnaissance et à un climat organisationnel favorable (Colombat et al., 2012). Des managements plus ou moins appropriés existent afin de développer la QVCT des soignants (Dose et al., 2021). La démarche du management participatif s'est construite en réponse à tous les modes de management non-efficaces, voire dangereux pour la santé des travailleurs. D'après Colombat, (2012) les managements directifs et persuasifs sont sources de souffrance au travail. C'est pourquoi, l'auteur développe la démarche palliative. Ce concept repose sur la création d'espaces d'échange et de partage, dans lesquels tous les acteurs de soins vont communiquer, être à l'écoute, collaborer, afin de créer une dynamique d'améliorations des pratiques tout en augmentant l'efficacité des soins ainsi que l'implication de tous. La mise en place de ce management s'effectue par la formation en interne des professionnels. De plus, la démarche projet a pour objectif de soulever les dysfonctionnements et de proposer des améliorations par une réflexion collective pluridisciplinaire (Colombat et al., 2012). Malgré l'existence de ce type de management la plupart des établissements de santé ne mettent pas en place de management de ce type.

4.8 L'opinion des médecins sur les lois relatives à la fin de vie

Tout d'abord, la définition de la fin de vie est floue pour les médecins (Bernard et al., 2021). D'après l'étude qualitative de Coudert (2021), 14 médecins français ont été interrogés sur la définition de la fin de vie. Les résultats font ressortir une définition : la fin de vie est un concept subjectif défini comme « une prise de conscience de la finitude par le patient lui-même ». Selon les praticiens, elle peut ne pas avoir lieu, durer plus ou moins longtemps et survenir non-conjointement à la fin de vie « objective ». Des débats ont eu lieu à l'Assemblée Nationale en 2018 pour légiférer de nouveau sur la fin de vie (Saison, 2018). A la suite de ces débats, Saison et Fantoni ont rédigé un livre sur l'amélioration des patients en fin de vie (2021).

Afin de clarifier ces termes et débattre sur l'éthique et la déontologie des soins de fin de vie, des colloques et des journées animées par la Société Française d'Accompagnement des soins Palliatifs (SFAP) se déroulent depuis plusieurs années. Ces événements réunissent des médecins, des infirmiers, de psychologues mais aussi des philosophes qui réfléchissent ensemble aux enjeux que posent les soins palliatifs.

Le médecin doit respecter le serment d'Hippocrate ; il est également soumis à d'autres engagements comme le refus de l'euthanasie, laquelle reste illégale en France. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'adhésion à la démarche palliative qui donne une grande place au questionnement éthique (Ivanescu, 2021). A l'échelle internationale, L'IAHPC distingue sédation palliative et euthanasie. D'après eux, les médecins sont tenus de respecter le serment d'Hippocrate par lequel ils doivent préserver la vie des personnes. Ainsi, les pratiques d'euthanasie ou de suicide assisté sont incompatibles avec ce code. Cependant, l'association appuie sur le droit de refus de traitement des patients. Ce dernier doit être appliqué même s'il entraîne la mort du patient (LimaLiliana et al., 2017).

Les demandes de sédation profonde et continue peuvent plonger le soignant dans l'inconfort psychologique, et peut être vécu comme un échec relationnel (Guirimand et al., 2019). Dans le cas de l'arrêt de traitement ou de sa limitation, les médecins en soins palliatifs estiment que la réflexion concernant l'éthique joue un rôle dans leur prise de décision. Certains soulignent l'importance de la décision collégiale afin de limiter les décisions trop extrêmes comme l'obstination déraisonnable. De plus, les émotions sont fortement ressenties par les médecins ; certains remarquent que leur état physiologique et psychologique impactent leurs décisions quant à l'arrêt du traitement. Toutefois, les médecins pensent que les émotions se répercutent sur la pratique professionnelle mais non sur la prise de décision (Ondet et Poulet, 2020).

La loi Cleys-Leonneti de 2016 (Légifrance, 2016) provoque pour certains médecins une souffrance psychologique. Une enquête réalisée auprès de plusieurs médecins travaillant en soins palliatifs, avait pour objectif de recueillir leurs opinions relativement aux modifications de la loi, et notamment de la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Le chercheur a utilisé la méthode qualitative ; il constate que tous les médecins rencontrent des difficultés dans la prise de décision d'arrêt de traitement concernant les transfusions avec des conséquences parfois létales. Le médecin, malgré sa formation et un diplôme inter-universitaire (DIU) en soins palliatifs, ne se sent pas apte à accompagner la fin de vie. Un des médecins déplore la participation de ses confrères aux staffs éthiques qui permettent justement l'échange sur les patients et les difficultés cliniques rencontrées. D'autres médecins évoquent des obstacles à établir des relations de confiance avec des médecins d'autres spécialités, comme si leurs paroles valaient moins que celle de l'autre médecin. D'autre part, les demandes d'euthanasie des familles sont parfois insistantes, dans ce cas le médecin

rappelle les principes de la loi. Cette étude ne montre pas d'effet délétère de la loi sur la pratique des médecins qui pourraient la percevoir comme une injonction paradoxale (Badoul, 2017).

4.9 Problématique

La revue de la littérature nous a permis de relever les points de convergence et d'ambiguïté concernant l'exercice des médecins dans les services de fin de vie. Deux zones d'ombre se détachent de cette exploration. Dans un premier temps, l'épuisement professionnel ne semble pas atteindre tous les médecins. Dans un second temps, la loi française semble ne pas impacter tous les médecins de la même façon. Effectivement, pour certains, la loi Cleys-Leonneti de 2016 sur la sédation profonde et continue altère la prise de décision des médecins. Tandis que pour d'autres, celle-ci n'a pas de conséquences sur leur pratique. Néanmoins, toutes les études s'accordent pour dire que l'hôpital, plus particulièrement les soins de fin de vie, sont des services dans lesquels les risques psychosociaux peuvent impacter la qualité de vie et les conditions de travail des médecins. On peut se demander quels sont les freins et les leviers impactant la santé psychologique des médecins qui accompagnent des patients en fin de vie.

Les études montrent que les médecins ont de nombreuses tâches à réaliser que ce soit des diagnostics ou des tâches administratives (Alaczar -Mor et al., 2019 ; de Bonnière et al., 2010 ; Van der Heijden et al., 2008 ; West et al., 2018).

Hypothèse 1 : Les médecins font face à une forte charge de travail.

Cependant, malgré une forte charge de travail, les médecins sont peu confrontés à l'épuisement professionnel (Dréano-Hartz et al., 2018 ; Granek & Buchman., 2019 ; West et al., 2017). Cela pourrait être dû à une meilleure gestion des émotions (Ilić et al., 2017). Les formations complémentaires sur la fin de vie permettraient de contrer la détresse psychologique (Kaur et al., 2018).

Hypothèse 2 : Les médecins qui travaillent avec des patients en fin de vie ne sont pas en détresse au travail.

L'étude de la littérature a montré différents facteurs de protection quant à la qualité de vie au travail des médecins. La reconnaissance au travail est un des facteurs importants pour garantir une bonne santé psychologique (Colombat et al., 2012 ; Rul & Carnevale, 2014).

Les médecins ayant une forte reconnaissance au travail auront une meilleure santé psychologique. **Hypothèse 3** : Les médecins qui ressentent une reconnaissance au travail auront une meilleure santé psychologique.

Une bonne ambiance de travail ou un climat organisationnel favorable sont essentiels pour la santé psychologique des médecins (Coitout & Lavault, 2021 ; Harasym et al., 2020). **Hypothèse 4a** : La communication est un des facteurs clé dans le développement du bien être des médecins.

Les médecins évoquent le peu de communication qu'ils ont avec leur top management (Batt et al., 2010). A terme, cela peut impacter la qualité de vie au travail des praticiens (Ziehm et al., 2016). **Hypothèse 4b** : Les médecins ont peu de relations avec leur hiérarchie.

Les médecins qui font état d'une bonne communication entre les différents acteurs du soin s'épanouissent davantage. Ce travail interdisciplinaire aurait un effet protecteur vis-à-vis du stress professionnel (Estryn-Behar et al., 2012). **Hypothèse 4c** : Une bonne entente avec les équipes paramédicales allège la charge émotionnelle des médecins.

Les études montrent l'importance du leadership transformationnel dans les équipes de soins. En effet, lorsque le management est agressif ou directif il ne risque pas d'améliorer la qualité de vie au travail. **Hypothèse 5** : Un leadership se rapprochant du management participatif de Colombat (2012) en soins palliatifs améliore la qualité de vie au travail des médecins.

La connaissance du cadre juridique et des lois relatives à la fin de vie permet aux médecins des réflexions éthiques et déontologiques quant à la prise en charge palliative (Badoul, 2017 ; Ivanescu, 2021). **Hypothèse 6a** : Lorsque les médecins ont l'occasion de réfléchir sur les questions éthiques, cela protège leur santé psychologique. **Hypothèse 6b** : Les conditions de travail ne permettent pas toujours la mise en œuvre totale de la loi Cleys- Leonneti de 2016 (CNSVP, 2020).

4.10 Objectif de la recherche

Cette étude a pour objectif de rendre compte des conditions de travail des médecins œuvrant auprès des patients en fin de vie. En saisissant mieux leur vécu ainsi que leurs expériences de travail, cette recherche permettra d'éclaircir les zones d'ambiguïté quant à

l'accompagnement de la fin de vie et la mise en œuvre des lois dans la prise en charge des patients. Le rôle du médecin étant particulier au sein d'un service de soin, peu d'études se sont intéressées à cette population. Ainsi, l'étude consistera à analyser les discours des médecins sur différentes thématiques que sont : la santé psychologique, la détresse au travail, le climat organisationnel, les ressources personnelles, la charge de travail, la gestion des émotions et les connaissances du cadre juridique concernant la fin de vie. L'étude de ces variables donnera une meilleure compréhension des conditions de travail des médecins et notamment des difficultés qu'ils ont à suivre le cadre juridique relatif à la fin de vie.

5 Méthodologie de recherche

5.1 La méthode qualitative

La démarche qualitative a pour particularité d'appréhender globalement et directement le discours recueilli. Le projet Ac-SoiVie (Saison et al., 2020) s'applique à combiner les types de méthodologies. L'étude qualitative permet de comprendre les liens entre les caractéristiques des hôpitaux, des personnels soignants, de leur santé psychologique, des types de malades et les modes de fonctionnements organisationnels. Les aspects juridiques seront également pris en compte. L'étude qualitative s'inscrit dans un processus de compréhension plutôt que d'explication des causes (Imbert, 2010). La qualité de contenu recueilli surpasse la quantité des analyses statistiques, c'est pourquoi on trouve la plupart du temps de petits échantillons interrogés. Dans le cadre du soin palliatif, le recueil de discours permet de mieux saisir les sujets d'éthique et de vécu de l'expérience du travail (Rul & Carnevale, 2014). La démarche qualitative permet aussi d'aborder des sujets parfois délicats. Effectivement, la confiance établie entre les deux protagonistes crée une atmosphère propice aux informations plus personnelles comparativement à un questionnaire qui recensera davantage les ressentis à un instant donné sans émotion. Toutefois, l'idéal est de combiner cette méthodologie au processus quantitatif pour comprendre la globalité du sujet traité. Dans le contexte de soins de cette étude, il paraissait pertinent de faire appel à la méthode qualitative. La recherche qualitative donne lieu à des rencontres, et en quelque sorte à une reconnaissance du métier étudié, ici les médecins. En effet, elle révèle les sujets qui peuvent paraître insignifiants mais qui font le quotidien des professionnels de soins (Rul & Carnevale, 2014).

5.2 L'entretien semi-directif

La méthode semi-directive était le type d'entretien le plus répandu en recherche ; l'objectif était de saisir les comportements, les pratiques, les perceptions des individus en lien avec la question de recherche posée, ici la santé psychologique des médecins œuvrant auprès des patients en fin de vie (Imbert, 2010). L'entretien semi-directif donne plus de flexibilité que l'entretien directif. Il permettait de collecter des informations riches. L'entretien semi-directif utilisait un discours qui aborde différents thèmes, lesquels sont des repères pour l'intervieweur. Ce type d'entretien permettait de recueillir des informations de bonne qualité car un cadre est posé. L'interviewé était guidé par des questions mais il peut aborder des thématiques proches de ce cadre qui complétaient les questions plus orientées. Les thématiques clés étaient abordées, ce qui permet au chercheur d'étudier des variables précises (Imbert, 2010).

5.3 Participants

Le projet sur l'Accompagnement des soignants de patients en fin de vie (Saison et al., 2020) a essayé grâce aux méthodes quantitatives et qualitatives de rendre compte globalement des conditions de travail des acteurs de soins. Les années précédentes, des recherches ont été menées auprès des infirmières et des aides-soignantes (Dose et al., 2021 ; Gocel-Chalte, 2021). Cependant, comme la littérature le montre (West et al., 2018), des manquements à l'égard des médecins empêchaient une bonne compréhension de leur expérience de travail auprès des personnes en fin de vie. Nous avons centré ce travail d'étude et de recherche sur les médecins. Nous avons restreint le champ aux médecins travaillant auprès de personnes en fin de vie dans les Hauts-de-France. On pouvait trouver ces médecins dans les Unités de Soins Palliatifs (USP) dans ces même unités mobiles (UMSP), dans les EHPAD ou dans d'autres services comme la gériatrie, l'oncologie, la gérontologie

5.4 Recrutement des participants

Dans le cadre du projet Ac-SOIVie, les membres assignés au projet avaient rédigé une lettre d'information à destination de toutes les directions des établissements de santé des Hauts-de-France. Cette lettre présentait les objectifs de la recherche mais également le cadre éthique. Elle permettait d'aborder les structures de santé avec un projet solide et la preuve d'une étude sérieuse et encadrée. Concernant la recherche de participants, elle s'était divisée en quatre étapes :

Dans un premier temps, nous avons parlé du projet dans l'entourage (camarades de classe, amis et famille). Ces contacts précieux permettaient de décrocher plusieurs entretiens.

Dans un deuxième temps, nous avons ciblé les réseaux sociaux, notamment LinkedIn. En créant et postant un visuel attrayant et clair sur la recherche (Annexe 1), cette démarche permettait de faire connaître le projet Ac-SOIVie, tout en suscitant l'intérêt de certains médecins qui pouvaient se porter volontaires pour participer à l'étude.

Dans un troisième temps, l'envoi de mails directement aux secrétariats et aux directions des hôpitaux. Les mails étaient constitués de la lettre d'information à destination des directeurs des structures et d'une autre lettre d'information spécialement conçue pour les entretiens. Cette dernière permettait d'ancrer la demande en précisant la population ciblée, mes coordonnées étaient inscrites à la suite pour que les médecins puissent me contacter (Annexe 2).

Enfin, nous avons contacter directement les médecins grâce à une plateforme qui répertoriait tous les professionnels impliqués dans la recherche sur la fin de vie. Ce site national m'a permis de décrocher plusieurs professionnels très intéressé par l'étude. Leur intérêt a permis des échanges riches et volontaires.

5.5 Matériel

Les entretiens ont été mené grâce à la construction d'une grille d'entretien semi-structurée (Fantoni et al., 2019). Celle-ci était constituée de différents types de questions. Les thématiques abordées étaient élaborées grâce à la revue de la littérature et aux interrogations que soulevait le projet. La grille des entretiens était commune à toutes les professions. Cette grille abordait le bien-être au travail, la détresse au travail, le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchie. On trouve aussi des questions sur l'ambiance et le climat de travail, les ressources personnelles, la charge de travail, les formations reçues, la gestion des émotions. Enfin la dernière partie concerne les connaissances du cadre juridique et ses modalités de mise en œuvre.

On retrouve des questions fermées, les réponses attendues sont claires et ne pouvaient pas toujours être développées : « Avez-vous des ateliers sur la gestion des émotions ? ». La grille contenait également des questions semis-directives, les questions étaient orientées sur un domaine, par exemple la charge de travail, la réponse attendue peut être étayée : « Qu'est-

ce qui vous rend heureux/heureuse au travail ? ». Ces questions permettaient le recueil d'informations précises dans un domaine, tout en laissant la liberté du participant de donner plus de détails sur son expérience.

Enfin, la grille d'entretien contenait des questions ouvertes évaluatives : « Que pensez-vous de l'obstination déraisonnable ? ». Ces questions plus générales interrogeaient l'opinion du sujet, la réponse attendue est assez libre. Ce style de question demande au chercheur de bien maîtriser la technique d'entretien. En effet, grâce aux relances et aux reformulations, il poussait l'interviewé à donner un maximum d'informations en rendant le plus limpide possible son propos. Ces questions pouvaient être très riches et donner beaucoup d'informations. Toutefois, le participant pouvait dériver du sujet ; dans ce cas, il était de la mission de l'intervieweur de le recadrer pour le ramener sur le sujet abordé.

5.6 Déroutement des entretiens

L'entretien débutait par la lecture de la lettre d'informations relatives aux modalités de l'entretien. Elle permettait justement de poser le cadre de l'entretien et d'informer le participant sur les modalités. Nous insistions sur le caractère anonyme et confidentiel des entretiens. De plus, le professionnel participait volontairement et pouvait à tout moment interrompre l'entrevue sans donner de justification. Enfin, la lecture était clôturée par le recueil du consentement quant à l'enregistrement de l'entretien.

Afin de garantir un total anonymat et de respecter le comité d'éthique, les enregistrements pouvaient être effectués de deux façons : d'une part, en présentiel par le téléphone portable en mode avion avec un logiciel d'enregistrement audio ; d'autre part, en visioconférence avec les logiciels Framatalk et Audacity. Ces derniers ne permettaient pas la rétention d'informations en protégeant les contenus. Les données étaient ensuite stockées sur des disques durs sécurisés ou des cloud cryptés (Saison et al., 2020).

Une fois les modalités de l'entretien établies pour les deux parties, l'entretien pouvait débuter. Il se déroulait selon le guide d'entretien. Les questions étaient énoncées une à une. Enfin, une fois que toutes les questions de la grille étaient terminées, le participant avait la possibilité de rajouter des éléments concernant la passation ou le projet plus globalement. La dernière étape consistait à recueillir les données socio-démographiques. Enfin, l'entretien se terminait par des remerciements au participant pour son implication.

Les entretiens se déroulaient directement dans les structures des participants ou en visioconférence. L'entrevue débutait par une présentation de l'interviewé, puis par une présentation plus globale du projet Ac-Soivie. Le professionnel était aussi invité à se présenter afin de créer une alliance de confiance par laquelle l'intervieweur accordait de l'intérêt au métier du professionnel.

Durant le déroulement des entretiens, la posture de l'intervieweur était très importante. En effet, ce dernier va guider l'entrevue. L'utilisation des silences permet l'établissement de la relation de confiance entre les deux parties. Les silences étaient essentiels dans l'entretien, afin de respecter le temps de réflexion du participant. En l'interrompant, il risquait de moins étayer ses réponses et parfois de passer à côté d'informations cruciales. A force, un non-respect des silences entravait la relation de confiance avec l'intervieweur (Chevalier & Meyer, 2018).

La compréhension et l'écoute étaient les deux qualités contribuant à la relation de

confiance. Lors des entretiens semi-directifs, en étant empathique, on se mettait à la place du sujet pour s'immerger dans son monde subjectif (Rogers et al., 2009). En aucun cas, il n'était toléré de juger les propos tenus ou de les ponctuer de nos opinions. L'intervieweur se doit de rester authentique, de saisir les paroles de l'autre et de s'y adapter tout en restant lui-même et curieux (Mucchielli Roger, 2016). Afin de respecter ces deux qualités, le chercheur devait être totalement disponible que ce soit mentalement mais aussi temporellement. Aucune pression ne devait peser sur la passation pour que celle-ci se déroule le plus spontanément possible (Chevalier & Meyer, 2018).

Les reformulations étaient aussi très importantes pour mener à bien l'entretien et soulever les points d'ambiguïté du participant. Elles permettaient de résumer le discours du participant en évitant les omissions. Souvent, les reformulations donnaient naissance à d'autres détails. Elles témoignaient également de l'écoute réelle que l'on donnait à l'interviewé (Chevalier & Meyer, 2018).

6 Analyse qualitative

6.1 Définitions

L'analyse qualitative a longtemps été considéré comme une méthode non scientifique. Depuis 20 ans, les chercheurs se sont efforcés de montrer le caractère fiable de ce type d'analyse. C'est pourquoi, aujourd'hui l'analyse qualitative trouve pleinement sa place dans la littérature (Cipriani, 2009). L'analyse qualitative est caractérisée par le recueil de données « riches » comme des entretiens par exemple. L'analyse consiste à visualiser les données obtenues puis à les réduire en catégorie afin d'en tirer une interprétation (Paillé & Mucchielli, 2016).

L'objectif de l'analyse qualitative est de donner du sens à des phénomènes sociaux complexes (Mukamurera et al., 2006). Il est important de distinguer les données qualitatives qui peuvent être les entretiens de l'analyse qualitative. En effet, les données peuvent être analysées de manière qualitative ou quantitative.

6.2 Processus l'analyse qualitative

L'analyse qualitative répond à plusieurs étapes. Une fois le recueil effectué, le chercheur se retrouve face à une masse de données. Dans un premier temps, il doit s'appuyer

sur une référence théorique, d'où la réalisation d'une revue de la littérature. D'autres balises peuvent être positionnées comme le type d'analyse entreprise (thématique, de contenu), puis le niveau d'analyse souhaité (Mukamurera et al., 2006). C'est d'ailleurs Intissar et Rabeb qui ont réalisés une méta-analyse sur l'analyse qualitative qui nous montre les différents types d'analyses qui existent et les étapes correspondantes (2015).

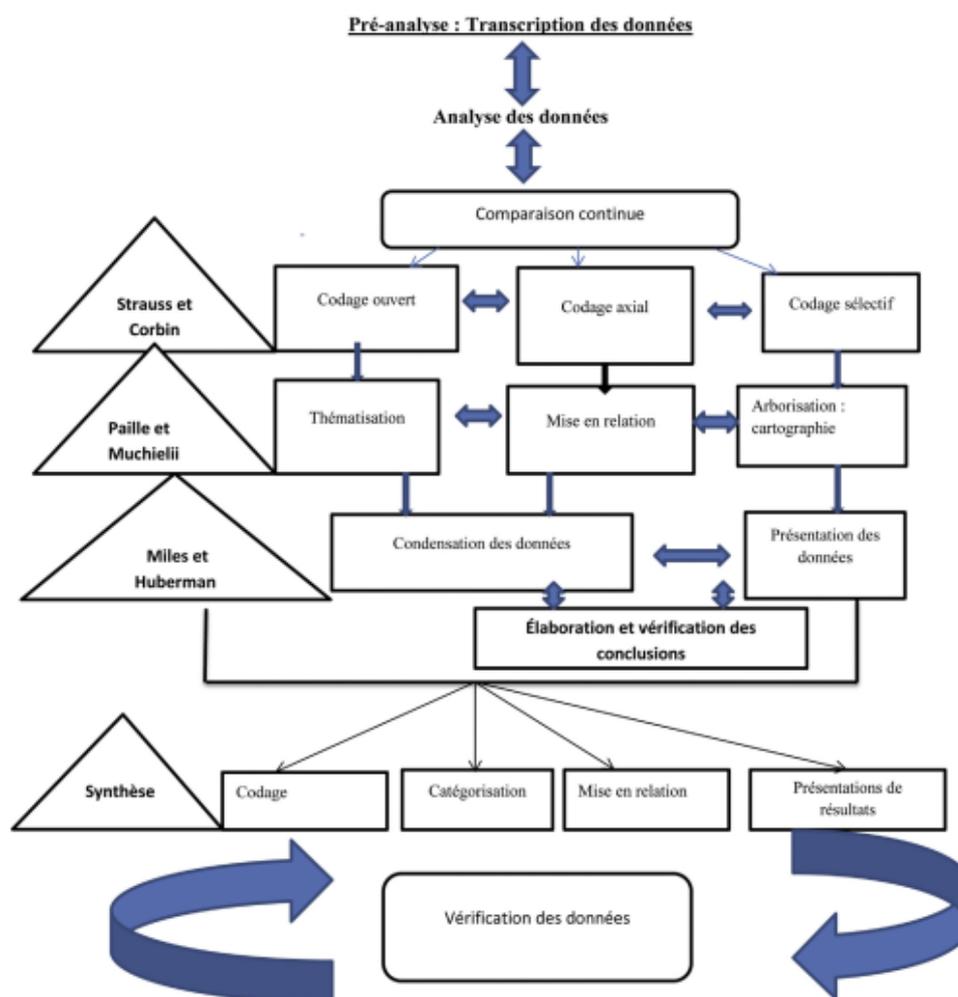


Figure 1: schéma de synthèse de méthodes d'analyse qualitative de données de trois méthodes : Strauss et Corbin (1998) ; Paillé et Muchielli (2008) et Miles et Huberman (2003) ; Miles et al. (2014). (Intissar & Raheb, 2015)

6.3 L'analyse thématique

Nous nous sommes appuyés sur l'analyse thématique de Paillé et Muchielli afin de traiter les données recueillies (2021). Ce type d'analyse vise à réduire le nombre de données

grâce à la thématisation. Cette analyse est accessible aux jeunes chercheurs et permet de constater rapidement si les hypothèses étudiées sont validées.

Le chercheur débute par une lecture du corpus. Ce dernier est constitué de l'ensemble des retranscriptions. Ensuite, il s'agit d'attribuer des thèmes en lien avec le matériel recueilli. En utilisant de courtes expressions (thèmes), le chercheur va regrouper les données. Plusieurs supports peuvent être utilisés afin de réaliser cette étape. Nous avons fait le choix du support informatique. En effet, les retranscriptions étant informatiques, la thématisation s'est faite à l'aide du logiciel Word. Par la suite, nous avons utilisé la thématisation continue. Il s'agit d'identifier les thèmes et simultanément, de réaliser des arbres des causes. Une fois le cadre de l'analyse posé, la thématisation peut débuter. Le choix des thèmes utilisés peut être complexe. C'est pourquoi il est indispensable de procéder à plusieurs lectures flottantes avant de commencer à synthétiser les données. Ces lectures vont permettre d'identifier les thématiques présentes dans le discours des participants. Par la suite, des unités de signification vont se dégager de ces lectures. Elles désignent une phrase ou un ensemble de phrases liées à un même sujet. Après plusieurs lectures, des fusions entre thèmes vont pouvoir avoir lieu. La nomination du thème doit être en lien avec la théorie et la question posée. Il est parfois difficile de résumer une idée en un mot. C'est pourquoi, le chercheur doit être vigilant aux répétitions et aux thèmes que l'on pourrait confondre. Enfin, en parallèle, nous construisons l'arbre thématique. Ce dernier, représente de façon schématique les thèmes identifiés. Il permet de mieux cerner les liens entre les notions abordées. Enfin, une fois les thèmes identifiés et les arbres des causes construits, le chercheur peut interpréter les résultats. Enfin, il pourra valider ou non ses hypothèses.

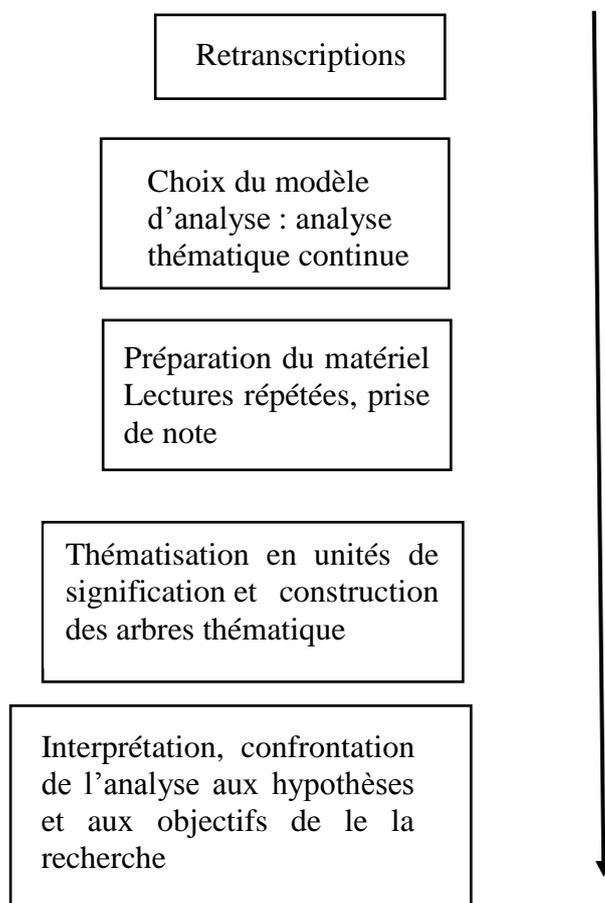


Figure 2 : Schéma des étapes de l'analyse thématique d'après Paillé et Mucchielli (2021).

7 Résultats

7.1 Analyse descriptive

Les entretiens ont été menés auprès de 11 médecins. Quatre entretiens m'ont été transmis, ils furent réalisés par d'autres étudiants entre 2019 et 2020. Les analyses ont alors eu lieu avec 16 médecins : 10 femmes (62.5 %) et 6 hommes (37.5%). 62.5 % des praticiens travaillent au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (n=10). Les médecins sont surtout issus des unités de soins palliatifs (43.75 %) et de gériatrie (25 %). L'âge moyen des participants est de 42 ans. En moyenne, les médecins interrogés ont 17 ans d'expérience globalement et 8 ans dans le service où ils sont. Les médecins travaillent environ 48 heures par semaine. Ils sont 68,75% à travailler à temps plein et 31,25 % à temps partiel. Ils encadrent en moyenne 5 personnes chacun. 87, 5 % des médecins travaillent la journée, seulement 12, 5 % cumulent un travail de jour et de nuit. Les médecins interrogés travaillent dans services de 30 lits en moyenne. 25 % des praticiens exercent dans des services avec des lits identifiés hôpital de jour. Enfin, pour le nombre de lits dans le service, les équipes sont en moyenne constituées de 27 personnes.

<i>Codage</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Lieu d'exercice</i>
Med_F_38_CHU_G	F	38	CHU-gériatrie
Med_F_41_CHU_Réa	F	41	CHU-Réanimation
Med_F_52_CHU_G	F	52	GU-gériatrie
Med_F_53_CHU_SSRP	F	53	CHU- soin de suite et de réadaptation palliatif
Med_F_54_CHU_EHPAD-CJ	F	54	CHU-EHPAD, court séjour
Med_F_55_CHU_USP-UMSP	F	55	CHU-Unité de soins palliatifs
Med_F_61_CHU_SLA	F	'61	CHU- Centre maladie rare : sclérose latérale amyotrophique
Med_F_38_CHU_GA	F	.38	CHU-gériatrie
Med_H_46_CHG_USP-UMSP	H	46	CHG- Unité de soins palliatifs/mobile
Med_39_CHU_USP-UMSP	H	39	CHU- Unité de soins palliatifs/mobile
Med_H_42_CHU_GA	H	42	CHU-Gériatrie Aigue
Med_F_31_EHPAD	F	31	EHPAD
Med_F_32_CHR_USP	F	32	CHR-Unité de soins palliatifs
Med_F_53_CHR_USP	F	53	CHR-Unité soins palliatifs
Med_F_56_CH_USP	F	56	CH-Unité soins palliatifs
Med_H_34_CHR_USP	H	34	CHR-Unité soins palliatifs

7.2 Analyse thématique

7.2.1 Bien-être psychologique

La grille d'entretien comprend deux questions sur le bien-être psychologique au travail des médecins.

7.2.1.1 Facteurs liés à l'activité de travail

Ce qui rend heureux la plupart des médecins (81.25 %) est la relation avec la patient et la famille. En effet, l'accompagnement des patients mais aussi leur diagnostic leur apporte du bien-être. Ces derniers sont sensibles au soulagement de la souffrance des patients. Les praticiens appuient également sur l'importance du vécu du patient.

Med_F_52_CHU_G	<i>« D'accompagner les personnes âgées avec toute leur maladie au quotidien de les soigner que les soins soient curatifs où palliatifs dans de bonnes conditions en les respectant, en respectant leur dignité et en respectant les valeurs »</i>
Med_F_53_CHU_SSRP	<i>« Quand on arrive à bien apaiser le patient, a travaillé avec lui sur ses objectifs de fin de vie, de bien accompagner la famille. Les choses se font de façon paisibles »</i>
Med_F_55_CHU_USP-UMSP	<i>« Et puis quand on arrive à apporter du bien être au patient parce que moi ma pratique elle est centrée sur le confort du patient donc quand on arrive à soulager un patient ça c'est une petite victoire, ça fait du bien »</i>
	<i>« La bonne prise en charge des patients, un patient qui est soulagé, qui est pris en charge de façon optimale ».</i>
Med_F_53_CHR	<i>« Quand on obtient ce soulagement, c'est le bénéfice que l'on a, ça c'est vis à vis des patient. Vis-à-vis des familles quand on sent qu'on a été aidant vis-à-vis des familles et que les familles sont apaisées, souriantes, nous dit « merci », on rentre chez soit en ce disant qu'on sait pourquoi on fait ce métier »</i>

La compétence technique et la scientificité des actes médicaux semblent aussi être un des facteurs de bien-être pour les médecins (31.25 %). Certains, insistent sur le caractère scientifique des recommandations. Le travail intellectuel permet aux médecins d'être épanoui au travail. C'est notamment le travail de réflexion sur l'éthique qui nourrit la pratique des professionnels.

Med_F_38_CHU_G	<i>« Ce que j'aime personnellement c'est quand c'est vraiment scientifique et que j'applique des recommandations bien établies et qu'il y ait un travail de réflexion, un travail intellectuel sur le cas de chaque patient ».</i>
Med_F_31_EPHAD	<i>« ce qui m'apporte du bien-être au travail c'est la satisfaction intellectuelle (avoir la compétence : le savoir et le savoir-faire) de voir qu'il y a des choses qui fonctionnent dans ce qu'on met en place ou en œuvre »</i>
Med_F_38_CHU_G	<i>« Le fait que ça soit encadré par la loi, exactement donc c'est un facteur qui permet de mieux bien s'épanouir et de dire qu'il y a des chercheurs qui ont étudié toute cette notion toutes ces pathologies pour nous et qui nous donnent les outils qui ont trouvé qu'ils ont trouvé le mieux pour cette pathologie »</i>

La variété des tâches est un facteur de bien-être pour les médecins (18.75%). Plusieurs praticiens cumulent une activité de soin et une activité de recherche et/ou d'enseignement. Cette absence de routine les stimule davantage au quotidien. Cela leur permet de développer de nouvelles compétences qui peuvent ensuite réutiliser sur le terrain. Ces activités parallèles les soulagent émotionnellement car ils ne sont plus uniquement en lien avec la souffrance d'autrui. Les médecins évoquent la mise en place de différents projets stimulants.

Med_F_55_CHU_USP-UMSP	<i>« Ce qui me fait du bien aussi c'est quand mon travail ne tourne pas uniquement autour de la clinique moi j'aime bien faire de la recherche j'aime bien faire de l'enseignement et qu'il y a des périodes comme ça ou il y a une variation on va dire dans l'occupation et que tous ça se goupille bien »</i>
Med_H_39_USP_UMSP	<i>« Une activité d'enseignement auprès des soignants de l'hôpital et puis auprès d'autres soignants dans le cadre de diplôme universitaire voilà et puis aussi de participer à des activités de recherche c'est aussi stimulant et intéressante »</i>

7.2.1.2 Facteur organisationnel

Dix médecins trouvent que le travail en équipe permet de les rendre heureux au travail (62.5 %). C'est surtout le travail en équipe interdisciplinaire qui semble important à leurs yeux. En travaillant avec des médicaux et des paramédicaux, les praticiens apprennent des compétences de chacun pour mieux accompagner les patients. En effet, chaque professionnel a son expertise ce qui est utile à la prise en charge des patients. Le fait de partager les mêmes objectifs et la même vision des soins palliatifs est essentiel pour mener des projets à bien.

Med_F_52_CHU_G	<i>« La relation avec l'équipe soignante ça me rend heureuse »</i>
Med_F_55_CHU_USP-UMSP	<i>« C'est quand l'équipe fonctionne bien ensemble, que on est mobilisé tous de la même façon on va dans la même direction ensemble on a des temps de de partage ensemble autour des patients et d'ailleurs pas forcément autour des patients des fois ça peut être des discussions autres. Ça fait du bien aussi parce qu'on se sent en phase quoi, ce qui ne va pas de soi »</i>
Med_H_39_USP_UMSP	<i>« Le travail en équipe, je pense qui est surtout source satisfaction alors surtout que en soins palliatifs on a la chance de travailler en équipe interdisciplinaire avec à la fois d'autres médecins les infirmiers et aussi psychologues kiné parfois arthérapeute sociaux esthétique enfin voilà un panel qui sort un peu de la médecine technique »</i>

Au-delà du travail en équipe, plusieurs médecins relèvent une forte culture dans les

services de soins palliatifs (25%). Ces derniers constatent une forte solidarité et des objectifs communs. En effet, cette discipline n'a pas pour but le rétablissement du patient mais plutôt son accompagnement et la compréhension de son vécu en tant qu'individu. Ainsi, les médecins travaillant en soins palliatifs se sentent un peu à part de la médecine traditionnelle qui cherche surtout la guérison du patient et non son accompagnement.

Med_F_53_	<i>« Ce qui me rend heureuse c'est quand on arrive à bien faire le travail c'est à dire que on a l'impression que notre type de prise en charge change les choses par rapport à d'autres patients en fin de vie qui seraient pris en charge dans d'autres services »</i>
Med_F_55	<i>« dans l'acculturation des soins palliatifs parce que ça c'est une de nos missions ou en tant qu' équipes mobiles il y a 10 ans il y avait des services dans lesquelles on n'allait jamais »</i>

7.2.1.3 Facteur individuel

Le sentiment d'utilité est aussi un facteur de bien-être pour les salariés (18.75%). Ce sentiment se manifeste par le soulagement du patient et la reconnaissance de ce dernier et de ses proches.

Les formations reçues contribuent aussi au bien-être des médecins (18.75%). D'après eux, leur cursus universitaire est primordial dans la prise charge des patients. C'est pourquoi, la majorité des professionnels ont reçu des formations complémentaires comme des DU ou DIU en soins palliatifs leur apportant des savoirs complémentaires indispensables à leur pratique.

Enfin, l'équilibre entre la vie personnelle et vie professionnelle est un facteur important pour le bien-être psychologique (18.75%). Un bon équilibre permet alors une meilleure récupération et une compartimentation des émotions qui ne viennent pas interférer dans les moments personnels.

Med_F_54_	<i>« Sentir que je suis utile »</i>
Med_H_39_	<i>« le temps et la possibilité d'avoir un réel équilibre entre la vie personnelle et professionnelle ».</i>
Med_F_53_	<i>« D'avoir un certain niveau de formation qui permet de faire les choses en sachant que c'est la meilleure chose à faire »</i>

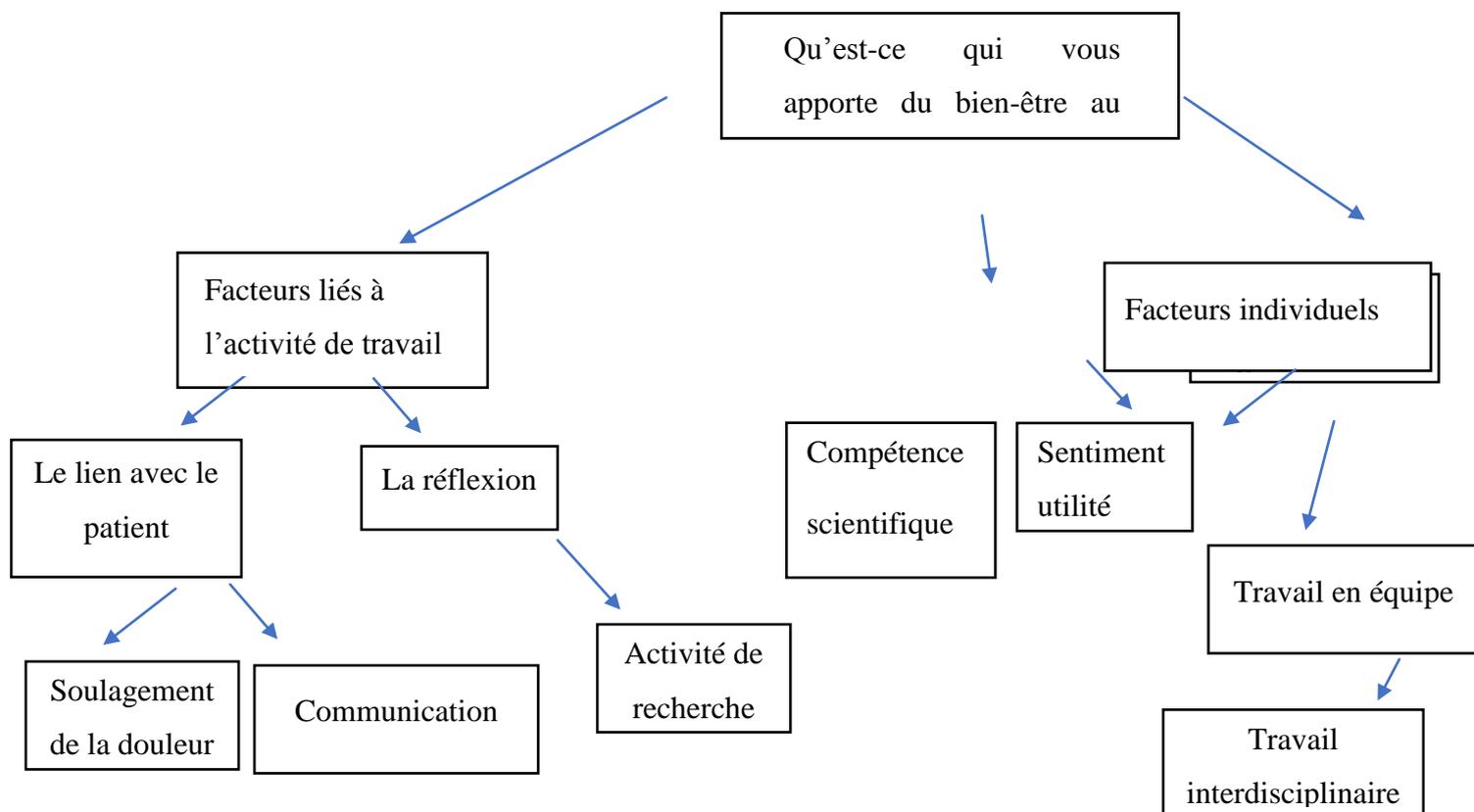


Figure 1 : Arbre des causes bien être psychologique des médecins

7.2.2 Amélioration des conditions de travail

Deux questions concernent les besoins et les conditions de travail que les médecins souhaitent.

7.2.2.1 Facteurs liés à l'activité de travail

Les médecins sont à la recherche de plus de communication, notamment avec la direction et les services administratifs (37.5%). Plusieurs médecins évoquent des injonctions paradoxales qui seraient liées à la gestion de l'hôpital (31.25 %). Les praticiens réclament une meilleure reconnaissance du travail accompli et une écoute concernant leur besoin en

ressources humaines et matérielles. Le manque de communication semble aussi manqué avec les collègues. Les discussions entre collègues facilitent la prise de décision et la prise en charge des patients.

Med_F_52	<i>« Peut-être une meilleure communication avec certaines directions fonctionnelles de l'hôpital avoir des réponses sur des sollicitations dans le cadre des projets »</i>
Med_F	<i>« Oui je pense qu'on est des personnes des interlocuteurs identifié » « la bienveillance administrative hospitalière quoi c'est sûr que c'est de côté-là que je pense qu'il aurait le plus de progrès à faire »</i>
Med_H_39	<i>« la fin des injonctions paradoxales de l'institution c'est à dire vous devez soigner plus de patients mais avec les mêmes moyens mais vous devez faire plus d'entrées mais il faut des urgences mais faut pas faire enfin voilà injonction paradoxale permanente de il faut très bien soigner les gens mais faut faire attention à votre durée moyenne de séjour »</i>

D'après plusieurs médecins, le manque de temps semble impacter leurs pratiques (25%). Ce manque de temps serait lié au manque de personnel. En effet, avec plus de temps les médecins pourraient consacrer davantage d'attention à chaque patient. Ils seraient moins soumis à la pression temporelle qu'impose parfois les directions quant au « turn over des patients ».

Med_F_41	<i>« aujourd'hui c'est principalement le temps qui nous manque, on a tous l'impression que si on avait plus de temps on ferait les choses mieux et donc on s'est habitué à travailler avec le temps qu'on a mais c'est sûr que ça reste, je pense que si on avait plus de temps on prendrait probablement plus de temps auprès des patients et plus de temps auprès des familles et plus de temps pour nous aussi pour des objectifs personnels »</i>
Med_H_46	<i>« on est toujours dans une quête de temps. Pour gérer le service, pour pouvoir faire des projets, concrétiser ceux qui sont avancés »</i>

7.2.2.2 Facteurs organisationnels

75 % des 16 médecins réclament davantage de personnel. Pour la plupart, la demande concerne surtout les paramédicaux qui sont fortement en sous-effectif, ce qui altère la qualité de la prise en charge des patients. Ainsi, les médecins ont une moins bonne qualité de vie au travail puisque le manque de ressources humaines ralentit le rythme des actes médicaux.

Certains médecins souhaitent renforcer l'effectif de l'équipe médicale. Le fait de travailler au moins à deux facilite la prise de décision face aux cas difficile mais aussi de respecter le principe de collégialité essentiel dans la prise en charge palliative. Les professionnels évoquent également le manque de kinés, de socio-esthéticiennes, d'art-thérapeute, de psychologues. Plus les équipes sont étoffées, meilleure est l'accompagnement du patient.

Med_F_32	<i>Suffisamment de personnel pour prendre en charge les patients dans des unités comme les notre. Même si on est mieux doté que dans certains services, les équipes restent souvent en difficultés dès qu'il y a un absentéisme et une difficulté à le remplacer. » »</i>
Med_F_53	<i>« Alors qu'il y ait un petit peu plus de personnel parce que parfois c'est un petit peu lourd pour l'équipe et moi ça m'est difficile de voir que l'équipe puisse être en souffrance »</i>

Les médecins demandent plus de ressources matérielles afin de garantir de meilleurs soins (43.75%). Cela passe par l'ouverture de plus de lits, un système d'imagerie plus rapide. Mais aussi des chambres simples équipées de sanitaires individuels. Certains praticiens réclament également l'accès à l'extérieur pour que les patients puissent profiter de l'air frais. Les médecins demandent aussi la rénovation des bâtiments pour exercer dans des locaux plus agréables et accueillants.

Med_F_54	<i>« Enfin, il faudrait reconstruire disons que c'est ça a eu un temps et maintenant on a voulu développer notre activité donc c'est trop petit enfin ce n'est pas adapté à notre pratique donc du coup on réduit certaines choses ou bien on ne fait pas les choses très bien »</i>
Med_F_55	<i>« C'était qu'on ait une terrasse alors ce n'est pas juste du gadget parce qu'on a envie de prendre le soleil c'est parce que on a des patients qui ne sortent pas de leur chambre depuis des fois des semaines des mois et qui voir pourront plus jamais sortir d'une chambre et qui ont envie de prendre l'air »</i>
Med_F_38	<i>« Qu'il y ait plutôt des chambres simples, une seule chambre au lieu de 2 par chambre pour la confidentialité, pour le confort des patients pour justement là le COVID »</i>

Un axe d'amélioration revient dans le discours des médecins, il s'agit du manque de souplesse de l'hôpital (18.75%). Cela se manifeste par la lenteur des procédures par exemple pour la réalisation de projet au sein des services. Les praticiens ont l'impression de ne pas être entendu par rapport aux demandes formulées. D'autres médecins évoquent une gestion administrative de l'hôpital similaire à une entreprise avec un système de plus en plus basé sur la rentabilité. Ce type de système ne fait pas l'unanimité chez les professionnels qui parfois

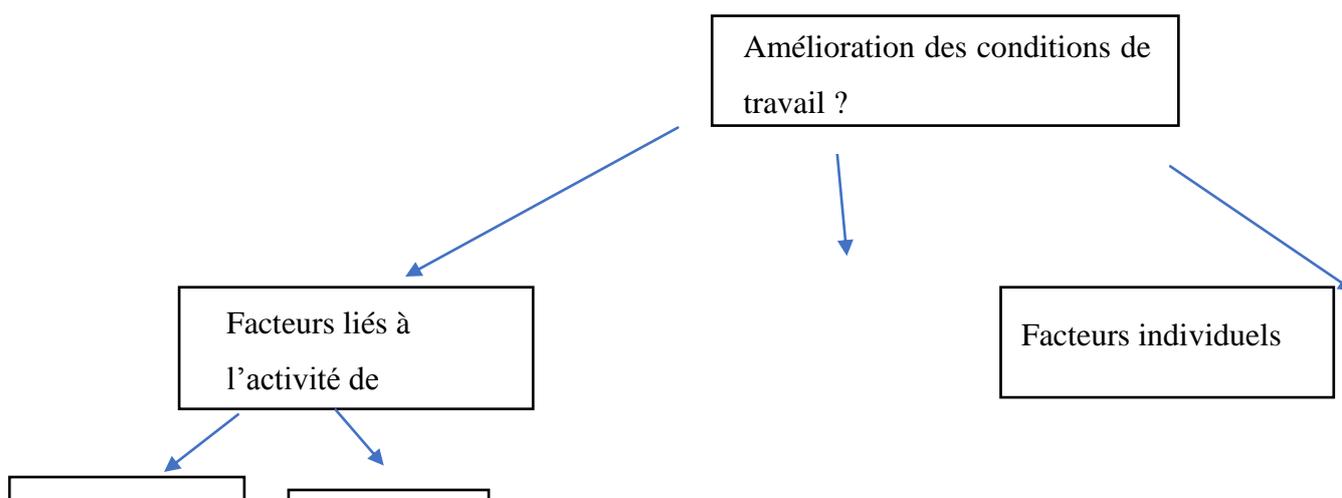
souffrent de cette situation.

Med_F_52	« L'hôpital c'est un lieu qui est très très hiérarchisé chaque fois qu'on veut développer une nouvelle activité améliorer certains éléments sur l'activité, il faut en tout cas pour des gros projets faire des études qui sont très longues fastidieuses qui n'aboutissent pas toujours à des choses »
Med_F_55	« C'est l'administratif, c'est les gestionnaires c'est des directeurs c'est via les chefs de service ouais ça descend d'en haut »
Med_H_42_	« moi ce qui m'énerve au niveau supérieur c'est en fait il y a tout un système de réseau et dans les hôpitaux il y a une petite mafia je pèse mes mots c'est une mafia qui gère l'hôpital qui distribue les avantages et les postes dedans vous avez des avantages vous n'êtes pas avec eux vous êtes contre eux et ça c'est ce qui me pourri la vie à l'hôpital »

7.2.2.3 Facteurs individuels

Concernant les facteurs individuels, les professionnels réclament davantage de formations spécialisées pour être plus performant dans leurs tâches (18.75%). C'est notamment le cas pour les jeunes médecins qui n'ont pas forcément eu le temps d'approfondir la prise en charge palliative durant leur externat. Or, comme les médecins plus expérimentés le disent, les DU ou DIU en soins palliatifs sont indispensables pour la pratique. D'autres médecins font le souhait d'une formation tout au long de la vie pour pouvoir se mettre à jour continuellement.

Med_F_41	« on prend du temps pour se mettre à jour sur plein de domaines prendre du temps pour se former à autre chose »
Med_F_38	« Peut-être un temps de formation un peu plus , c'est vrai que là parce que c'est une situation un peu d'urgence, on ne peut pas vraiment quitter pour être formée donc à chaque fois que voilà on a besoin de faire des formations »



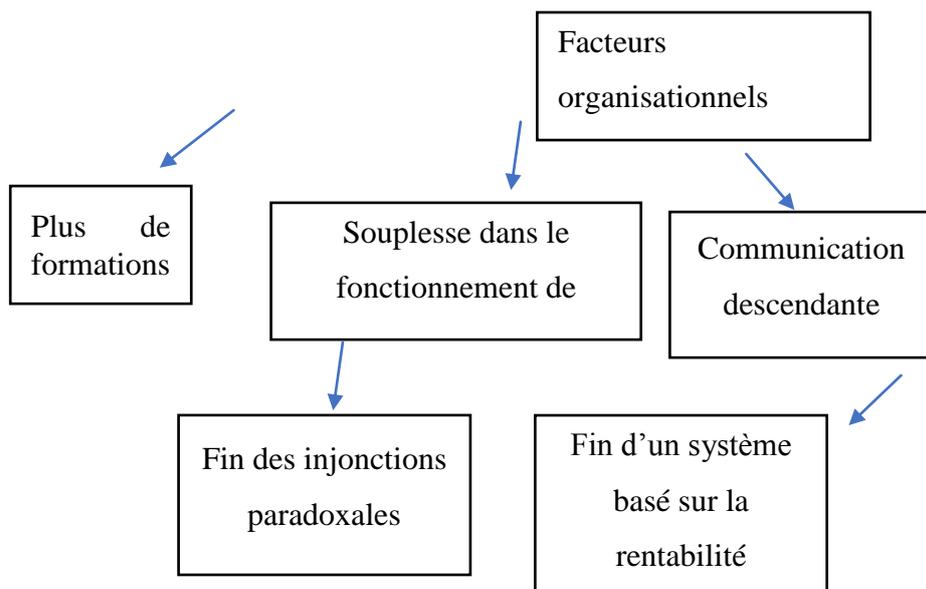


Figure 2 : *Arbre des causes sur l'amélioration des conditions de travail des médecins*

7.2.3 Détresse au travail

Les participants en majorité, ne se sentent pas en détresse à l'égard de leur travail lors des entretiens (81.25 %). En revanche, 31.26 % évoquent une détresse durant la crise sanitaire. En effet, durant cette période, les médecins disent avoir été très tendu. L'autre facteur soulevé est la collégialité et le travail en équipe. Les médecins qui travaillent seuls ou qui se sont déjà retrouvés seuls dans leur pratique ont déjà ressenti de la détresse au travail. Ainsi, le soutien social apparaît comme un facteur protecteur du stress au travail.

Med_F_55	<i>« Non, je ne me sens pas en détresse parce qu'il y a un bon étayage dans l'équipe et que on a l'impression de commencer à être entendu la donc ça donne de l'espoir » »</i>
Med_F_53	<i>« Alors actuellement non ça m'est arrivé mais actuellement non. Ca m'est arrivé quand j'étais toute seule, seule médecin. Le fait d'être 2 ça soulage énormément parce que ça soulage la charge mentale ça soulage la charge de décision. »</i>
Med_F_38	<i>« Des fois oui, des fois oui mais c'est plus je crois que c'est la crise COVID c'est plus gérer sa propre anxiété, l'anxiété de l'équipe, l'anxiété des patients, des familles »</i>

7.2.4 Le soutien social

Le soutien social englobe trois questions, l'objectif est de rendre compte des différences perçues entre les niveaux de hiérarchie du médecin.

7.2.4.1 Le soutien des collègues

En majorité, les médecins se sentent soutenu par le collègues (87.5 %). Pour certains, ce soutien est indispensable à leur pratique. Le soutien reçu se matérialise par des discussions formelles et informelles quotidiennes. Par ailleurs, les médecins ne sentent pas forcément guidé par leurs collègues. Cela peut être dû à leur statut de médecin dans lequel ils prennent les décisions.

Med_H_39	<i>« on a la chance de pouvoir discuter assez d'être chacun assez souple et bienveillant et de faire de ça quelque chose d'important pour rester dans cette relation de confiance »</i>
Med_F_41	<i>« Guidé non soutenus oui enfin dans le sens où guidé bah en fait ça fait 10 ans que je fais ce métier donc finalement c'est moi qui guide les autres un peu voilà j'espère que je le fais bien et soutenu oui bien sûr parce que on a pas un métier facile et du coup comme je vous disais on débrieife beaucoup on discute on échange beaucoup »</i>

7.2.4.2 Le soutien de la hiérarchie de proximité

Le soutien de proximité pour le médecin est souvent le chef de pôle ou le médecin chef de service. Les médecins répondants sont plutôt partagés sur le soutien de ce dernier.

Pour certains, la hiérarchie de proximité est présente et à l'écoute des besoins (56.25 %). Pour d'autres, ce type de soutien est variable (18,75 %) ou quasi-inexistant (25%). D'ailleurs, les médecins concernés souffrent de cet absentéisme.

Med_F_52	<i>« Là c'est variable, des fois tout va bien, des fois on a l'impression de ne pas être écouté c'est variable d'un jour à l'autre, ce n'est pas le monde des bisounours mais globalement, on arrive à avancer »</i>
Med_H_39	<i>« Oui pour le coup notre chef de service participe à l'équipe médical et voilà et du coup clairement un soutien alors un inconditionnel rigoureux quoi ça veut dire c'est pas la protection corporatiste quoi mais clairement, oui on a de grande chance de ce côté là, de cette proximité. »</i>

7.2.4.3 Le soutien du top management

Enfin, le top management désigne la direction de l'hôpital. La majorité des médecins interrogés semblent d'accord pour dire que le soutien est inexistant (87.5%). Certains évoquent le manque d'accessibilité au top management, ne sachant pas à qui s'adresser (25%). D'ailleurs, durant les entretiens la moitié des répondants reviennent sur la politique de gouvernance de l'hôpital. D'après eux, cette dernière est basée sur un modèle économique de rentabilité. Les praticiens évoquent une réduction des moyens accordés que ce soit en terme de ressources matérielles et humaines. Les participants réclament plus de soutien et de reconnaissance pour le travail mené.

Med_F_38	<i>« Non pas du tout j'ai aucune relation avec le management et en tout cas-là pour la crise COVID ils ont pas du tout le temps pour nous, on est pas du tout et leur priorité actuelle, ils veulent diminuer le nombre de gens aux urgences quelle que soit le prix mais je n'en dirais pas plus »</i>
Med_F_61	<i>« C'est autre chose, il y a plein d'intermédiaire entre le top management et je n'ai pas de contact direct avec la direction générale c'est compliqué parce qu'est-ce que l'on demande n'est pas acceptée on demande plus de moyens et ce n'est pas accordé donc c'est compliqué »</i>

Enfin, certains perçoivent le soutien de la CME ou des collègues médecins d'autres unités ou d'autres établissements de soin.

7.2.5 Climat de travail

Quatre questions concernent l'ambiance au travail de manière général ainsi que les mesures prise par le service pour se concerter.

7.2.5.1 Le climat au quotidien

En adéquation avec les réponses précédentes sur le soutien des collègues, le climat au travail est pour la plupart des médecins apaisé (75%). Les différents corps de métiers échangent entre eux sans conflits. Tandis que certains médecins remarquent un fossé entre les équipes médicales et paramédicales (18.75%). Certains professionnels sentent que les aides-soignantes et les infirmières sont parfois mal à l'aise ou ne sentent pas légitime auprès des médecins. Pour eux, cela serait lié à des représentation que se font les paramédicaux du « médecin tout puissant ». Ils sentent alors une charge décisionnelle plus lourde. Les autres médecins font état d'un climat variable selon l'activité du service (18.75%). Cela est notamment variable pour les praticiens exerçant en réanimation ou en soins de suite et de réadaptation.

Med_H_34	<i>« Les équipes paramédicales attendent beaucoup de choses des médecins alors que ce n'est pas eux forcément les responsables de l'aide qui peut être apporté. Alors il y a un faussé qui se crée par rapport à ça »</i>
Med_F_41	<i>« C'est une ambiance qui est très variable en fonction de l'activité en fait du type d'activité parce que bien évidemment enfin quand on réanime des gens de 20 ans ou 30 ans ce n'est pas pareil que quand on réanime les gens de 80 ans »</i>
Med_F_52	<i>« Elle est Bonne, on arrive à échanger facilement avec toutes les catégories professionnelles, il n'y a pas de soucis ».</i>

7.2.5.2 Les réunions

Les réunions réalisées au sein des unités sont de trois types. Tout d'abord, les médecins participent aux transmissions, ce sont de courtes réunions qui ont lieu à chaque changement de quart (62.5 %). Elles ont pour objectif de reprendre le dossier de chaque patient en évoquant son état afin de transmettre à la prochaine équipe ses besoins. Ces réunions sont quotidiennes. Ensuite, les réunions de synthèses se tiennent toutes les semaines, durant ces dernières, les soignants vont faire un récapitulatif de la semaine en globalité (43.75%). Ce ne sont plus les patients qui sont pris un par un, mais seulement ceux qui soulèvent un questionnement ou une prise de décisions particulière. Ces réunions n'ont pas

lieu dans tous les établissements. Enfin, des réunions de pôles ont lieu mensuellement (25 %). Celles-ci sont exclusivement réservées aux médecins pour évoquer le fonctionnement du service. Enfin, quelques professionnels ont fait part d'autres réunions comme des réunions de service centrées davantage sur le fonctionnement et l'organisation du service. D'autres évoquent des supervisions.

7.2.5.3 La concertation

Des concertations concernant les décisions sont rarement mise en place de façon formelle au sein des services (68.75%). La plupart du temps, les médecins manquent de temps afin de fixer une plage horaire spécifique. C'est pourquoi, ils se réunissent souvent de manière informelle pour discuter. Enfin, les professionnels font part d'un souhait de création de plus de réunions formelles pour se concerter. Cela est une source d'informations précieuses facilitant la prise en charge. C'est aussi l'occasion d'échanger sur sa pratique et de renforcer la cohésion de groupe entre médecins.

7.2.6 Ressources au travail

Deux questions ont été posées concernant les ressources.

7.2.6.1 Ressource personnelle

La bienveillance et l'écoute sont des valeurs souvent mentionnées par les médecins. D'après eux, le respect du patient dans sa globalité est essentiel (68.75%). D'ailleurs, plusieurs médecins insistent sur le caractère unique du patient, chaque individu doit être pris dans sa globalité, pour ne pas réduire le patient à sa fin de vie mais essayer de comprendre son vécu et ce qu'il souhaite.

Med_H_39	<i>« la prise en charge centrée sur le patient et donc du coup c'est l'écoute l'empathie et puis la bienveillance mais là bienveillance à entendre, non pas paternaliste mais vraiment dans la prise en compte des intérêts du patient mais ses intérêts à lui je pense que ça c'est vraiment important »</i>
Med_H_42_	<i>« construction des personnes pour replacer les individus de leur globalité dire que pour bien prendre soin les gens notamment les sujets âgés ce ne sont pas des patients ce sont des personnes les remettre dans leur dynamique, dans leur histoire et croiser à la fois des dynamiques de temps très long c'est des cycles »</i>

Être dans un état psychologique et physique adéquat permet aussi une meilleure réalisation du travail. (6.25 %) En effet, un vrai travail émotionnel est à engager, il ne s'agit pas de subir la situation mais de contrôler les émotions pour être le plus disponible face au patient.

Une des ressources importante et aussi le soutien social personnel de la part des proches et de la famille (31.25%). Il permet de couper avec le travail. Ainsi, le fait de compartimenter sa vie personnelle de sa vie professionnelle agit comme une vraie ressource pour se préserver.

Deux médecins pratiquent la méditation pour gérer leurs émotions. Cela leur permet de se recentrer sur eux et se rendre plus disponible émotionnellement.

La religion apparaît également comme une ressource importante chez 18.75 % des médecins. Elle leur permet de donner sens à leur travail et de se recentrer sur eux-mêmes. Pour certains, la religion est le moteur de leur motivation.

7.2.6.2 Ressource organisationnelle

Une des ressources principales sont les collègues, les échanges entre eux facilitent la prise décisions (43.75 %) . Chacun se nourrit de l'expérience de l'autre pour enrichir sa pratique. Une bonne entente facilite aussi le travail. Les équipes pluridisciplinaire sont essentielles dans l'exercice des soins palliatifs.

Le temps est aussi une ressource importante afin de mener à bien le travail (18.75 %). Avec plus de temps, les patients sont mieux pris en charge et les équipes ont moins de pression.

Le personnel est aussi important, avoir assez de personnel permet de maximiser les performances du service.

Une meilleure organisation de l'hôpital faciliterait la prise en charge des patients. Il s'agit de revoir la politique de l'hôpital et de se recentrer sur le bien être des soignants et des patients (12.5 %).

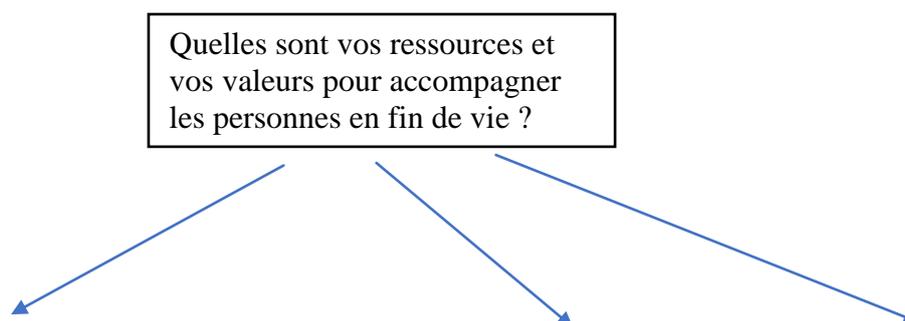
7.2.6.3 Ressource universitaire

Les lectures scientifique et la littérature sont une des ressources importante pour l'exercice des médecins (12.5%). Cela leur permet d'en savoir plus sur un sujet mais aussi de

continuer à se former tout au long de leur vie. Le travail de réflexion leur apporte une satisfaction. D'ailleurs certains combinent à leur pratique de terrain, une activité de recherche.

Med_F_38	<i>« Les ressources pour bien exécuter mon travail voilà la lecture, quand j'ai des patients un peu difficiles voilà je fais une lecture, une recherche de la littérature je vois les recommandations »</i>
Med_F_52	<i>« la réflexion éthique sur les situations importantes, qu'est-ce que je fais, c'est vraiment un questionnant qu'est-ce que je fais ou je vais, est-ce que c'est raisonnable, déraisonnable tout ça c'est important »</i>

La formation est aussi une ressource essentielle pour les médecins (37.5 %), grâce à celle-ci ils peuvent s'appuyer sur le serment d'Hippocrate ou sur les recommandations de l'HAS. Le parcours universitaire leur a permis de développer une rigueur et une expertise. D'ailleurs certains continuent de se former toute leur vie pour être de plus en plus performant au travail.



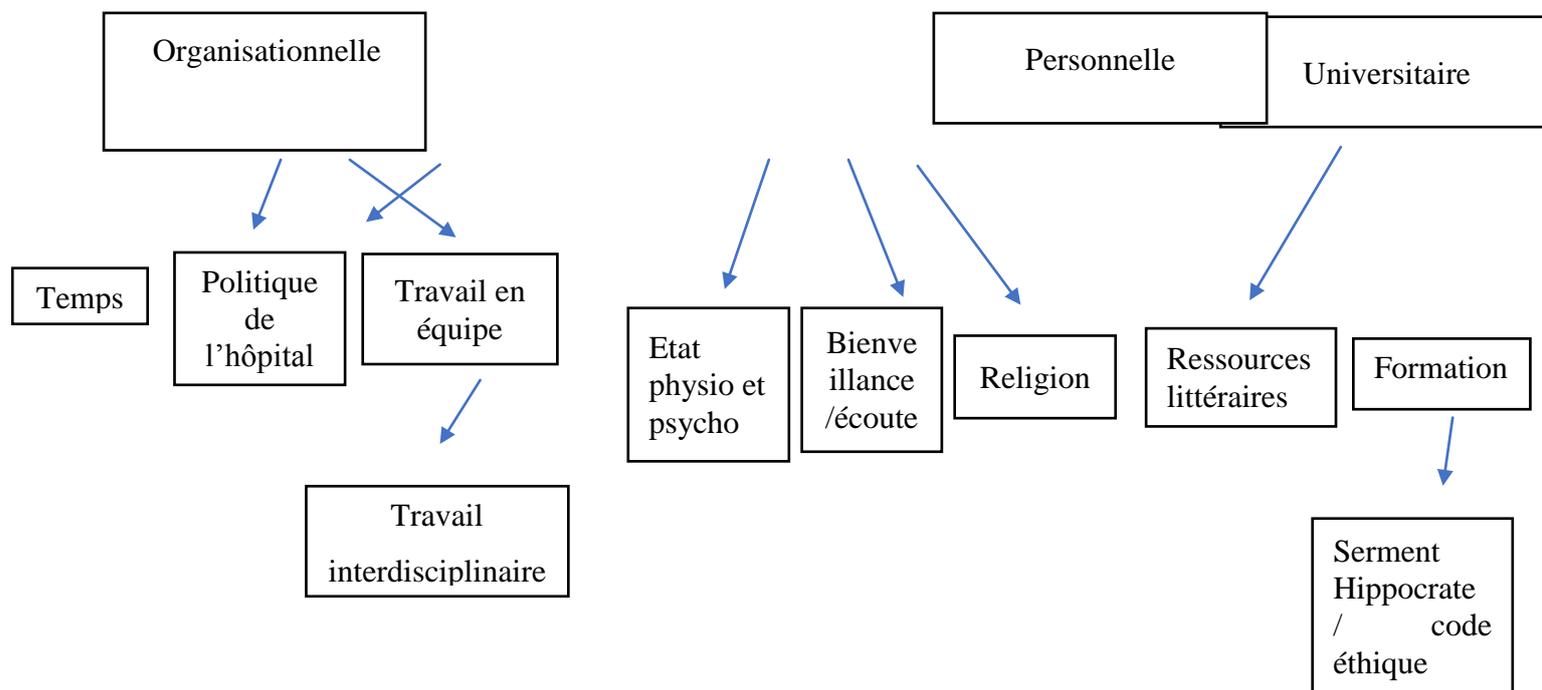


Figure 3 : *Arbre des causes des ressources au travail*

7.2.7 Charge de travail

Concernant la charge de travail, celle-ci est plutôt perçue comme forte chez 81.25% des médecins interrogés. D'ailleurs, les professionnels travaillent en moyenne 50 heures par semaine. Plusieurs praticiens travaillent également le Week end et font parfois des astreintes la nuit. Ainsi quantitativement, la charge est élevée. Les professionnels évoquent aussi une norme qu'ils auraient intériorisées depuis leur externat. En effet, le rythme soutenu leur

paraît habituel. L'autre partie des médecins trouvent leur charge de travail correcte ou variable selon l'activité du service.

Med_F_41	<i>« elle est à mon sens trop élevée la charge de travail alors je travaillais à temps partiel je suis à 90% ça veut dire que j'ai une demi-journée par semaine ou je ne travaille pas quand c'est possible et malgré ça j'ai tellement d'heures supplémentaires générées par le travail de nuit »</i>
Med_H_39	<i>« Sur le plan quantitatif elle est importante et je compare à d'autres professions forcément même si par rapport à la profession médicale c'est pas la catastrophe là je travaille en gros de 9h à 18h30 tous les jours avec une pause de une demi-heure 3 quart d'heure pour manger ce qui fait 45 50 h par semaine »</i>
Med_38	<i>« J'essaie de bien m'organiser par rapport à mes journées donc du coup moi personnellement je ne la trouve pas très lourde parce que j'arrive à avoir une organisation militaire et donc du coup à cadrer un peu mes interventions mes rendez-vous mes téléconsultations la prise en charge des unités »</i>

7.2.7.1 Charge émotionnelle

La charge émotionnelle est souvent le plus difficile dans le travail des médecins (50%). Les situations de fin de vie sont parfois lourdes à gérer. Les réactions des familles peuvent être menaçantes et agressives. Être face à la mort quotidiennement semble aussi difficile pour certains praticiens qui se disent plus alertes sur les signaux de santé. Le médecin est dans une posture de sachant et doit garder la bonne distance avec le patient et la famille afin de ne pas être trop empathique tout en n'influençant pas les choix. Certains médecins ressentent de l'impuissance face à la souffrance d'autrui ce qui peut être lourd émotionnellement.

Med_F_61	<i>« après la charge émotionnelle avec le métier on la minimise on est de moins en moins touché enfin mais on a une capacité à prendre de la distance avec l'expérience professionnelle ce que j'ai le plus de difficulté à supporter au plan émotionnel c'était les mécanismes de défense projectifs agressifs ça c'est un peu difficile surtout s'ils émanent des proches du malades et pas du patient directement c'est la colère des gens »</i>
Med_F_53	<i>« Pour moi c'est la charge émotionnelle le plus difficile, parce que de garder la bonne distance, la juste distance ça demande un effort quand même important tout le temps parce que je pense qu'il faut quand même s'investir si on veut vraiment aider les gens même émotionnellement et pas trop parce que sinon à chaque fois qu'on perd un patient c'est comme ça voilà donc. C'est cet exercice permanent d'équilibrer la relation est de</i>

	<i>trouver le juste milieu. »</i>
--	-----------------------------------

7.2.7.2 Charge décisionnelle

Comme on l'a pu le voir, la charge décisionnelle incombe certains professionnels (18.75 %). Il s'agit de la responsabilité que porte le médecin. Ce dernier est toujours consulté pour donner son avis sur des décisions parfois lourdes de conséquences comme l'arrêt des traitements, la mise en place d'une sédation. Pour faire face à cette charge décisionnelle, un praticien nous fait part de sa stratégie. Il utilise alors exclusivement son côté scientifique et s'en réfère aux lois et non à ses sentiments.

Med_H_46	<i>« Si c'est trop dur, on va rester purement scientifique, on va mettre la casquette rationalité à tout prix. »</i>
Med_F_55	<i>« Pour moi la charge la plus lourde je crois que c'est la charge de la responsabilité c'est ce qui me pèse le plus, mes vacances ce n'est rien décider quoi. »</i>

7.2.7.3 Les conflits

Les conflits apparaissent comme une lourde charge pour 50 % des participants. En effet, d'après eux, les conflits entre équipes sont parfois difficiles à gérer. Le médecin occupe une place particulière entre les paramédicaux et le cadre de santé. Il est parfois couteux d'être impartial dans les conflits. Car ces derniers peuvent naître suite à une prise de décision non consensuelle. Des désaccords peuvent apparaître entre médecins ou entre médicaux et paramédicaux. Dans ce cas, les médecins sont d'accord pour dire que chaque avis est important à prendre en compte.

Med_H_46	<i>« Les conflits, ça dépend, ce n'est pas toujours simple, les prises en charge sont rarement consensuelles, après il peut y avoir des conflits e personne s'il faut savoir trancher et faut pas laisser trainer un conflit »</i>
Med_F_56	<i>« Les conflits ont augmenté, on a besoin de travailler dans une ambiance sereine, détendue et confiante, c'est notre force d'être lié et avancer ensemble »</i>

Enfin, d'autres types de charge ont été repérées. On peut citer la charge administrative (6.25 %). La profession de médecin demande une rigueur informatique. Certains praticiens ont des tâches de coordination à réaliser par exemple en essayant de joindre par téléphones

des services pour les patients. D'autres passent du temps à remplir des dossiers et retracer informatiquement le parcours de soin du patient. Avec des équipements pas toujours adaptés.

Par ailleurs, certains médecins évoquent une charge physique parfois lourde (12.5%). Celle-ci serait surtout liée à une fatigue accumulée et non à des ports de charge. Enfin, quelques praticiens soulignent le manque de temps hors travail afin de réaliser des projets personnels.

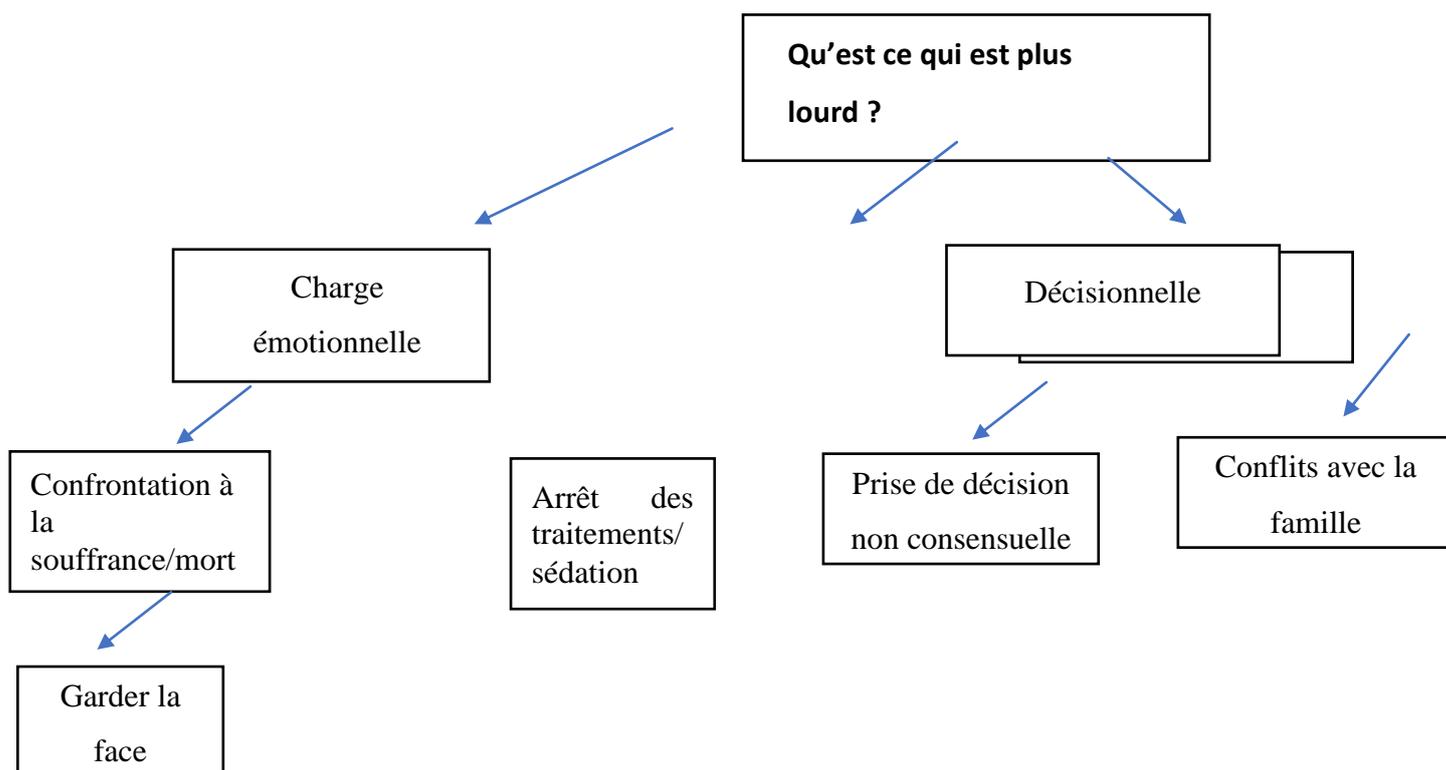


Figure 4 : *Arbre des causes de la charge de travail des médecins*

7.2.8 La formation

75 % des médecins expliquent avoir réalisé en plus de leur cursus universitaire le Diplôme universitaire de soins palliatifs ou le DIU. D'après eux, ces formations sont indispensables pour accompagner au mieux le public spécifique en fin de vie. Ce DU contient des modules sur la réflexion éthique et notamment sur les notions de dignité et de consentement. Il permet alors au médecin de conscientiser sur ces questions et de le préparer au terrain. D'ailleurs, certains services de soins palliatifs requièrent que les soignants réalisent le DU

ou le DIU en soins palliatifs. Cela est valable pour les équipes paramédicales mais aussi pour les psychologues du service. Les répondants évoquent aussi une formation tout au long de la vie à travers la participation à des séminaires, des recherches ou des colloques. Certains se forment aussi par le biais de l'enseignement en se mettant continuellement à jour sur les publications relatives à la fin de vie ou avec des échanges avec les internes.

Enfin, une petite part de médecins sont demandeurs de davantage de formations notamment durant le cursus universitaire (12.5%). C'est notamment le cas des jeunes médecins qui se retrouvent en difficulté avec peu d'expérience et de connaissances sur les patients en fin de vie. Pour les médecin qui n'ont reçu de formations complémentaires, ils sont à la recherche surtout de supervision suite à une prise de décision lourde émotionnellement.

Concernant les formations sur la gestion de émotions, la majorité des médecins n'ont pas fait de formation spécialisée sur ce sujet ou ne savent pas s'ils y ont accès en tant qu'ils sont médecins (81.25%).

Pour les Risques psychosociaux, 31.25 % des médecins ont reçu une formation informelle, cependant les chef de service interrogés disent avoir reçu de la documentation sur le sujet et y sont sensibilisés.

Les réunions pour évoquer les cas difficiles liés aux patients sont parfois mis en place sous forme de groupe de parole ou de supervision. Pour d'autres services, ces réunions sont réalisées à la demande et selon les situations rencontrées. Pour d'autres, ce sont des réunions davantage informelles.

62.5 % des médecins ont la possibilité de rencontrer un psychologue du travail en entretien individuel. Souvent c'est la psychologue du service qui est sollicitée par les répondants. En revanche, certains médecin sont conscients qu'ils peuvent accéder au service de santé au travail mais n'en ressentent pas le besoin ou entreprennent des suivis externes à l'hôpital.

Peu de médecins ont accès aux groupes de paroles (25%). Dans le cas où ils existent, ils sont animés par le psychologue du service. Pour autant, les praticiens y trouvent un grand intérêt et aimeraient que ces derniers se développent dans leurs services.

Concernant la relaxation, aucun professionnels ont y accès. Souvent celle-ci est pratiquée de manière informelle par des soignants qui ont reçu une formation en méditation, sophrologie ou yoga (31.25%). Ces temps sont alors pris au détriment des patients. C'est pourquoi, plusieurs médecin font part d'un souhait de mettre en place plus formellement ces

ateliers.

D'autre part, peu de médecins bénéficient d'un bureau seuls (18.75%), la plupart du temps, ce bureau est partagé avec d'autres médecins (18.75%). Certains professionnels ont besoin parfois de calme et d'un endroit pour se relaxer ou retirer leur émotions.

Med_F_55_	<i>« non pas beaucoup en fait j'ai un bureau mais il est loin non donc c'est compliqué d'y aller donc non c'est les toilettes quoi bon parce qu'il y a vraiment très peu de lieux ou on peut être seul ici. Ça m'ai déjà arrivé que ça me manque mais pas souvent mais j'ai plus de souvenirs très précis mais ouais c'est déjà arrivé »</i>
Med_F_54	<i>« On aimerait bien mais non, alors il y a des journées bien être qui ont été instaurées mais c'est récent et puis c'est 10 min je suis allé 2 fois, c'est 10 min en fait c'est des aides-soignantes qui organisent ça ici pour tous les soignants et de massage enfin détente dans la salle avec de la musique zen et tout c'est super quoi mais bon voilà c'était 2 d'expériences donc comme ça à bonne presse c'est que les gens ont adhéré ça va peut-être être mis en place. Mais ce n'est pas institutionnalisé, ni financé c'est encore sur notre temps propre, pendant ce temps elles ne font pas de toilettes ou quoi. »</i>
Med_F_32_	<i>« Non, ici il y a la psychologue du service, mais qui est là pour les patients. En tant que telle elle est pas du tout disposée à être la psychologue ou le groupe de parole des soignants. On est proche d'elle, on s'entend bien avec elle on va donc pouvoir discuter un peu comme ça mais pas de façon informelle. Sinon on n'a personne qui est dédié à ça. »</i>

7.2.9 Le cadre juridique

En termes de notion juridique, une grande partie des médecins prennent comme référence la loi Claeys-Leonetti de 2016 ainsi que la loi Kouchner de 2002. Quelques-uns évoquent également le droit aux soins palliatifs pour tous.

7.2.9.1 Le consentement éclairé

La notion de consentement éclairé semble importante chez tous les praticiens interrogés. Cependant, elle semble aussi difficile à appliquer en réalité (50%). Pour cela, les professionnels sont plutôt à la recherche de l'assentiment ainsi, ce dernier est plus accessible pour les personnes en fin de vie (37.5 %). La loi semble comprise mais difficile à mettre en

application surtout pour les personnes avec des atteintes cognitives. Une bonne partie des médecins se réfèrent également aux directives anticipées.

Med_H_39_	<i>« oui le consentement libre et éclairé qui recherchée par le médecin, qui pose pleins de problème éthique, qui est fondamental je pense que il faut rappeler que il faut rechercher les consentement du patient après qu'est-ce qu'un consentement libre et éclairé ça ouvre plein de discussions comment on le recherche est ce que c'est en faisant signer un papie »</i>
Med_F_55_	<i>« pense j'en pense que c'est super difficile de savoir quand par moment quand un des consentement est éclairé ou pas que la notion elle est très belle mais que alors déjà c'est un patient qui a aucun trouble cognitif où aucun trouble c'est pas facile de savoir si la personne elle a vraiment bien compris »</i>
Med_F_54_	<i>« Ça c'est une notion pour nous très difficile parce que 70 80 90 ans ça dépend dans quel service vous êtes, les gens ont des troubles cognitifs donc une maladie d'Alzheimer évoluée c'était mon premier propos beaucoup n'ont pas fait de directive anticipée donc on ne sait pas là personne de confiance »</i>

7.2.9.2 La personne de confiance

50 % des médecins sont d'accord pour dire qu'il y a une réelle confusion entre ce qu'est la personne de confiance dans la loi et la personne de confiance dans le langage commun. En effet, bien souvent, les personnes hospitalisées pensent que la personne de confiance est quelqu'un que l'on doit appeler en cas de problème. Or, la personne de confiance est utile dans le cas où la personne hospitalisée ne peut plus communiquer. La personne de confiance doit alors transmettre les volontés que on lui a transmises. En aucun cas son opinion personnelle sera prise en compte par les médecins. Ce rôle n'est pas à prendre à la légère, car dans la plupart du temps, les personnes de confiance sont consultées lorsque le patient est en fin de vie et que des décisions difficiles sont à prendre. Ainsi, la plupart des médecins doivent rappeler ce que sont les personnes de confiance et leurs rôles. Pour certains cette dernière est systématiquement proposée lors de l'arrivée du patient dans le service (37.5 %).

Med_F_41_CH	<i>« il y a des années et le fait que c'est absolument très rarement mis en application en pratique que c'est quelque chose que les gens soient ne connaissent pas soit associé à des choses horribles du coup veulent pas se projeter dans ça et donc ne le font pas soit le connaissent et du coup et j'ai l'impression en tout cas que y a 2/3 des gens qui n'ont ni personne de confiance ni aucune directive anticipée et surtout ne veulent pas forcément trop y penser »</i>
-------------	---

Med_F_52_	<i>« Ils sont incontournables, chaque personne hospitalisée doit définir une personne de confiance, lorsqu'il n'a plus la capacité de la définir ça ne s'appelle plus personne de confiance mais on a quand même besoin d'une personne référente pour nous guider »</i>
Med_F_54	<i>« Quand les gens disent vous avez 0 personnes de confiance bah oui parce que si on regarde la loi c'est les gens qui ont dit machin c'est ma personne de confiance mais là non ils arrivent ils ont juste des enfants, une voisine, une tutrice mais c'est pas leur génération, peut-être nous on l'aura et encore. Donc c'était super, mais sur le papier »r</i>

7.2.9.3 Les directives anticipées

Les directives anticipées ne font pas consensus dans le corps médicale. Pour une partie des médecins, elles sont bien faites et permettent de garantir l'autonomie du patient (25 %). Pour d'autres, elles sont utilisées abusivement par les EHPAD par exemple dans lesquelles il est obligatoire de rentrer avec des directives anticipées (25%). De plus, elles ne sont pas adaptées à tous les patients (31.25 %). Certains ne veulent pas y penser, d'autres sont démunis ainsi les rédiger n'a aucun sens. L'autre point de critique des praticiens est son caractère écrit. Comme elles se matérialisent par un papier, ce dernier est révoquant à la demande du patient (43.75%). Dans le cas où le patient est dément, il ne peut pas modifier ses directives même si ces dernières ont été rédigées il y a un mois lorsque le patient avait un bon état de santé. C'est pourquoi, 37.5 % des médecins que nous avons interrogés prévoient un temps dédié à l'explication et à leur rédaction.

Med_F_52_	<i>« C'est très bien, les textes on les connaît, mais par contre on a quand même presque 80% des patients hospitalisés avec des troubles cognitifs, et malheureusement on les prend en charge à un stade où ils ne sont plus en capacité de pouvoir rédiger leur directive anticipée, »</i>
Med_F_55_	<i>« Premièrement je trouve que c'est beaucoup trop investis par certains soignants qui voudraient que tout le monde ait fait ces directives anticipées ou par exemple quand vous entrez en EHPAD il y a des EHPAD qui tendent vos feuilles de directives anticipées »</i>

7.2.9.4 L'obstination déraisonnable

Le principe d'obstination déraisonnable ou d'acharnement thérapeutique est primordial pour les médecins, beaucoup sont contre et essayent justement de le combattre du

mieux possible. Pour cela, ils rappellent souvent le caractère légal aux familles. Les praticiens trouvent que la limite du déraisonnable est difficile à cerner. Les médecins n'hésitent pas à se réunir pour échanger sur le cas concerné. Il est parfois compliqué d'expliquer à la famille le principe d'obstination déraisonnable, c'est pourquoi la réflexion éthique et les directives anticipées peuvent être utiles. De plus, l'obstination déraisonnable est d'autant plus compliquée à respecter lorsque le médecin est jeune. D'ailleurs, c'est ce qu'un des praticiens évoque dans l'entretien. Pour lui, l'externat n'est pas si loin et les croyances d'un bon médecin sont fondées sur la guérison à tout prix.

Med_F_52_	<i>« On doit la combattre, c'est le principe même de la réflexion éthique, on ne doit pas faire des soins justaboutiste juste pour satisfaire sa satisfaction intellectuelle »</i>
Med_F_38_	<i>« bon ça c'est vrai que en tant que médecin surtout quand on est jeune on a tendance à le faire parce que on a été bon on a étudié on a été formé pour guérir trouver un diagnostic et guérir avoir une solution, ça nous apporte une satisfaction le fait de reconnaître le diagnostic c'est pas juste pour le patient c'est voilà et du coup des fois dans notre élan de vouloir connaître le diagnostic peut être que on s'obstine »</i>
Med_F_55_	<i>« Je pense aussi que pour pouvoir réaliser quand on est en train de s'obstiner il faut avoir fait un petit pas de côté enfin sur soi-même quoi et se rendre compte que on n'est pas je reviens sur mon fameux syndrome du sauveur »</i>

7.2.9.5 La fin de vie digne

Garantir une fin de vie digne est la priorité des soignants, elle est ontologique à l'individu. Pour certains, celle-ci est compromise par les conditions de travail. Le manque de moyen ne permet pas toujours la dignité des personnes. Notamment le manque de personnel ou de matériel. Lors de cette question, de nombreux professionnels parlent de l'euthanasie. La majorité sont contre. Pour certains si l'euthanasie est légalisée, elle ne sera utile qu'à une minorité de patient, pour d'autres l'euthanasie est un moyen à l'hôpital de faire des économies.

Med_F_52G	<i>« Bah ça s'impose à nous, il faut essayer d'accompagner les gens dans la dignité la plus complète, et dans les hôpitaux qui ont été pas mal fermées avec l'accompagnement des familles du fait du COVID, nous on a pas cessé de réouvrir les portes des que on avait des gens en situation de fin de vie pour justement ce lien familial »</i>
Med_F_53_	<i>« Faut être lucide, je pense que la loi sur l'euthanasie si elle est proclamée, elle sera là pour faire d'énormes économies parce que dans l'absolu, l'idéal c'est de développer des soins palliatifs de qualité partout mais ça coûtera beaucoup trop cher. Je pense malheureusement la proposition d' euthanasie ou de suicide assisté ça sera pour contenter certains mouvements mais aussi par souci</i>

	<i>d'économie »</i>
Med_38_	<i>« C'est une bonne chose c'est une excellente chose je pense qu'il faut c'est pour ça que je dis qu'il faut vraiment des modules pour des l'externat être formé pour ça pour que et bien ce sont des questions qui ne devront plus être des questions à l'avenir »</i>

7.2.9.6 La sédation profonde et continue

La sédation profonde et continue altérant la conscience jusqu'au décès est très utile pour les médecins aujourd'hui. Cependant, quand il s'agit de prendre la décision de la pratiquer, cela est parfois difficile. En effet, souvent les personnes qui en font la demande ne sont plus capable de communiquer (37.5). Pour cela, les médecins s'en réfèrent aux directives anticipées ou à la personne de confiance. Encore faut-il que celle-ci soient formulées. Certains médecins utilisent peu la sédation profonde surtout en gériatrie mais plutôt la sédation partielle afin de soulager une douleur existentielle ou physique temporairement. Toutefois, les médecins soulignent que la loi est très stricte par rapport à son utilisation car il est parfois difficile de l'utiliser sur le terrain (12.5%). D'autres médecins vont à l'encontre de cela et pense que la loi est bien formulée car elle donne le dernier mot au médecin. En effet une des conditions pour pratiquer la sédation est l'engagement du pronostic vital court terme. Le court terme n'étant pas défini dans la loi, les médecins sont libres de décider. Ce qui dans un autre sens peut entraîner des abus. Certains médecin évoquent un manque de formation quant à son utilisation.

Med_F_31_	<i>« question. Car si je ne souffre pas physiquement, je ne suis pas sur que cela me plairait. Parce que quelque part priver quelqu'un qui n'a pas donné son accord, de la perception de l'imminence de sa propre mort, moi, ça me pose parfois un peu problème. Par contre, quelqu'un qui visiblement va très mal et souffre, oui c'est très bien » »</i>
Med_H_46_	<i>« Heureusement on a la main, la loi nous a laissé la mais sur la formulation. Al aloi est particulièrement bien formulée. C'est vraiment des champions du monde les législateurs, pour faire passer que ça soit un droit du patient mais sous contrôle de l'indication du médecin c'est bien vu. »</i>
Med_38_	<i>« Elle doit être améliorée c'est encore une fois quelque chose de super mais pareil, sur le côté pratique il faut clairement l'améliorer c'est en fait c'est aussi une question de formation c'est à dire que on a souvent peur de la morphine on a souvent peur de l'Hypnovel mais ce sont des thérapeutiques que l'on utilise très régulièrement donc elles ont une telle connotation négative alors elle ne le devrait pas »</i>

8 Discussion

Cette étude auprès des médecins travaillant avec des patients en fin de vie, avait pour but de rendre compte des freins et des leviers touchant leur santé psychologique. Afin de répondre à cette question, les variables telles que le bien-être psychologique au travail, le soutien organisationnel, la charge de travail et la connaissance du cadre juridique ont été sélectionnées. Nous avons ensuite utilisé la méthode qualitative à travers la réalisation de seize entretiens. Enfin, une analyse thématique a pu répondre à nos interrogations.

Tout d'abord, les résultats ont mis en évidence le fait que les médecins font face à une forte charge de travail. En effet, nous avons constaté que les praticiens travaillent environ 48 heures par semaine (Hypothèse 1). De plus, ils cumulent différentes activités. Les analyses mettent en exergue une forte charge émotionnelle et décisionnelle. Les conflits sont aussi une réelle charge pour certains participants. Nos résultats sur la charge de travail sont en adéquation avec la littérature (Alaczar -Mor et al., 2019 ; de Bonnière et al., 2010 ; Van der Heijden et al., 2008 ; West et al., 2018).

Dans un deuxième temps, on remarque que les médecins interrogés ne sont pas en détresse en travail malgré cette forte charge de travail (Hypothèse 2). Cependant, cette détresse psychologique a pu exister durant la crise sanitaire. Comme l'indiquent des recherches, les médecins travaillant en lien avec la fin de vie ne sont pas en épuisement professionnel (Dréano-Hartz et al., 2018 ; Granek & Buchman., 2019 ; West et al., 2017). Nos résultats mettent en exergue des facteurs de protection, notamment le travail en équipe, ce qui est également repris dans la littérature (Ansmann et al., 2014).

Dans un troisième temps, l'analyse thématique a pu montrer que les médecins qui perçoivent de la reconnaissance de la part de leurs collègues, de la hiérarchie ou du *top management* ont un meilleur bien-être au travail (Hypothèse 3). Nous avons surtout remarqué que les praticiens qui n'avaient pas cette reconnaissance au travail, se sentaient moins bien au travail. C'est également ce que la littérature a mis en exergue (Colombat et al., 2012 ; Rul & Carnevale, 2014).

Dans le même sens, le discours des médecins révèle l'importance d'un bon climat de travail pour le bien-être psychologique (Hypothèse 4a). En effet, nous relevons que pour les médecins qui travaillent dans les services où l'ambiance est bonne, leur qualité de vie au travail est améliorée. Cette bonne ambiance se matérialise par une bonne cohésion dans l'équipe pluridisciplinaire, ainsi qu'une prise de décision partagée. C'est notamment ce que les chercheurs ont aussi relevés (Colombat et al., 2012).

Les résultats confirment que les médecins interrogés ont peu ou pas de contact avec leur *top management* (Hypothèses 4b). En effet, la majorité indique ne pas pouvoir les identifier. Ils ne se sentent pas non plus écoutés ou considérés. Ce qui est en adéquation avec l'étude de Batt et al., (2010). A terme, cela peut affecter la qualité de vie au travail des praticiens (Ziehm et al., 2016). Pour ce qui est du soutien de la hiérarchie de proximité, celui-ci est variable.

Les entretiens nous ont permis de cerner la relation qu'entretiennent les médecins avec l'équipe paramédicale. La plupart du temps, cette ambiance est apaisée ; la communication est fluide. D'ailleurs, certains praticiens évoquent une forte charge émotionnelle lorsque des conflits s'installent au sein des équipes (Hypothèse 4c). On peut dire que le travail interdisciplinaire et cette bonne entente sont un facteur de protection du stress au travail, comme l'ont démontré Estryng-Behar et al. (2012).

Les résultats mettent en exergue le fait que les médecins qui ont un fort pouvoir décisionnel se sentent mieux au travail (Hypothèse 5). En effet, lorsque les équipes ont plus de latitude décisionnelle, leur qualité de vie au travail se voit améliorée. A contrario, les médecins interrogés qui ne peuvent pas participer aux décisions du service, manifestent davantage de mal-être au travail. C'est pourquoi la mise en place d'un management participatif au sens de Colombat et al. est bénéfique (2012).

L'analyse thématique a montré que les médecins qui ont reçu une formation complémentaire comme un DU ou DIU sur les soins palliatifs ou la réflexion éthique, ont plus de facilité lors de la prise de décision (Hypothèse 6a). C'est ce qu'ont pu montrer les chercheurs (Badoul, 2017 ; Ivanescu, 2021). Ainsi, la charge émotionnelle et décisionnelle se trouve amoindrie. En revanche, les entretiens révèlent que les jeunes médecins n'ayant pas pu bénéficier de ce type de formations ressentent plus de difficultés émotionnelles.

Enfin, concernant le cadre juridique, il est difficile de dire si ce sont les conditions de travail qui ne permettent pas l'application de la loi Cleys Leonetti (Hypothèse 6b). Cependant, les entretiens montrent que les médecins sont assez critiques vis-à-vis de la loi. En effet, pour ce qui est des directives anticipées ou de la personne de confiance, ces mesures sont difficilement applicables sur le terrain. Cela est parfois dû à la méconnaissance des lois de la part des patients et des familles. D'autres médecins évoquent la manque d'adaptabilité des lois pour certains patients qui ont des troubles cognitifs.

9 Limites

Nous pouvons souligner quelques limites à cette recherche. Tout d'abord, la population interrogée est limitée aux médecins exerçant exclusivement dans les Hauts de France. De plus, notre recherche est censée évaluer la santé psychologique des médecins qui travaillent auprès des patients en fin de vie. Or, certains entretiens ont été menés auprès de praticiens dans les services de gériatrie où les patients ne sont pas forcément proches de la mort. Ainsi, leur vision de la fin de vie est différente des médecins en soins palliatifs. Concernant l'échantillon interrogé, nous constatons un déséquilibre entre les sexes. Les femmes représentent 62.5 % et les hommes 37.5%. Notre échantillon ne représente donc pas totalement l'échantillon national.

Ensuite, certains entretiens étaient réalisés par d'anciens étudiants. Les données fournies n'étaient pas si denses que les entretiens que nous avons pu mener. Ainsi, pour certaines questions, une vraie différence existait, ce qui a eu un impact sur l'analyse. Celle-ci était moins précise pour ces entretiens.

Par ailleurs, la grille d'entretien contient une forme de déséquilibre quant à l'ouverture des questions formulées. Si certaines questions s'avèrent trop ouvertes et conduisent donc les

répondants à un manque de clarté (« Quelles dispositions ou notions juridiques connaissez-vous des soins palliatifs en établissement de santé ? »), d'autres semblent museler ces derniers et ne permettent donc pas toujours d'obtenir des données exploitables et analysables (« Disposez-vous de formations à la gestion des émotions ? »). Ainsi, les réponses données ne sont pas toujours celles que nous attendions.

Enfin, pour les analyses, nous nous sommes contentés de réaliser une analyse thématique. Ce type d'analyse pose quelques limites, notamment en ce qui concerne le processus de thématisation. Normalement, il est recommandé qu'une vérification ait lieu par un deuxième chercheur. Des biais peuvent apparaître lorsque l'analyse est effectuée par une seule personne, notamment parce que la classification en unités de signification dépend de critères subjectifs (Paillé & Muchielli, 2021)

D'autre part, l'utilisation d'un logiciel d'analyse comme Iramuteq aurait pu être pertinente. En effet, ces logiciels peuvent confirmer la classification effectuée. Malheureusement, par manque de temps et de connaissances, ces analyses n'ont pas pu être réalisées. Cependant, après plusieurs relectures, l'utilisation de ce type de logiciels demande des corpus assez conséquents. Or, nos données ne sont pas toutes équilibrées en termes de densité de données.

10 Implications

10.1 Implication de recherche

Tout d'abord, il serait pertinent d'effectuer plus d'entretiens. De plus, il serait intéressant de généraliser l'étude à tout le territoire afin d'avoir une vision plus globale de la santé psychologique des médecins. Concernant l'échantillon, il faudrait aussi être plus vigilant quant à la part d'hommes interrogés. Afin de garantir un équilibre entre sexes. Cela permettrait, lors des analyses, de constater s'il existe une différence entre les hommes et les femmes concernant la santé psychologique au travail.

La grille d'entretien pourrait aussi inclure davantage de questions concernant le cadre juridique. En effet, la grille d'entretien actuelle inclut des questions parfois trop générales. Or, pour comprendre plus en profondeur les limites de ces lois, il serait pertinent de poser des

questions sur la façon avec laquelle ces lois pourraient être modifiées pour améliorer leur qualité de vie au travail.

Par ailleurs, il serait intéressant de compléter notre analyse qualitative par un apport quantitatif. La littérature s'efforce de montrer la complémentarité de ces types d'analyses (Mascalora, 2018). En cumulant deux types d'analyse, les résultats pourront être plus robustes et davantage généralisables à l'ensemble des médecins. Ainsi, notre étude aurait plus de poids dans la mise en place d'actions pour améliorer la qualité de vie au travail.

Enfin, lors des analyses, nous pourrions comparer deux populations, par exemple, les médicaux et les paramédicaux. Malgré un même environnement de travail, ces échantillons n'ont pas du tout les mêmes conditions de travail et la même charge de travail. C'est pourquoi, en réalisant des comparaisons entre ces deux types de population, nous pourrions ajuster les actions à mettre en place. Ces dernières seront alors plus efficaces.

10.2 Implications pratiques

Au niveau des implications pratiques, afin d'améliorer la qualité de vie au travail, il est préconisé de développer la communication. Celle-ci peut être matérialisée par différentes mesures. La communication entre médecins peut être développée grâce à la mise en place systématique de réunions hebdomadaires sur la prise de décision. Lors de ces réunions, les praticiens pourront échanger ensemble sur le cas de chaque patient et ainsi partager la charge décisionnelle qui leur revient. D'autre part, il est important de renforcer aussi la cohésion avec les équipes paramédicales notamment en gommant « la hiérarchie » qui pourrait exister. Pour cela, une réorganisation des transmissions peut s'opérer. Nous préconisons que ce soient les aides-soignantes qui mènent ces dernières afin de les habituer à donner leur avis et ainsi qu'elles se sentent plus légitimes d'intervenir y compris en présence du corps médical. Ce type de fonctionnement a déjà fait ses preuves dans un service de soins palliatifs dans lequel nous avons interrogé le médecin de service.

Des actions peuvent aussi réduire la charge émotionnelle des médecins. Pour cela, il serait pertinent d'organiser des groupes de parole animés par une psychologue du travail dans chaque unité de soins palliatifs. Ces derniers seront à destination de tous les soignants du service et des médecins. Ces espaces neutres permettront aux soignants de s'exprimer librement sur les situations qu'ils ont vécues. Encore une fois, le fait d'y convier toute

l'équipe permet de gommer cette hiérarchie qui existe entre médicaux et paramédicaux. Nous préconisons aussi la mise en place de staffs éthiques mensuels. Ces deniers seront accessibles à tous ; ils permettront de réfléchir en groupe aux enjeux éthiques de la fin de vie. En réfléchissant à ce sujet en amont du travail de terrain, les soignants pourront être davantage prêts dans le cas de prise de décisions difficiles.

La charge émotionnelle peut aussi être amoindrie par la mise à disposition automatique d'un psychologue du travail. Chaque soignant doit avoir la possibilité de rencontrer un psychologue en entretien individuel. Cet accompagnement personnalisé a deux effets. Dans un premier temps, il permet au bénéficiaire de se libérer émotionnellement et de trouver des solutions à ses difficultés. Dans un second temps, ces entretiens peuvent aussi donner un indice des conditions de travail d'un service. Ainsi, le psychologue peut agir à plus grande échelle en réalisant un diagnostic RPS par exemple. Ces entretiens peuvent être une façon de « dépister » les services et/ou les personnes plus vulnérables.

D'autres mesures pour améliorer la santé psychologique des médecins peuvent être mises en place, et notamment la mise à disposition d'un bureau individuel pour chaque médecin. Ces espaces clos peuvent leur permettre de se libérer de leurs émotions mais aussi de se focaliser sur des tâches qui demandent une grande concentration. Ils agissent comme un sas de décompression et un endroit dans lequel le professionnel peut se relâcher.

Dans le même sens, des ateliers de relaxation ou de méditation pourraient avoir lieu sur les pauses méridiennes. Bien que les médecins aient peu de temps, le bénéfice de ces pauses les rendra davantage productifs et disponibles émotionnellement.

Des actions de préventions primaires peuvent aussi améliorer le bien-être des médecins. Dans l'immédiat, il serait pertinent de proposer aux médecins des formations sur la gestion des émotions et sur la gestion des conflits. En conformité avec ce que nous avons relevé durant les analyses, ces deux formations pourront apporter des outils utiles au quotidien. A plus grande échelle, nous préconisons la création d'un module spécifique à la fin de vie, aux soins palliatifs et à la prise de décision dans le cursus universitaire. Ce module est indispensable pour répondre au vieillissement de la population, un enjeu crucial de la prochaine décennie.

Le développement d'un management participatif à l'hôpital peut favoriser les échanges, les liens sociaux, ainsi qu'une communication plus authentique entre tous les protagonistes du soin (Colombat, 2012 ; Colombat et al., 2018). Plus globalement, l'hôpital subit des réformes qui s'inscrivent dans l'approche du *New Public Management* (Dumond, 2003). Les décisions

sont alors prises exclusivement par des gestionnaires qui n'ont aucun regard sur la réalité du terrain (Seguin, 2018). La fonction publique hospitalière se voit alors dirigée comme une entreprise privée. L'accent est mis sur la performance et la réduction des coûts. C'est pourquoi, il serait pertinent de revenir à un management participatif. Ce qui permettrait à terme de réduire les injonctions paradoxales auxquelles les professionnels font face.

11 Conclusion

La fin de vie est un enjeu majeur aujourd'hui ; sa prise en charge par les soins palliatifs ne va pas cesser d'augmenter au fil des années. C'est pourquoi, il nous a paru pertinent d'évaluer qualitativement le bien-être des médecins exerçant auprès de ces patients. Notre méthodologie de recherche nous a permis de soulever les freins et les leviers qui touchent la santé psychologique des praticiens. Les facteurs de protection au sein des établissements de santé semblent être le soutien social en général, ainsi que des ressources humaines et matérielles suffisantes. La reconnaissance du travail par la famille, le patient et la hiérarchie semble très importante pour les soignants. De plus, la formation est un levier de motivation pour accompagner au mieux les patients en fin de vie. En revanche, notre étude a pu montrer aussi les freins au bien-être psychologique des médecins. Nous avons relevé les conflits au travail, la forte charge de travail et la mise en application parfois difficile des lois concernant la fin de vie. Enfin, notre étude a pu montrer que les médecins interrogés faisaient preuve d'une grande résilience face à leurs tâches quotidiennes, d'où la quasi-absence de détresse psychologique au travail. Il serait pertinent d'évaluer plus en détail la manière avec laquelle les lois sur la fin de vie sont perçues chez les médecins accompagnant des personnes en fin de vie.

12 Lexique

Ac-SOIVie : Accompagnement des Soignants de patients en fin de vie

BEPT : Bien Être Psychologique au Travail

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IAHPC : International Association for Hospice and Palliative Care

LMX : Leader-Member Exchange

MBI : Maslach Burnout Inventory's

OMS : L'Organisation Mondiale de la Santé

QVCT : Qualité de Vie au Travail

SOP : Soutien Organisationnel Perçu

USP : Unités de Soins Palliatifs

UMSP : Unités Mobiles de Soins Palliatifs

13 Bibliographie

- Aguilar, C. A., & Huertas, L. A. (2015). Burnout y afrontamiento en los profesionales de salud en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. *Psicología y salud*, 25(1), 73-81. <https://doi.org/10.25009/pys.v25i1.1340>
- AbuAlRub, R. F. (2004). Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 73-78. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04016.x>
- Alcaraz-Mor, R., Urcun, A., Vigouroux, A., & Lehucher-Michel, M.-P. (2018). Contraintes psychosociales et organisationnelles : Analyse qualitative auprès de 51 médecins hospitaliers. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 79(3), 282. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2018.03.149>
- Alcaraz-Mor, R., Vigouroux, A., Urcun, A., Boyer, L., Villa, A., & Lehucher-Michel, M.-P. (2019). Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : satisfaits malgré Tout... *Santé Publique*, 31(1), 113-123.
- Al-Hussami, Dr. M. (2008). Study of nurses' job satisfaction : The relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *European Journal of Scientific Research*, 22, 286-295.
- ANI. (2021). *Accord national interprofessionnel pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail*.
- Ansmann, L., Wirtz, M., Kowalski, C., Pfaff, H., Visser, A., & Ernstmann, N. (2014). The impact of the hospital work environment on social support from physicians in breast cancer care. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 352-360. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.016>
- Badoul, A. (2017). L'exercice de la médecine palliative est-il source de « burn-out » chez les médecins ? [Diplôme inter-universitaire soins palliatifs, Université Paris Diderot]
- Bataille, P., & Virole, L. (2013). Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecines de la reproduction et palliative. *La Nouvelle Revue du Travail*, 2, Article 2. <https://doi.org/10.4000/nrt.613>
- Batt, M., Trognon, A., & Langard, A. (2010). Analyse interlocutoire d'une plainte exprimée par une équipe mobile de soins palliatifs. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16(4), 362-389. [https://doi.org/10.1016/S1420-2530\(16\)30142-X](https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30142-X)
- Belorgey, N. (2016). L'hôpital sous pression.
- Bernard, C., Hamidou, Z., Billa, O., Dany, L., Amouroux-Gorsse, V., Dubois, L., Gallois, M., Larivière, E. de, Lamie, S., Peyrat-Apicella, D., Vezy, P., Aubry, R., Guillemain, F., Dabakuyo-Yonli, S., & Auquier, P. (2021). Recherche sur la fin de vie, la nécessité d'un consensus : Premiers Résultats. *Santé Publique*, 33(2), 191-198.
- Berre, R. L. (2020). *Manuel de soins palliatifs*. Dunod.
- Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L., Dewas, S., Pointreau, Y., Rodrigues (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents : A Comprehensive nationwide Cross-Sectional Study. *European Journal of Cancer*, 46, 2708-2715.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. Wiley.
- Bonnin-Scaon, S., & Colombat, P. (2008). Démarche palliative et prévention de la souffrance des soignants. *Oncologie*, 10(2), 113-115. <https://doi.org/10.1007/s10269-007-0773-3>
- Boudrias, J.-S., Desrumaux, P., Gaudreau, P., Nelson, K., Brunet, L., & Savoie, A. (2011).

- Modeling the experience of psychological health at work : The role of personal resources, social-organizational resources, and job demands. *International Journal of Stress Management*, 18(4), 372–395. <https://doi.org/10.1037/a0025353>
- Bouterfas, N. (2014). *Vers un modèle de la santé psychologique au travail des agents du social et de l'insertion : Quels inducteurs organisationnels, psychosociaux et personnels sur le bien-être, la détresse et l'épuisement ?* [Université Charles de Gaulle - Lille III].
- Brunetto, Y., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., & Dienger, J. (2013). The importance of supervisor-nurse relationships, teamwork, wellbeing, affective commitment and retention of North American nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(6), 827–837. <https://doi.org/10.1111/jonm.12111>
- Burakova, M., & Leduc, S. (2014). Risques psychosociaux, Qualité de vie au travail : Opposition ou complémentarité ? De la prévention à la promotion de la santé au travail. Dans C. Lagabrielle, & S. Laberon (eds.) *Santé au travail et risques Psychosociaux : Tous préventeurs ?*, 63–76. L'Harmattan: Paris.
- Cipriani, R. (2009). L'analyse qualitative comme approche multiple. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.2990>
- Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., Laszlo, J., Litts, D. A., Mann, J., Mansky, P. A., Michels, R., Miles, S. H., Proujansky, R., Reynolds III, C. F., & Silverman, M. M. (2003). Confronting depression and suicide in physicians : A consensus statement. *JAMA*, 289(23), 3161–3166. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3161>
- Chang, H.-Y., Teng, C.-I., Chu, T.-L., Chang, H.-T., & Hsu, W.-H. (2012). Impact of nurse agreeableness and negative mood of nursing supervisors on intention to help colleagues. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 636–646. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05776.x>
- Chapelle, F. (2018). *Modèle de Siegrist*. 17, Dunod
- Chemin-Sauque, B., & Routens, F. (2019). La bienveillance à l'épreuve des soins palliatifs : Regards croisés sur l'idéal soignant. *Revue Internationale de Soins Palliatifs*, 34(2), 59–64.
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). *Les entretiens*. EMS Editions.
- CNSPFV. (2020). Acharnement thérapeutique, obstination déraisonnable qui décide ? Que dit la loi ? Ou mettre le curseur ? 2.
- Coitout, C., & Lavault, I. (2021). Projet de (fin de) vie : Un Accompagnement par le soignant *Médecine Palliative*, 20(6), 342–345. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2020.09.004>
- Colombat, P., Lejeune, J., Coillot, H., Chevalier, S., & Fouquereau, E. (2018). La démarche participative : Un enjeu pour le système de soins. *Risques & qualité en milieu de soins*, 1, 30. https://doi.org/10.25329/rq_xv_1-5
- Colombat, P. (2013). *La démarche palliative (participative)*. Dunod.
- Coudert, M., Viillard, M.-L., & Mamzer-Bruneel, M.-F. (2021). Représentations de la fin de vie pour les oncologues et les praticiens de soins palliatifs. *Médecine Palliative*, 20(2), 81–89. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2020.03.002>
- Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2012). What is psychological well-being, really? A grassroots approach from the organizational sciences. *Journal of Happiness Studies*, 13(4), 659–684.
- De Bonnières, A., Estryng-Behar, M., & Lassaunière, J.-M. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de*

support - accompagnement - Éthique, 9(4), 167–176.
<https://doi.org/10.1016/j.medpal.2010.02.002>

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14–23. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.14>
- Desrumaux, P., & Gillet, N. (2016). Desrumaux, P. & Gillet, N. (2016). Promouvoir la santé psychologique au travail par la bienveillance en satisfaisant les besoins psychologiques. Dans : Jean-Luc Bernaud éd., *Psychologie de la bienveillance professionnelle: Concepts, modèles et dispositifs*, 197–209. Paris: Dunod.
- Desrumaux, P., Lapointe, D., Ntsame Sima, M., Boudrias, J.-S., Savoie, A., & Brunet, L. (2015). The impact of job demands, climate, and optimism on well-being and distress at work : What are the mediating effects of basic psychological need satisfaction? *European Review of Applied Psychology*, 65(4), 179–188. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2015.06.003>
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being : Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103–157.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being : The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Dijxhoorn, A.-F. Q., Brom, L., van der Linden, Y. M., Leget, C., & Raijmakers, N. J. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms : A Systematic literature review. *Palliative Medicine*, 35(1), 6–26. <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>
- Dose, E., Desrumaux, P., (2021). Bien-être au travail des soignants : de la nécessité des organisations bien traitantes et des soutiens pour la satisfaction des besoins et une bonne santé psychologique. Dans Quinton, J., Fantoni, S., et Saison, J.,: *De l'obstination déraisonnable aux soins palliatifs*. LEH Edition.
- Dose, É., Desrumaux, P., & Rekik, M. (2019). Télépression au travail, relation entre l'utilisation de la messagerie électronique au travail et les échanges leader-membres : Rôles de la reconnaissance et de la charge de travail. *Le travail humain*, 82(2), 151-181.
- Dose, E., Desrumaux, P., Fantoni Quinton, S., & Saison, J. (2021). Bien-être au travail des soignants : de la nécessité des organisations bien traitantes et des soutiens pour la satisfaction des besoins et une bonne santé psychologiques. In S. Fantoni & J. Saison (Eds), *De l'obstination déraisonnable aux soins palliatifs. Regard interdisciplinaire pour une amélioration de l'accompagnement de la fin de vie* (pp. 21-36). LEH Edition.
- Dose, E., Desrumaux, P., & Colombat, P. (2019). Le bien-être psychologique au travail des professionnels du médical et du paramédical : Rôles des échanges leader-membres, du soutien organisationnel perçu, du sentiment d'efficacité et médiations par la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 25(4), 251–268.
<https://doi.org/10.1016/j.pto.2019.09.002>
- Dumond, J.-P. (2003). Les conflits de pouvoir à l'hôpital. *Les Tribunes de la sante*, 1(1), 71-81.
- Dréano-Hartz, S., Rhondali, W., Ledoux, M., Ruer, M., Berthiller, J., Schott, A.-M., Monsarrat, L., & Filbet, M. (2016). Burnout among physicians in palliative care : Impact of clinical settings. *Palliative & Supportive Care*, 14(4), 402-410. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000991>
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507.

[9010.71.3.500](#)

- Ellenberg, E. (2004). Communication et fin de vie : Revue bibliographique et approche éthique de la caresse. *InfoKara*, 19(2), 59–69.
- Estryn-Béhar, M. (2008). Un an après : Les facteurs décisifs de départ. *Presses de l'EHESP*, 307–330.
- Estryn-Béhar, M., Lassaunière, J.-M., Fry, C., & de Bonnières, A. (2012). L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. *Médecine Palliative : Soins de support - accompagnement - éthique*, 11(2), 65–89. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2011.07.001>
- Fantoni-Quinton, S., Desrumaux, P., Dose, E., & Saison, J. (2021). Effets du soutien organisationnel perçu et du soutien des collègues sur l'intention de quitter des infirmiers : rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. Paris : L'Harmattan.
- Fantoni, S., Saison-Demars, J., & Fournier, V. (2021). *De l'obstination déraisonnable aux soins palliatifs : Regard pluridisciplinaire pour une amélioration de l'accompagnement de la fin de vie*. LEH édition.
- Foucault, C., & Mongeau, S. (2018). L'alliance thérapeutique. *Presses de l'Université de Montréal*, 30–55 <http://books.openedition.org/pum/10611>
- Fournier, P. (2004). Souffrir de soigner : Le burn out des médecins travaillant en soins palliatifs—Suffering in giving medical care : Burn out syndrome among physicians working in palliative care. *La Lettre du Cancérologue*, 8(2), 12.
- Frache, S., Balizet, D., Simonin, C., Batit, E., & Aubry, R. (2020). Que font les médecins en unité de soins palliatifs ? Étude descriptive de la pratique médicale dans une unité de soins palliatifs en France. *Médecine Palliative*, 19(5), 282–287. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2019.08.014>
- Gaille, M. (2021). La fin de vie, enjeu de santé publique : dimensions éthiques d'une question politique. *Santé Publique*, 33(2), 177–184.
- Gilbert, M.-H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *European Review of Applied Psychology-revue Européenne De Psychologie Appliquée*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.09.001>
- Graen, G. (1976). Role-making processes within complex organizations. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook in industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally. 1201-1245
- Granek, L., & Buchman, S. (2019). Improving physician well-being : Lessons from Palliative Care. *CMAJ*, 191(14), E380–E381. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190110>
- Grow, H. M., McPhillips, H. A., & Batra, M. (2019). Understanding physician burnout. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(11), 100–656. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100656>
- Guillaume, S. (2016). Fin de vie : Ce que dit la nouvelle loi. *Le bulletin de l'Ordre national des médecins*, 46, 32.
- Guirimand, F., Waetcher, L., & Nollet, C. (8 octobre 2019). *Intentionnalité des pratiques sédatives à visée palliative*. [Conférence]. Journée thématique SFAP, Maison Médicale Jeanne Garnier.
- Harasym, P., Brisbin, S., Afzaal, M., Sinnarajah, A., Venturato, L., Quail, P., Kaasalainen, S., Straus, S. E., Sussman, T., Virk, N., & Holroyd-Leduc, J. (2020). Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long-term care facilities : A qualitative

- descriptive study of community-based and specialist palliative care physicians' experiences, perceptions and perspectives. *BMJ Open*, 10(8) <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037466>
- Hecquet, M., & Nuytens, A. (2011). Réflexion éthique autour des enjeux de la relation soignant–soigné lors d'un accompagnement de fin de vie en EHPAD. *Éthique & Santé*, 8(1), 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2010.06.001>
- Houle, J.-F. (2019). Estime de soi et reconnaissance chez Paul Ricoeur : La « petite éthique » Comme Ethique de la Reconnaissance. *Symposium*, 23(2), 202–218.
- Ilić, I. M., Arandjelović, M. Ž., Jovanović, J. M., & Nešić, M. M. (2017). Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout - Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*, 68(2), 167–178. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00516>
- Imbert, G. (2010). The semi-structured interview : at the border of public health and anthropology. *Recherche en Soins Infirmiers*, 102(3), 23–34.
- INRS. (2021). Risques psychosociaux (RPS). Facteurs de risque : <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>
- INSEE. (2020a). Insee—Statistiques locales—Indicateurs : cartes, données et graphiques. https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-438944,6365095,1619273,1074309&c=indicateur&i=filo_c1km_3857.part_plus_65_ans&s=2_015&view=map9
- INSEE. (2020b). Tableau de bord de l'économie française—Égalité femmes-hommes. https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/40_SOC/44_EGF
- Intissar, S., & Rabeb, C. (2015). Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : La théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(3), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.07.002>
- Ivanescu, R. S. (2021). L'éthique du cadre de santé en soins palliatifs. *Médecine Palliative*, 20(4), 219–226. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2020.03.004>
- Jacquemin, D. (2002). Palliative care : The ethical issues of a meeting (a nurse caring for a person at the end of his/her life). *Revue française des affaires sociales*, 3, 143-162.
- Jouffroy, R., Le Guen, M., Levy-Soussan, M., Dautzenberg, B., Riou, B., & Langeron, O. (2020). Retentissement des décisions de fin de vie chez les étudiants en médecine : Résultats d'une enquête nationale française. *Anesthésie & Réanimation*, 6(5), 455–461. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2019.10.002>
- Kamal, A. H., Bull, J. H., Wolf, S. P., Swetz, K. M., Shanafelt, T. D., Ast, K., Kavalieratos, D., & Sinclair, C. T. (2020). Prevalence and predictors of burnout among hospice and palliative care clinicians in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(5). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.017>
- Kaur, A., Sharma, M. P., & Chaturvedi, S. K. (2018). Professional quality of life among professional care providers at cancer palliative care centers in bengaluru, India. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(2), 167–172. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_31_18
- Karasek, R. (1992). *Healthy Work : Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.

- Karasek, R., Triandis, K.-P., & Chaudhry, S. S. (1982). Coworker and supervisor support as moderators of association between tasks characteristics and mental strain. *Journal of occupational behavior*, 3, 181-200.
- Kawaguchi, S., Mirza, R., Nissim, R., & Ridley, J. (2017). Internal medicine residents' beliefs, attitudes, and experiences relating to palliative care: A qualitative study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 34(4), 366–372. <https://doi.org/10.1177/1049909116628799>
- Kuyu, C. (2020). Les politiques de santé : L'OMS et la promotion des soins palliatifs. *Manuel des soins palliatifs*. Dunod.
- Labrague, L. J., & De los Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses : Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1653-1661. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>
- Leblanc-Briot, M.-T. (2014). Fin de vie des personnes âgées. *Jusqua la mort accompagner la vie*, 119(4), 97-108.
- Leduc, S. (2016). *Charge de travail*. Dunod. <http://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100738113-page-79.htm>
- Légifrance, (2021), Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.
- Légifrance, (2016), Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- Légifrance, (2002), Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Le Ray-Landrein, F. (2016). Le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs. *Psycho-oncologie*, 10(3), 211–219.
- Lee, Y. (2019). A study on the effect of authentic leadership of hospital organization on organizational commitment and organizational citizenship behavior : Focusing on mediating effect of LMX. *The Journal of Industrial Distribution & Business*, 10(3), 73–83. <https://doi.org/10.13106/ijfdb.2019.vol10.no3.73>
- Leroy-Frémont, N., Desrumaux, P., Moundjiegout, T., & Lapointe, D. (2014). Effet médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques entre les contraintes, justice organisationnelle et personnalité avec le bien-être subjectif et l'épuisement professionnel. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 2(20), 175–202.
- LimaLiliana, D., Woodruff, R., Pettus, K., Downing, J., Buitrago, R., Munyoro, E., Venkateswaran, C., Bhatnagar, S., & Radbruch, L. (2017). International association for hospice and palliative care position statement : Euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0290>
- Liden, R., Sparrowe, R., & Wayne, S. (1997). Leader-member exchange theory : The past and potential for the future. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 15.
- Linzer, M., Visser, M. R. M., Oort, F. J., Smets, E. M. A., McMurray, J. E., & Haes, H. C. J. M. de. (2001). Predicting and preventing physician burnout : Results from the united states and the netherlands. *The American Journal of Medicine*, 111(2), 170–175. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(01\)00814-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(01)00814-2)
- Ma, S., Huang, Y., Yang, Y., Ma, Y., Zhou, T., Zhao, H., Chen, L., Zhou, N., & Zhang, L. (2019). Prevalence of burnout and career satisfaction among oncologists in China : A National Survey. *The Oncologist*, 24(7), 480–489. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2018-0249>

- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. In *Evaluating Stress : A book of resources* (3), 191–218.
- Maslach, C., & Zimbardo, P. G. (1982). *Burnout : The cost of caring*.
- Maranda, M.-F. (2006). *La détresse des médecins : Un appel au changement : rapport d'enquête de psychodynamique du travail*. Presses Université Laval.
- Mikalauskas, A., Benetis, R., Širvinskas, E., Andrejaitienė, J., Kinduris, Š., Macas, A., & Padaiga, Ž. (2018). Burnout among anesthetists and intensive care physicians. *Open Medicine*, 13(1), 105–112. <https://doi.org/10.1515/med-2018-0017>
- Moreno-Milan, B., Cano-Vindel, A., Lopez-Dóriga, P., Medrano, L. A., & Breitbart, W. (2019). Meaning of work and personal protective factors among palliative care professionals. *Palliative & Supportive Care*, 17(4), 381–387. <https://doi.org/10.1017/S147895151800113X>
- Moscarola, J. (2018). *Faire parler les données : Méthodologies quantitatives et qualitatives*. éditions ems.
- Mucchielli, R. (2016). *L'entretien de face à face : Dans la relation d'aide*. ESF Sciences Humaines
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : Pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138. <https://doi.org/10.7202/1085400ar>
- Ondet, M., & Poulet, C. (2020). Prise de décision d'une LAT des médecins exerçant en soins palliatifs : Éthique et vécu émotionnel. *Médecine Palliative*, 19(4), 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2020.02.004>
- Oreskovich, M. R., Kaups, K. L., Balch, C. M., Hanks, J. B., Satele, D., Sloan, J., Meredith, C., Buhl, A., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2012). Prevalence of alcohol use disorders among american surgeons. *Archives of Surgery*, 147(2), 168–174. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2011.1481>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* Ed. 4. Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd). Armand Colin
- Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care : A systematic review. *JBIS Evidence Synthesis*, 15(7), 1905–1933. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003309>
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors related to physician burnout and its consequences : A Review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 98. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Payne, R., & (C) Fletcher, B. (1983). Job, supports, and constraints as predictors of psychological strain among schoolteachers. *Journal of Vocational Behavior*, 22(2), 136-147. [https://doi.org/10.1016/0001-8791\(83\)90023-4](https://doi.org/10.1016/0001-8791(83)90023-4)
- Popa-Velea, O., Trutescu, C.-I., & Diaconescu, L. V. (2019). The impact of Balint work on alexithymia, perceived stress, perceived social support and burnout among physicians working in palliative care : A longitudinal study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 32(1), 53–63. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01302>
- Poulalhon, C., Rotelli-Bihet, L., Raso, C., Aubry, R., Fagot-Campagna, A., & Tuppin, P. (2018).

- Deaths in France : Characteristics, place of death, hospitalisations and use of palliative care during the year before death. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66(1), 33–42. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.06.008>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care :A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Robo, A. (2021). La vulnérabilité au cœur de celui qui soigne en soins palliatifs. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 145(2), 17–27.
- Rogers, C., Kinget, G., & Peretti, A. (2009). Psychothérapie et relations humaines : Théorie de la Thérapie Centrée sur la Personne. ESF. 1.
- Rul, B., & Carnevale, F. A. (2014). Recherche en soins palliatifs : Intérêt des méthodes qualitatives. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 13(5), 241–248. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2014.07.001>
- Saison, J. (2021). L'organisation territoriale des soins de premier recours à l'épreuve de la covid-19 : Les enseignements d'une crise sanitaire. *Droit et Ville*, 91(1), 11–23.
- Saison, J., Fantoni, J., Desrumaux, P., Dose, E., Le clainche, C., Leuzzi, C., Turck, E., & Sabot, philipe. (2020). Protocole soumis au Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Lille : l'accompagnement de la fin de vie : regards croisés des professionnels de santé (AcSOI-Vie) . In S. Fantoni & J. Saison (Eds), *De l'obstination déraisonnable aux soins palliatifs. Regard interdisciplinaire pour une amélioration de l'accompagnement de la fin de vie*. LEH Edition.
- Sauvezon, C., Ferrieux, D., & Priolo, D. (2019). Le stress au travail : Du paradigme des risques psychosociaux à celui de la qualité de vie au travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 25(2), 86–99. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2018.11.002>
- Seguin, E. (2018). L'impact des transformations récentes des universités sur le mobbing académique. *Argument*, 20(2).
- Scheepers, R. A., Boerebach, B. C. M., Arah, O. A., Heineman, M. J., & Lombarts, K. M. J. M. H. (2015). A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(6), 683–698. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9473-3>
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., Rummans, T., Swartz, K., Novotny, P. J., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2011). Special Report : Suicidal ideation among american surgeons. *Archives of Surgery*, 146(1), 54–62. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.292>
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general us population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Shin, O.-S., & Cho, C.-H. (2018). An effect of psychological empowerment on employees' voluntary service attitude in the elderly care hospital : Moderating effect of LMX. *Journal of Korean Society for Quality Management*, 46(1), 75–94.

<https://doi.org/10.7469/JKSQM.2018.46.1.075>

- Stuber, F., Seifried-Dübon, T., Rieger, M. A., Contributors of the SEEGEN Consortium, Zipfel, S., Gündel, H., Junne, F., Rothermund, E., Mulfinger, N., Jarczok, M., Angerer, P., Maatouk, I., Müller, A., Puschner, B., Schweitzer-Rothers, J., Süß, S., & Ziegenhain, U. (2019). Investigating the rôle of stress-preventive leadership in the workplace hospital : The cross-sectional determination of relational quality by transformational leadership. *Frontiers in Psychiatry, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00622>
- Sutter, P.-E. (2019). *Promouvoir le bien-être au travail : Pour une Politique de QVT Réussie*. (2e éd), Gereso.
- Tavani, J. L., Lo Monaco, G., Hoffmann-Hervé, L., Botella, M., & Collange, J. (2014). La qualité de vie au travail : Objectif à poursuivre ou concept à évaluer ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 75*(2), 160–170. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2014.01.002>
- Thominet, P. (2016). Écrire une histoire française de l'accompagnement et des soins palliatifs. In M.-H. Salamagne (Éd.), *Accompagner : Trente ans de soins palliatifs en France*, 33-42. Demopolis.
- Thouvenin, D., Depadt, V., & Lefeuvre, K. (2017). *La dimension juridique de la fin de vie*. Presses de l'EHESP.
- Truchot, D., Roncari, N., & Bantégnie, D. (2011). Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : Une étude exploratoire. *L'Encéphale, 37*(1), 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.03.011>
- Truchot, D. (2009). Le burn-out des médecins généralistes : Influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 167*(6), 422. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.03.018>
- Udo, C., Lövgren, M., Lundquist, G., & Axelsson, B. (2018). Palliative care physicians' experiences of end-of-life communication : A focus group study. *European Journal of Cancer Care, 27*(1). <https://doi.org/10.1111/ecc.12728>
- Van Der Heijden, F., Dillingh, G., Bakker, A., & Prins, J. (2008). Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Archives of Suicide Research, 12*(4), 344–346. <https://doi.org/10.1080/13811110802325349>
- Vialatte, S. (2020). Éthique et soin. *Jusqua la mort accompagner la vie, 143*(4), 89–101.
- Vignaud, P., & Prieto, N. (2020). Impact psychique de la pandémie de Covid-19 sur les professionnels soignants. *Actualités Pharmaceutiques, 59*(599), 51–53. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.08.013>
- Wang, C., Grassau, P., Lawlor, P. G., Webber, C., Bush, S. H., Gagnon, B., Kabir, M., & Spilg, E. G. (2020). Burnout and resilience among Canadian palliative care physicians. *BMC Palliative Care, 19*(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00677-z>
- Wayne, S. J., Shore, L. M., & Liden, R. C. (1997). Perceived Organizational Support And Leader-Member Exchange : A social exchange perspective. *Academy of Management Journal, 40*(1), 82-111. <https://doi.org/10.5465/257021>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout : Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine, 283*(6), 516–529.

<https://doi.org/10.1111/joim.12752>

- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*, 296(9), 1071–1078. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071>
- West, M., Eckert, R., Collins, B., & Chowla, R. (2017). Caring to change : how compassionate leadership can stimulate innovation in health care. *The King's Fund*.
- Yoon, J. D., Hunt, N. B., Ravella, K. C., Jun, C. S., & Curlin, F. A. (2017). physician burnout and the calling to care for the dying : A national survey. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(10), 931–937. <https://doi.org/10.1177/1049909116661817>
- Ziehm, J., Farin, E., Seibel, K., Becker, G., & Köberich, S. (2016). Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure : An interview study. *BMC Palliative Care*, 15(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0149-9>

14 Annexes

14.1 Annexe 1 : visuel partagé sur les Réseaux sociaux

Etude sur les médecins œuvrant auprès des patients en fin de vie

Un entretien anonyme et confidentiel de 20 min dans le cadre du projet AcSOI-Vie

Actuellement en Master 1 de psychologie du travail, je vous sollicite pour participer au projet de recherche AcSOI-Vie : Accompagnement des soignants de patients en fin de vie. Ce dernier est financé par l'Université de Lille, dont les responsables scientifiques sont Johanne Saison, Sophie Fantoni (Laboratoire CRDP) et les coordinateurs de la recherche : Johanne Saison et Sophie Fantoni (laboratoire CRDP) et Pascale Desrumaux et Eric Dose (Laboratoire Psitec)



Modalités :

Haut-de-France en présentiel sur site ou en visioconférence



Contenu de l'entretien

Echange sur les thématiques portant sur le travail, la qualité de vie au travail, le soutien, et les aspects juridiques de l'accompagnement en fin de vie



Médecins en service :

- soins palliatifs
- gériatrie
- gérontologie
- EHPAD
- oncologie



Participation ou contact :

morin.anais@outlook.com
06.65.49.81.99

14.2 Annexe 2 : Lettre d'information personnelle

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en Master Psychologie du Travail et des Organisations à l'Université de Lille, je fais partie d'un projet de recherche intitulé AcSOI-Vie, financé par l'Université elle-même. Cette étude a pour but d'évaluer la qualité de vie et les conditions de travail des médecins accompagnants les personnes en fin de vie. Nous recherchons alors des professionnel.le.s voulant bien participer à un entretien individuel et anonyme. Je peux vous rencontrer directement dans votre établissement ou en visioconférence.

Vous trouverez en pièce jointe les modalités de l'entretien et une lettre d'information destinée à la direction de l'établissement. Votre participation par le biais de ces entretiens serait un réel apport au projet.

Pour y prendre part, vous pouvez me contacter par mail : morin.anais@outlook.com, par téléphone au : XXXX. Je suis également joignable sur LinkedIn :

[linkedin.com/in/anaïs-morin-b4625a1b2](https://www.linkedin.com/in/anaïs-morin-b4625a1b2)

14.3 Annexe 3 : Code Book Ac-SOIVie

Corps de métier	Code
Médecin	Med
Infirmier	Infirm
Aide-soignant	AS
Cadre de santé	CadrS
Cadre Administratif	CadrA
Kinésithérapeute	Kiné
Psychologue	Psy
Agent de service Hospi	AgtSerHosp
Autres prof paramédicales	AutProParamed
Assistant social ou travailleur social	AssistSoc
Sexe	
Féminin	F
Masculin	H
Type établissement	
Centre Hospitalier Universitaire	CHU
Service Hospitalier	SH
Clinique privée	CP
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	EHPAD
Type de services	
Unité de soins longue durée	SLD
Unité soins palliatifs	USP
Unité mobiles de soins palliatifs	UMSP
Gériatrie	G
Gériatrie Aigue	GA
Soins de suite et de réadaptation	SSR
Soins de suite et de réadaptation palliatif	SSRP
Médecine Aigue	MA

Corps de métier	Code
Consultation de jour	CJ