

LA PRÉSENCE DES INTERNISTES-GÉRIATRES AUX FUNÉRAILLES DE LEURS PATIENTS

Une question de moralité, de professionnalisme et de responsabilité médicale

Résultats d'un projet qualitatif par groupe de discussion

VINCENT AUBIN

Chercheur, Centre d'excellence en vieillissement de Québec (CEVQ), Université Laval, Québec, Canada

vincent.aubin.2@ulaval.ca

FÉLIX PAGEAU

Gériatre, Division de gériatrie, Département de médecine, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada

Mots-clés : 1. Funérailles; 2. Deuil; 3. Gériatrie; 4. Professionnalisme; 5. Éthique

Résumé

En gériatrie, le deuil des proches est une réalité bien connue, la mort des patients y étant plus fréquente pour diverses raisons. Notre étude vise à mieux comprendre si la participation des gériatres aux funérailles est acceptable du point de vue du professionnalisme. Ce dernier comprend l'éthique et la déontologie. Lors de deux groupes de discussion de 5 participants chacun, nous avons mis en lumière les principaux enjeux ainsi que divers facteurs influençant la décision des gériatres de participer ou non aux funérailles de leurs anciens patients. Notre étude exploratoire propose des guides éthiques, déontologiques et organisationnels pour permettre une telle pratique. Elle ouvre aussi la voie à d'autres études sur le sujet.

1. MISE EN CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Avec l'évolution récente du professionnalisme médical, le patient est devenu un partenaire privilégié dans les prises de décision le concernant (Legault, 2003). Les professionnels de la santé doivent ainsi considérer le malade dans toute sa perspective biopsychosociale, afin de mieux l'aiguiller dans les prises de décision. Dans cette optique de prise en charge globale, l'idée d'offrir un soutien aux proches après le décès du patient se répand progressivement.

C'est d'ailleurs en ce sens que certains centres hospitaliers aux États-Unis se sont dotés de programmes de soutien aux proches après le décès (Hottensen, 2013; Ross, 2008; Snyder et coll., 2002). Ces programmes sont généralement organisés par une division des services de soins palliatifs et ont pour but d'offrir du soutien en répondant aux questions des proches. Ces programmes peuvent également offrir un suivi et référer à des

ressources spécialisées si nécessaire (Ross, 2008). Le soutien est généralement offert par des lettres de condoléances, des appels téléphoniques ou des rencontres (Hottensen, 2013; Ross, 2008; Snyder et coll., 2002) et est très apprécié des familles (Kentish-Barnes, 2016; Kirby et coll., 2017; Kock et coll., 2014).

La présence aux funérailles est une méthode de soutien après le décès qui gagne en popularité chez les médecins (Arroll, 2007; Srivastava, 2009; Taichman, 2010), mais de manière encore hésitante. Selon la littérature actuelle, surtout constituée de sondages sur la pratique habituelle des médecins après le décès d'un patient, la présence aux funérailles est la pratique la moins répandue (Borasino et coll., 2008; Chau, 2009; Corn et coll., 2010; Egerod et coll., 2019; Ellison et Ptacek, 2002; Kim et coll., 2019; Kim et coll., 2020; Kusano et coll., 2012; Naef et coll., 2020; Serwint et coll., 2006). En effet, cela semble susciter des opinions divergentes par rapport aux autres méthodes comme les lettres ou les appels téléphoniques; d'une étude à l'autre, le pourcentage de médecins ayant déjà pris part aux funérailles varie grandement, allant de moins de 1% (Corn et coll., 2010) jusqu'à 71,9% (Borasino et coll., 2008). Certaines des études offrent les réflexions de médecins pour chacun des points de vue.

Du côté de ceux qui y sont favorables, cette forme d'implication auprès de la famille est considérée comme l'ultime acte de professionnalisme (Arroll, 2007) et devient un symbole de l'importance accordée au patient (Zambrano et coll., 2017). De plus, la fermeture de la relation thérapeutique que cela apporte est considérée comme un aspect important de la santé psychologique tant pour la famille que pour le médecin ((Zambrano et coll., 2018). Le deuil, particulièrement chez les proches aidants, peut être difficile à vivre et est associé à davantage de détresse psychologique, d'anxiété et de dépression (Hottensen, 2013; Perkins et coll., 2013). Des questions restent souvent en suspens par rapport aux derniers soins qui ont été dispensés et les funérailles peuvent être l'occasion d'y répondre et d'apporter

du soutien (Hashemi et coll., 2018; Holtlander et coll., 2017). La présence du médecin permet, entre autres, une reconnaissance du temps et des efforts qui ont été consacrés au défunt (Makarem et coll., 2018) et donne aux médecins l'impression d'offrir un service plus « humain » (Penson, 2002). En outre, pour certains médecins, la présence aux funérailles est une manière de vivre leur propre deuil (Zambrano et coll., 2012; Zambrano et coll., 2011). Les médecins ayant entretenu de longues relations avec leurs patients et leurs familles ou qui ressentent l'approbation de leurs collègues sont ceux qui ont plus tendance à s'impliquer après le décès (Borasino et coll., 2011; Chau, 2009; Corn et coll., 2010).

Cependant, d'autres médecins voient des inconvénients à une telle pratique et les contraintes de temps sont souvent mentionnées comme principales limites (Zambrano et coll., 2017). En effet, avec les restrictions d'horaire des médecins, il est plus juste pour certains de n'aller à aucune de ces cérémonies que de devoir choisir, au risque d'être inéquitable (Chau, 2009; Corn et coll., 2010; Zambrano, et coll., 2018). De plus, il s'agit d'un rapport personnel qui dépasse pour certains le cadre habituel de la relation médecin-patient, rendant le rôle du médecin ambigu et inconfortable. Ils expriment l'inquiétude de ne pas savoir quoi dire ou comment agir et ont l'impression d'avoir peu à offrir aux proches (Granek et coll., 2013; Kusano et coll., 2012). Une appréhension de l'épuisement professionnel est également mentionnée, tant en raison des horaires que de la charge psychologique et émotionnelle reliée aux funérailles (Penson, 2002). Certains préfèrent même éviter le contact avec la mort qui est parfois perçue comme un échec (Chau, 2009; Corn et coll., 2010). De plus, la confidentialité est mentionnée comme un enjeu, étant donné que par inadvertance ou insouciance des informations médicales pourraient être données sans le consentement préalable du patient (Zambrano, et coll., 2017).

Il est intéressant de remarquer les différentes visions du professionnalisme et de la relation thérapeutique. Toutefois, encore à ce jour, les études sur le

sujet des funérailles sont peu nombreuses et ne font pour la plupart qu'effleurer la question du professionnalisme qui semble pourtant au cœur du sujet. De plus, elles ne couvrent que certaines spécialités médicales, principalement l'oncologie, la radio-oncologie, les soins palliatifs ou les soins intensifs pédiatriques. Considérant l'existence d'une variabilité significative entre les spécialités concernant les pratiques après le décès d'un patient (Chau, 2009), il est justifié de poursuivre l'exploration dans celles encore non étudiées.

La gériatrie est propice à cette recherche puisque les soins sont souvent le cadre d'une relation importante avec les proches, vu leur implication constante dans les prises de décision (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2019). Ce contact avec les proches a pour effet de les inclure jusqu'à un certain point dans la relation thérapeutique, qui est normalement limitée au patient et à son médecin. De ce fait, il semble possible que le sentiment de responsabilité médicale puisse s'étendre aux proches, et ce même après la mort du patient. De plus, en gériatrie, les décès sont un peu plus fréquents en raison de l'âge avancé et des nombreuses comorbidités des patients. Les conditions semblent donc favorables à la présence des médecins aux funérailles. En vue d'approfondir la réflexion sur le sujet, le contexte des internistes-gériatres de Québec est idéal, puisqu'il apportera à la fois la vision de la gériatrie et du milieu culturel francophone qui n'ont tous deux pas encore été explorés.

Au moment de notre étude, il n'y avait pas de programme structurant de soutien aux proches après le décès à Québec.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Question et objectifs

À partir des informations présentées jusqu'ici, nous proposons la question de recherche suivante: Selon le point de vue des internistes-gériatres de Québec concernant la question du professionnalisme

médical, leur présence aux funérailles est-elle acceptable sur le plan éthique et déontologique ou, au contraire, se révèle-t-elle être une pratique jugée inadéquate?

Aussi, trois sous-questions complètent notre démarche:

- a) À partir des avis des internistes-gériatres, est-ce que leur présence aux funérailles des patients peut s'inscrire dans les limites du professionnalisme ou de la responsabilité médicale?
- b) Quels sont les facteurs encourageant ou décourageant la participation de ces médecins, selon eux, aux funérailles de leurs patients?
- c) Dans l'optique d'un possible deuil des proches, est-ce que la présence des internistes-gériatres aux funérailles pourrait, selon ces derniers, avoir un effet positif?

Considérant le peu de littérature sur le sujet jusqu'à présent, nous avons opté pour une approche exploratoire, basée sur la méthode qualitative. Avec nos objectifs centrés sur la perspective des gériatres, la méthode qualitative a l'avantage d'offrir une compréhension approfondie de la situation et des enjeux, par rapport à une méthode quantitative (Fortin et Gagnon, 2015). Cela est préférable pour étudier des phénomènes sociaux qui ne sont pas encore bien compris, tant par les chercheurs que par ceux qui les vivent (Tolley, 2016). Par ailleurs, cela nous permettra de mieux cibler les questionnements et les impasses entourant la présence des gériatres aux funérailles, en vue d'un projet de plus grande envergure (Poupart, 1997).

2.2 Recrutement des participants

L'ensemble des 15 internistes-gériatres pratiquant dans le CIUSSS-CN en date de l'année 2020 ont été ciblés pour l'étude. Le recrutement s'est fait par distribution de lettres d'invitation via les chefs de service. La collecte des données a été faite par des entrevues de type *focus groups*. Par rapport à des

entrevues individuelles, celles-ci permettent d'examiner en détails l'opinion et la façon de penser des participants sur une norme sociale ou un standard de pratique tel que le sujet de notre étude (Fortin et Gagnon, 2015). Elles permettent également d'évaluer la façon dont les participants nomment, classent et reconstruisent les phénomènes sociaux (Kitzinger et coll., 2004).

2.3 Analyse des données

Les données ont été transcrites *verbatim* par notre équipe. Elles ont été rendues anonymes durant la transcription. L'analyse a été faite en suivant les standards de la méthodologie qualitative. Le but de ce processus est d'explicitier l'idée ou le concept général qui englobe les comportements ou réalités observés (Bardin, 2013; Creswell, 2013). Des codes ont été identifiés pour donner suite à la lecture des transcriptions *verbatim*, sous forme de cahier de codage. Ils ont ensuite été validés par tous les membres de l'équipe, avant de procéder à la suite de l'analyse. Cela a été appuyé par les capacités de codage du logiciel NVivo (Fortin et Gagnon, 2015; Tolley, 2016).

L'analyse faite comprend les cinq étapes usuelles de la méthode qualitative exploratoire, selon la littérature contemporaine à notre projet: (1) l'organisation des données, (2) le regroupement par thèmes récurrents sous forme de codage qualitatif, (3) la classification des codes par significations similaires, (4) la recherche de liens entre les différents thèmes et catégories et (5) l'interprétation des résultats pour en dégager le sens global.

La première étape est l'organisation des données. Cette étape commence par la transcription des données *verbatim*, ce qui en simplifie significativement l'analyse par la suite. La transcription est aussi le moment où les données sont évaluées pour leur qualité et leur capacité à répondre à la question de recherche. La seconde étape inclut le regroupement des données par thèmes récurrents ainsi que le codage qualitatif. Les données sont alors fragmentées selon leur sens en unités analytiques ou segments. Cela

permet de créer un registre de codes appelé *cahier de codage* servant à classer les segments selon leur sens. La troisième étape consiste à rassembler par catégories les codes ayant des significations similaires. Une catégorie est une brève expression qui permet de nommer un phénomène commun entre plusieurs codes (Paillé et Mucchielli, 2008). Cette partie de l'analyse permet de dégager les thèmes récurrents et d'englober les principaux sens qui ressortent des données. Cette démarche tient compte à la fois des thèmes discutés dans le cadre théorique et des nouveaux thèmes apportés lors des entrevues, afin qu'aucun thème important ne soit omis de l'analyse (Paillé et Mucchielli, 2008). La quatrième étape est la recherche de liens entre les différents thèmes et catégories. Ces liens peuvent être des causes, des explications, des relations interpersonnelles ou des éléments conceptuels plus théoriques (Fortin et Gagnon, 2015). Leur identification se fait par un processus de réflexion itératif entre les données et les catégories identifiées pour en dégager les patrons, aussi appelés modèles de référence. Ces modèles de référence sont des concepts généraux qui englobent et relient les thèmes, donnant une vision d'ensemble sur les résultats. La cinquième et dernière étape est de dégager le sens global des données, permettant de fournir les explications aux résultats obtenus (Patton, 2002). Cette dernière étape inclut aussi la vérification de la qualité scientifique (voir section 4.2 et les conclusions).

2.4 Éthique et consentement

Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche sectorielle en santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale avant le recrutement. Les participants ont consenti de manière libre, éclairée et continue pour prendre part au groupe de discussion. Ils pouvaient se retirer du projet à tout moment. Aucun participant ne l'a fait. Pour le recrutement, aucune pression n'a été exercée par les chefs de service qui ont une tâche plus administrative que hiérarchique ou autoritaire.

3. RÉSULTATS

Au total, 10 internistes-gériatres ont été interviewés entre février et mars 2020. La sélection des participants s'est faite en fonction des disponibilités de chacun, 5 des 15 internistes-gériatres du CIUSSS-CN ayant des empêchements aux dates ciblées. Les entrevues ont eu lieu en 2 groupes de 5 participants chacun. Les discussions ont duré de 60 à 75 minutes et étaient animées par un membre de notre équipe. Le tableau 1 résume les données sur les participants en ce qui a trait à leur expérience concernant le sujet à l'étude. Pour nos résultats de groupe de discussion, nous utilisons la lettre «P» suivi d'un «a», «b», «c», «d» ou «e» pour désigner les participants, avec un «G» suivi de 1 ou 2 pour identifier le groupe d'appartenance. Par exemple, on désigne un des participants du premier groupe par le code «PaG1», un autre de ce même groupe sera «PeG1». Le masculin est employé pour préserver l'anonymat des participants. Les résultats sont présentés en suivant l'ordre dans lequel ils sont abordés dans notre question de recherche.

Tableau 1 : Données sur les participants

Participants ayant déjà été présents aux funérailles d'un patient	2
Participants ayant déjà réfléchi au sujet sans être déjà allé aux funérailles d'un patient	2
Participants n'ayant jamais été exposés au sujet à l'étude	6
Total	10

3.1 Acceptabilité de la présence de gériatres aux funérailles

Selon les données recueillies, la présence aux funérailles peut être acceptable, mais surtout dans des circonstances particulières où un lien privilégié avec le patient et ses proches est présent. Cela pourrait être entre autres lors d'un suivi longitudinal ou lorsqu'il existait déjà un lien de connaissance avec la

famille avant le contexte de soins. Cela est d'ailleurs rapporté par ce participant : « Mais dans les deux cas ce qui m'interpelle [dans le contexte de la présence aux funérailles], c'est soit quand tu connais beaucoup le patient ou des fois c'est parce qu'on soigne la famille d'amis ou de bonnes connaissances. » (PdG2) Toutefois, en dehors de ces circonstances, les participants ont plutôt rapporté un malaise à l'idée de se présenter aux funérailles. En effet, puisqu'il s'agit d'une cérémonie intime, les participants nous ont fait part d'une appréhension face à la réaction des familles s'ils s'y présentaient en tant que médecin, sans invitation directe. Par exemple, un participant dit ceci : « Des funérailles, c'est quand même un contexte assez intime, alors il faut que tu te sentes invité. » (PdG2) Ou encore, « Même si la patiente est très proche, de dire " je me pointe là dimanche, par surprise, personne ne m'attend " ; je ne suis pas sûr. » (PeG1). Ce dernier participant a poussé la réflexion à ce sujet, en comparant avec la situation de l'oncologie à Québec.

[Une de mes connaissances] en oncologie est déjà allé à des funérailles de ses patients, des jeunes entre autres, suivis pendant une dizaine d'années et qui sont décédés. Ça a été, je pense, apprécié par les familles. Ça a été vécu comme un acte de respect, mais c'était dans des cas très particuliers. (PeG1)

L'incertitude face au rôle à occuper en tant que médecin au cours de la cérémonie semble être un autre aspect contribuant au malaise mentionné. Les participants rapportent qu'ils auraient l'impression d'être perçus comme des intrus :

Les gens, la journée des funérailles, sont souffrants, [ils] ne sont pas à leur meilleur. Si toi, tu arrives et tu ne connais pas vraiment nécessairement l'ensemble, comme médecin, tu ne connais pas nécessairement les autres gens qui sont là. (PaG1)

Il faudrait vraiment qu'ils m'invitent, parce que sinon je ne sens vraiment pas que c'est notre place. Je ne sais vraiment pas si ma pensée est aussi teintée par tout le « bashing » qu'il y a dans les médias, mais je ne voudrais pas me présenter là comme un docteur. J'aurais peur que le monde regarde dans quel

char t'embarques quand tu arrives dans le parking. (PcG2)

Il est notable que le « Doctor bashing » soit mentionné, c'est-à-dire des commentaires portant atteinte à la réputation de médecins dans les médias traditionnels ou sociaux. En effet, il est possible que la présence de ce phénomène contribue aux appréhensions rapportées par les participants.

Par ailleurs, en lien avec la question de l'acceptabilité, les participants ont réfléchi par rapport au dépassement de la relation thérapeutique attendue, en mentionnant entre autres la transition de l'empathie vers la sympathie :

Est-ce qu'on y va comme médecin aussi là-bas ou est-ce qu'on y va juste comme citoyen parce que notre patient est décédé? Est-ce qu'on passe de l'empathie à la sympathie si on va à des funérailles? Est-ce qu'on peut comme médecin être sympathique? (PeG1)

Cela est même considéré comme l'élément principal par un participant, globalement plus opposé à la présence aux funérailles : « Je considère que ça prend une intimité, une promiscuité que je n'aurai jamais à mon avis avec un patient, pour aller à des funérailles. » (PaG2)

Ainsi, l'opinion générale dégagée des entrevues est qu'il peut être acceptable pour un médecin de se présenter aux funérailles d'un patient, mais surtout lorsqu'un lien très significatif a été créé avec lui lors des soins. En effet, les participants ont mentionné une certaine retenue face à cette pratique dans les autres circonstances, notamment quant à la réaction des familles, au rôle à occuper comme médecin et au dépassement de la relation thérapeutique. Ces éléments seront explorés davantage dans les sections suivantes.

3.2 La responsabilité médicale

Dans l'optique de préciser les motivations qui pourraient encourager les médecins à offrir du soutien après le décès d'un patient, nous avons questionné les participants sur leur sentiment de responsabilité médicale. Ce sentiment, provenant à la fois

de la bienveillance et d'un esprit de déontologie, motive généralement les interventions des médecins (Boucher, 2007 ; Gouvernement du Québec, 2019).

Selon nos entrevues, les participants rapportent effectivement un sentiment « d'obligation » de faire un suivi après le décès, qui semble se rapporter directement à la responsabilité médicale :

Si c'était avec une famille avec qui j'ai eu le temps de créer un lien pendant l'hospitalisation et qu'il décède pendant la fin de semaine et que ce n'est pas moi, je me sens quand même le devoir de les rappeler, m'assurer que ça s'est bien passé et boucler la boucle un peu plus, officiellement, en leur parlant. (PcG2)

De plus, nous remarquons un lien direct entre l'intensité du sentiment d'obligation, ou de responsabilité, rapporté par les participants et l'importance du suivi qui est fait. Il est intéressant de noter que c'est lorsque les besoins exprimés par la famille ou perçus par le médecin étaient plus marqués que le sentiment de responsabilité est le plus fort :

Il y a une conjointe que j'ai revue seule d'un de mes patients qui est décédé en clinique externe, parce qu'elle voulait me revoir pour qu'on reparle du diagnostic, parce qu'elle en avait besoin dans le contexte du deuil. Ces patients-là, ça fait plus longtemps qu'on les connaît, on a un lien plus significatif avec les proches. Puis, je pense que dans certaines circonstances, c'est exceptionnel quand même, mais ça peut répondre à un besoin des familles d'avoir un peu du support [après le] décès. (PeG1)

J'ai en tête une madame que je sentais le besoin qu'il fallait que je la rappelle, parce que j'avais en tête que sa vie ne dépendait que de son monsieur. Alors là, je me disais : « Elle - je me sentais obligé ». Parce que je me disais : « Elle, ça se peut vraiment que ça reparte mal, après ça. Avoir perdu le sens à sa vie ». Alors, je me sentais obligé de l'appeler pour sa sécurité, parce que je me disais : « Ça se pourrait qu'elle prenne le mauvais bord ». (PcG2)

Il semblerait donc que, en lien avec notre hypothèse initiale, le sentiment de responsabilité médicale puisse s'étendre aux proches suivant le décès du patient, surtout lorsque ceux-ci vivent un deuil plus

significatif: «Les [proches] aidants, ce sont un peu nos patients aussi. Ce n'est pas futile de dire que je vais là [aux funérailles], mais le patient est décédé. Qu'est-ce qu'il va en retirer? Mais les aidants on les aide aussi.» (PeG1)

Cependant, cela s'applique différemment à la présence aux funérailles, qui est considérée en dehors du rôle en tant que médecin. En effet, nous avons discuté lors des entrevues des responsabilités des gériatres après un décès. Ceux-ci perçoivent qu'ils peuvent amorcer le soutien, mais se sentent généralement peu outillés à cet égard. Un participant explique: «Notre responsabilité c'est de rester disponibles. S'ils n'ont pas besoin, c'est correct, il faut savoir respecter ça. Mais il faut être disponible pour répondre aux questions.» (PdG1) De manière similaire, cet autre participant relève que son sentiment de responsabilité s'applique surtout pour l'amorce du soutien au chevet ou au téléphone, mais pas au-delà:

Je pense que c'est un choix personnel parce que notre rôle c'était de s'occuper du patient, peut-être de faciliter le processus avec la famille, mais le support, on peut donner des ressources, mais je ne sens pas que c'est nécessairement mon rôle de s'assurer que la famille va bien aller et que tout va être correct. (PdG2)

Ce même participant pousse d'ailleurs la réflexion en expliquant que ses actions ne sont alors pas motivées par un sentiment de responsabilité, mais plutôt par son professionnalisme, c'est-à-dire ses propres valeurs et idéaux de pratique.

Être responsable, c'est que je me sens plus obligé, que cela fait partie de la continuité des soins que j'ai à donner. Être professionnel, je sens plus que j'ai un choix. Je le fais parce que je trouve que c'est plus humain, c'est plus poli et agréable pour la famille. (PdG2)

Au final, si tu choisis de prendre de ton temps personnel pour aller à des funérailles, ça ne relève que de toi ultimement. Il n'y a pas d'encouragement de la structure, mais ultimement, ça reste un choix personnel. (PdG2)

En effet, dans des circonstances qui sortent des lignes directrices et de la pratique usuelle comme la présence aux funérailles, les décisions des médecins sont prises de manière plus personnelle. Il ne s'agit donc pas de responsabilité déontologique possible de sanction, mais davantage de bienveillance et d'éthique de pratique. La présence aux funérailles devient ainsi un geste altruiste pour lequel le médecin peut opter, si cela est en accord avec sa vision du professionnalisme et que les circonstances le permettent. Un participant nous dit: «Je pense que notre vision d'aller aux funérailles, c'est vraiment plus comme un don de soi à la famille.» (PaG1) En référence à l'appréhension de la réaction des familles, un autre participant relativise tous ces éléments: «Je pense qu'il y a un certain malaise de ne pas savoir comment ça [la présence aux funérailles] va être reçu, de ne pas savoir l'état d'esprit dans lequel la famille est, et ce malaise-là a préséance; je ne pense pas honnêtement que ça fait partie des soins obtenus après le décès. Ça ne fait pas partie de façon courante, je pense que c'est un plus, comme un geste un peu altruiste.» (PbG1)

Ainsi, chacun choisit dans quels cas le soutien après le décès est nécessaire et quelle méthode est préférable. Au-delà du sentiment de responsabilité médicale et de professionnalisme, la prochaine section explorera plus précisément quels facteurs peuvent influencer cette décision chez les participants.

3.3 Facteurs d'influence sur le médecin

Afin de faciliter l'analyse des facteurs influençant la présence aux funérailles, nous les avons divisés en deux niveaux, soit systémique et individuel. Le niveau systémique inclut des facteurs propres aux soins gériatriques ou à leur organisation à Québec. Ces facteurs s'appliquent de manière homogène à tous les gériatres. Le niveau individuel fait quant à lui appel aux préférences et aux valeurs personnelles de chacun et inclut des facteurs qui peuvent s'appliquer différemment d'un gériatre à l'autre. Les facteurs individuels ont subséquemment été divisés en facteurs favorisant ou freinant la présence aux

funérailles. Cela n'a pas été nécessaire pour les facteurs systémiques qui ont tous tendance à la défavoriser.

– *Facteurs systémiques*

Nature du travail de gériatre – Plusieurs éléments inhérents à la pratique des gériatres freinent la présence aux funérailles. Malgré la relation potentiellement assez forte avec les proches à laquelle nous avons fait référence dans notre introduction, la création d'une relation avec le patient lui-même est souvent entravée : « Pour nous, c'est aussi la famille [dont on s'occupe] plus que le patient en tant que tel. Il y en a plusieurs qui ont des troubles cognitifs, versus l'oncologue que c'est vraiment avec le patient qu'il a sa relation. » (PcG2) Un autre participant ajoute :

À titre de gériatre, les suivis longitudinaux ne sont pas si importants. Nous avons une clientèle qui ne se déplace pas si facilement que ça. Dans les cliniques de mémoire, avec la détérioration fonctionnelle, les patients viennent moins. Je ne sais pas si c'est [la présence aux funérailles] plus pour les médecins de famille ou certains spécialistes de maladies chroniques qui ont fait un suivi vraiment de manière plus importante. (PcG1)

En outre, le contexte de comorbidités et d'âge avancé dans lequel s'inscrivent les soins fait en sorte que le deuil est parfois déjà amorcé par les proches au moment du décès : « Les décès sont plus attendus et les familles sont plus à l'aise avec la situation, j'ai l'impression que les familles n'ont pas nécessairement ce besoin-là [soutien dans le deuil]. » (PaG1) Un autre participant ajoute :

Mais en gériatrie, c'est moins le cas, parce que ça fait partie de la nature. Ça va dans le sens, à 85 ans de décéder. Il y a moins d'incompréhension et de colère que pour des patients plus jeunes. (PeG1)

Impact du médecin dans les soins actifs – Les participants ont rapporté l'impression que les médecins des autres spécialités, ayant eu un impact plus important au cours de la vie du patient, étaient peut-être mieux placés pour assister aux funérailles ou même pour offrir toute forme de soutien. Un gériatre nous

dit : « Le patient avait peut-être un médecin de famille qui le suivait depuis vingt-cinq ans, un cardiologue depuis quinze ans pour un autre problème. On arrive souvent en fin de course ; on aide la famille à cheminer vers les soins de confort [...]. J'ai l'impression d'être quelqu'un de ponctuel dans leurs vies. Je vois mal comment je peux aller les soutenir dans leur deuil. » (PaG1)

En effet, il est raisonnable que ce soit le médecin qui a été le plus marquant pour le patient ou sa famille qui s'implique le plus après le décès. Les participants rapportent d'autres expériences :

Il tenait à revoir son oncologue parce que, à travers les années, ils ont une complicité ; c'était devenu un running gag que [à chaque visite] : « Je suis encore bon pour un 3 mois ». Il tenait à fermer la boucle. (PdG2)

J'ai [une connaissance] en médecine qui suit des patients longtemps pour des pathologies chroniques et il remarque que quand les patients entrent à l'hôpital en fin de vie et qu'ils sont pris en charge par une équipe de soins palliatifs, dans l'avis de décès ils remercient les dernières personnes qu'ils ont eues, c'est-à-dire l'équipe des soins palliatifs. C'est drôle, moi je les suis depuis 15 ou 20 ans et 9 fois sur 10, ce n'est pas moi qu'ils vont remercier, parce que dans le fond, ce qui était significatif dans le contexte de la fin de vie, c'étaient ces personnes-là qui ont aidé. Je trouve que cela rend encore plus difficile la réflexion sur quel est notre rôle de soutien. (PdG1)

Il est donc intéressant de remarquer que le sentiment de responsabilité après le décès est proportionnel au rôle que le médecin a eu au cours de la vie du patient. Pour les gériatres, cela semble plus souvent freiner leur engagement, puisque les soins gériatriques se situent souvent entre les soins très marquants des autres spécialités comme l'oncologie et les soins palliatifs. Ce phénomène est possiblement amplifié par le contexte du CIUSSS-CN où plusieurs spécialités sont impliquées pour un même patient.

Organisation des soins gériatriques au CIUSSS-CN – Selon nos entrevues, l'organisation actuelle de la gériatrie à Québec, dont les soins

sont surtout intra-hospitaliers, avec des rotations des médecins aux deux semaines, a globalement un effet négatif sur l'implication après le décès. En effet, cela n'est pas nécessairement un contexte idéal pour créer des liens significatifs avec les patients et leurs familles: « Les gériatres de Québec, on est très centrés sur de la médecine aiguë. Aigu relatif: on n'est pas aux soins intensifs, mais ça, sûrement que ça influence un peu le type de relation qu'on a avec les familles. [...] On a une pratique très centrée sur la médecine d'urgence et les cas urgents, peut-être que c'est pour cela qu'on est moins proches. » (PeG2) « Nous faisons une médecine qui est très hospitalière, mais j'ai l'impression que si on exerçait une médecine plus communautaire, avec un suivi longitudinal, peut-être qu'à ce moment-là on aurait plus tendance à [aller aux funérailles]. » (PcG1)

Culture ambiante – Les us et coutumes importent aussi beaucoup dans la décision. Selon nos entrevues, la présence aux funérailles est perçue à Québec comme étant culturellement hors normes, tant au niveau institutionnel qu'individuel. Cela tend à défavoriser cette pratique. Les discussions sur ce sujet étaient parmi les plus catégoriques, laissant supposer une influence marquée. Un participant nous a dit: « Je pense que je passerais pour un bizarre. Honnêtement, je pense que la perception des médecins, [...] ça serait à contre-courant. » (PeG2) « Il n'y a aucune valeur dans le CIUSSS qui supporte cela [la présence aux funérailles], à cause de la pression et du débit. Alors je pense qu'il n'y a certainement rien dans le CIUSSS ou dans le CHU qui nous encourage. » (PeG2) Certains ont aussi fait part de leur propre perception:

Moi-même je le trouve weird le médecin qui vient aux funérailles de ma grand-mère. Je me dis: « Qu'est-ce que tu fais là? ». Alors ce n'est pas forcément la culture du milieu médical, mais une culture aussi je pense du Québec en général. » (PaG2)

Imaginons que j'arrive en disant: « Je suis allé aux funérailles de M. X hier ». Comment recevriez-vous cela? Je pense que moi si je recevais cela, je dirais: « Oh! Mais pourquoi? Qu'a-t-il de différent des

autres ce monsieur-là? ». Mais je ne sais pas; mais si j'arrivais en vous disant cela, je dirais mais parce que ce n'est pas dans l'ordre des choses. » (PeG1)

Rôle limité que s'attribuent les gériatres après le décès d'un patient – Ce facteur a déjà été abordé dans la section sur la responsabilité médicale. Cependant, il a aussi un impact limitant sur la présence aux funérailles et le soutien aux proches en général. En effet, un participant exprime: « Je pense qu'on a un rôle d'information, qu'il faut que la famille soit informée de ce qui s'est passé, de ce qui est arrivé, mais le rôle de support je pense qu'il est facultatif. » (PdG2) Ainsi, selon les participants, ce rôle appartiendrait davantage aux professionnels mieux outillés pour le faire, lorsque présents au dossier. Toutefois, en l'absence de programme dédié à cet effet à Québec, il est probable que cela reste mal défini et que le soutien offert varie d'un professionnel à l'autre. Cela n'a toutefois pas pu être couvert par notre projet.

– *Les facteurs individuels favorisant la présence*

Relation antérieure – La connaissance des proches en dehors de la relation professionnelle médicale est pour nos participants un facteur favorisant la présence aux funérailles. À ce moment, les gériatres sont présents à la fois en tant que médecin et comme connaissance de la famille. Cependant, les participants indiquent qu'il y a alors un certain sentiment d'obligation qui s'ajoute à la bienveillance mentionnée plus tôt: « Moi je pense qu'avec un collègue tu te sens peut-être un peu plus obligé d'en faire plus, mais c'est probablement plus gratifiant avec un patient avec qui tu as eu un contact privilégié. » (PdG2) D'autres gériatres ajoutent:

Donc, c'était plus en tant que collègue [du fils de mon patient] que je suis allé. Je pense que si ça n'avait pas été de ça, je ne serais pas allé aux funérailles. » (PbG2)

Parce que quand on soigne la famille d'amis ou de bonnes connaissances, des fois, on se sent plus interpellés. Dans le milieu, j'en ai soigné des mères de directeurs et directrices. Alors là, tu te dis que peut-être, que ça serait bien d'y aller [aux funérailles]. » (PdG2)

Probablement plus si c'était le parent d'un collègue très proche, ça m'influencerait. (PeG2)

Qualité de la relation – La relation entretenue avec le patient et sa famille lors des soins a également été un des facteurs favorisant les plus mentionnés. Dans nos entretiens, cela était relié à la durée du suivi, mais aussi à l'ampleur des épreuves traversées avec le patient.

Je pense qu'on est beaucoup plus susceptibles de s'intéresser à la vie privée des patients et d'aller à leurs funérailles pour leurs familles quand on les suit longitudinalement. (PaG2)

C'est plus avec des familles à suivi longitudinal où tu développes un suivi privilégié. Ils ont eu des périodes difficiles, tu as fait quelques bons coups et tu as développé une belle complicité, ça peut donner le goût à un moment donné de voir une autre dimension de la famille et peut-être donner une certaine reconnaissance à quelqu'un qui a combattu fort et qui l'a toujours fait avec sérénité et beaucoup de courage [...] Je suis allé au moins souhaiter mes condoléances là, au salon, parce que c'est une dame que j'avais suivie pendant plusieurs années, qui faisait sa petite batch de betteraves à chaque année malgré le Parkinson qui se détériorait tout le temps, et c'est ça et je trouvais que c'était juste une belle reconnaissance. (PdG2)

Un autre participant a même ajouté que d'avoir une relation significative diminuait l'incertitude face à la réaction de la famille, un des principaux enjeux mentionnés pour l'acceptabilité de la présence aux funérailles: «La longueur du suivi et des liens qui ont été établis ont un impact. Dans le fond, tu vas aller aux funérailles si tu es certain que tu vas être bien reçu.» (PcG1)

Demande des proches – Une ouverture ou une demande de la famille à ce qu'il y ait une implication du gériatre à la suite du décès est également encourageant pour toutes les formes de soutien, dont la présence aux funérailles. Nos participants ont rapporté ceci:

Si jamais j'étais très près d'une famille, que je les ai accompagnés et que je sens que c'est un souhait de leur

part, qu'ils m'interpellent et me disent: «Docteur, allez-vous pouvoir venir?», probablement que je ferais un effort pour y aller. (PaG1)

Mais si j'ai été invité officiellement ou on me dit: «J'apprécierais...» mais ce n'est jamais arrivé, mais si un jour ça arrivait, là je pense que j'aurais un sentiment de devoir y aller. (PeG1)

On connaît leurs proches, on connaît une partie de leur vie quand on les suit depuis longtemps, donc des fois ils ont besoin de nous reparler pour fermer la boucle. (PeG1)

Cela peut aussi arriver lorsque le gériatre perçoit un besoin chez les proches, sans qu'il y ait de démarche entreprise par ceux-ci: «On a eu quelques cas [...] que les familles ont de la difficulté à faire le deuil. Ce sont des circonstances qui nous amènent vraiment à essayer d'aider ces familles-là.» (PdG1)

– **Facteurs individuels freinant la présence**

Peu de souffrance exprimée – À l'opposé du dernier facteur mentionné, les circonstances où le deuil est mieux porté par la famille tendent à défavoriser l'implication après le décès. Cela est aussi le cas lorsque les proches se tournent vers d'autres gens pour du soutien.

Il y a beaucoup de gens qui ne sentiront pas ce besoin-là, ou qui ont déjà un réseau de support, du support de la part de leur médecin de famille qui les suivait peut-être pour des difficultés face au décès qui approche d'un conjoint ou d'un parent. (PaG1)

Organisation personnelle du temps – Au niveau personnel, l'horaire souvent chargé des gériatres freine leur participation aux funérailles, puisque cela doit se faire en dehors des heures de travail. «Il y a bien des enjeux qui font qu'on n'y va pas, on manque de temps aussi, de temps pour nos familles.» (PdG2) Cela est plus marqué, par exemple, pour les gens qui ont des obligations familiales.

Si on va aux funérailles à toutes les fins de semaine, on a moins de temps à passer avec nos proches. (PaG1)

Quand c'est une chose à laquelle tu tiens, tu te libères, mais moi je trouve cela énergivore dans l'horaire. [...] C'est sûr qu'on doit mettre une limite par rapport au temps passé au travail et, effectivement, c'est peut-être de dépasser cette limite habituelle, la fin de semaine, que de prendre une ou deux heures pour y aller. Mais de façon exceptionnelle, je pense que ça peut être tout à fait correct, mais il ne faudrait pas que ce soit systématique. (PeG1)

Distance professionnelle plus grande – La tendance d'un médecin à entretenir des relations distantes avec les patients est également un facteur freinant la participation aux funérailles, considérant qu'il s'agit d'une cérémonie intime. Ceci a été exprimé par deux des participants au cours des entrevues : « Alors, ça [aller aux funérailles] ne m'a jamais traversé l'esprit parce que je ne suis jamais proche des patients à ce point-là. » (PeG2)

3.4 Effets bénéfiques potentiels de la présence aux funérailles

Selon nos résultats, la présence aux funérailles peut avoir des effets bénéfiques tant pour les proches que pour le médecin. En effet, cela peut être l'occasion d'aider au cheminement des proches en répondant à leurs questions sur la maladie ou les derniers événements : « S'il reste des questions en suspens, parce que des fois ils [les proches] peuvent partir et se faire un scénario aussi sur ce qui s'est passé, alors ça permet à ce que tout le monde ait la même information, la plus claire possible. [...] Je pense que c'est quand même important que la famille reste avec la sensation d'avoir compris. » (PcG2)

De plus, les participants ayant déjà participé aux funérailles d'un patient ont rapporté qu'il s'agissait d'une expérience très valorisante pour eux : « En effet, cela a été dans ce cas l'occasion pour la famille d'exprimer beaucoup de reconnaissance envers les soins procurés » (PdG2). En réfléchissant sur le sujet, deux autres participants évoquent un sentiment de fermeture de la prise en charge procurant beaucoup de sérénité : « Est-ce qu'on aurait l'impression d'avoir

fait notre travail un peu jusqu'au bout? », commence PbG1, « Et d'avoir supporté au-delà? », enchaîne PeG1.

Par ailleurs, un gériatre mentionne que la présence aux funérailles répond à une volonté de connaître le patient défunt sous une autre perspective que celle de la maladie, qui se développe avec les relations thérapeutiques les plus significatives.

4. DISCUSSION

4.1 Résumé des résultats

Notre étude apporte plusieurs aspects significatifs aux connaissances actuelles sur la présence des médecins aux funérailles. En effet, les résultats obtenus mettent en perspective les différents éléments du processus décisionnel, dans une spécialité qui n'avait encore jamais été impliquée.

Pour les internistes-gérialtres de Québec, il persiste encore beaucoup d'incertitude face à la présence aux funérailles, faisant en sorte que cette pratique est réservée à des situations exceptionnelles. En effet, considérant le caractère intime des funérailles, nos participants ont dit craindre que leur présence soit mal reçue par la famille, en l'absence d'un lien privilégié.

De plus, selon nos recherches, le choix d'être présent aux funérailles dépasse la responsabilité médicale et relève principalement de l'altruisme, contrairement aux autres méthodes de soutien. Le processus décisionnel est donc individuel, basé sur les valeurs et les idéaux de pratique de chacun.

Les facteurs pouvant influencer la décision d'un médecin à se présenter aux funérailles se divisent entre les niveaux systémique et individuel. Les facteurs systémiques sont inhérents à la pratique de la gériatrie à Québec et incluent entre autres la nature du travail en gériatrie, l'organisation de soins axée en milieu hospitalier et la culture ambiante, où il est considéré hors norme d'aller aux funérailles d'un

patient. Ces caractéristiques de la gériatrie sont, selon nos entrevues, globalement défavorables à la présence aux funérailles. Sur le plan individuel, l'effet est plus variable. Par exemple, la création d'une relation significative au fil des suivis avec le patient semble grandement favoriser la décision d'aller aux funérailles, tout comme lorsque les proches en font la demande directement. Cela est aussi le cas lorsqu'il y avait déjà un lien entre le gériatre et les proches avant le début des soins, par exemple lorsque le patient est un parent

d'un collègue. En contrepartie, la tendance personnelle à tenir une plus grande distance professionnelle et l'horaire chargé des gériatres freinent la présence aux funérailles.

Notre étude a aussi mis en valeur que la présence aux funérailles peut avoir des effets bénéfiques, comme aider au cheminement des proches et à celui du médecin, en faisant acte de fermeture de la relation thérapeutique.

Tableau 2. Résumé des résultats

Facteurs d'influence		Effets bénéfiques potentiels
Systemiques	Individuels	
<p>Nature du travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rôle limité que s'attribuent les gériatres en général après le décès • Peu de suivis longitudinaux • Patients avec des troubles cognitifs • Deuil amorcé par les proches en raison de l'âge avancé et des comorbidités des patients • Soins en gériatrie moins marquant pour le patient et ses proches, comparé à d'autres spécialités comme l'oncologie 	<p>Favorisant la présence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaître la famille avant le début de la relation professionnelle • Qualité de la relation • Demande des proches • Bienveillance du médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Aide au cheminement des proches • Répondre aux questions laissées en suspens • Honorer le défunt • Connaître le patient sous une perspective autre que sa maladie • Fermer la relation thérapeutique ou « boucler la boucle »
<p>Organisation des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotations courtes à l'étage • Médecine hospitalière 	<p>Freinant la présence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu de souffrance exprimée par les proches • Distance professionnelle plus grande • Organisation personnelle du temps • Incertitude sur le rôle du médecin aux funérailles 	
<p>Culture ambiante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratique hors normes • Pas d'incitatif institutionnel 		

4.2 Qualité scientifique de l'étude

Pour assurer une qualité scientifique tout au long du processus qualitatif, une attention particulière a été portée aux critères de fiabilité, de confirmabilité, de crédibilité et de mobilisation des connaissances.

4.2.1 Fiabilité et confirmabilité

La fiabilité fait référence à la capacité de reproduire les résultats en menant une étude dans un contexte similaire et d'assurer leur constance dans le temps (Drapeau, 2004; Guba, 1981). Nous avons ainsi mené une vérification inter-juges vers la fin du processus de codage, c'est-à-dire une validation par tous les membres de l'équipe des catégories et thèmes explicités par l'étudiant-chercheur. Cela a assuré une constance dans le codage (Bourgeois, 2016).

La confirmabilité fait référence à la neutralité de l'interprétation des données par l'étudiant-chercheur, afin de valider que les résultats ne soient pas le reflet d'une opinion personnelle, mais bien de la réalité (Fortin et Gagnon, 2015). La confirmabilité a été assurée par une validation de l'interprétation des résultats par tous les membres de l'équipe et par les pairs.

Il est certain que les moyens pour garantir le respect de ces deux principes sont limités dans le contexte d'une étude exploratoire. La réalisation d'un projet similaire dans un autre milieu pourrait être l'occasion de valider avec plus de certitude la fiabilité et la confirmabilité de notre projet.

4.2.2 Crédibilité et mobilisation des savoirs

Il s'agit de la justesse, de la pertinence et de la concordance entre les vues des participants et l'interprétation qui en est tirée (Drapeau, 2004; Laperrière, 1997). Pour atteindre ces objectifs, nous avons présenté aux internistes-gériatres du CIUSSS de la Capitale-Nationale ayant participé à l'étude les résultats préliminaires de l'entrevue pour assurer la

concordance des thèmes retenus avec les opinions exprimées. La discussion a également été ouverte à la rétroaction, et aucune dissociation n'a été identifiée. Cela a été fait en accord avec la méthodologie décrite dans la section dédiée (Drapeau, 2004; Guba, 1981; Laperrière, 1997; Pourtois et Desmet, 1988). Tout au long du processus de collecte de données, toutes les techniques de communication ont été employées pour assurer la crédibilité, notamment la vérification, la reformulation, la clarification et des résumés pour valider la compréhension des propos des participants (Fortin et Gagnon, 2015).

Enfin, nous avons déjà participé à plusieurs activités de mobilisation des savoirs, comme la présentation des résultats au congrès de l'Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ) et la présentation d'une affiche au congrès de la Société canadienne de gériatrie (SCG).

4.3 Limitations du projet

Les résultats en entrevues de type *focus group* peuvent être sujets au biais de désirabilité sociale, qui pousse les participants à répondre ce qui est acceptable plutôt que de dire leur véritable pensée. Or, les méthodes que nous avons employées pour assurer la qualité scientifique de l'étude ont permis de réduire autant que possible ce biais, en assurant l'objectivité du questionnaire et la création d'une ambiance ouverte à la discussion.

Par ailleurs, notre projet est de nature exploratoire, avec une littérature préalable très limitée sur le sujet, fait dans le cadre d'une étude sans subventions et avec des ressources limitées. Ainsi les entrevues n'ont pu être faites qu'avec les internistes-gériatres du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Il n'est donc pas possible de généraliser avec certitude les résultats à tous les gériatres de la province, considérant le contexte du centre universitaire où se côtoient plusieurs spécialités et l'absence de rôle défini chez les médecins pour le soutien au deuil des proches.

CONCLUSION

Notre projet a mis en valeur l'importance du professionnalisme et de la relation thérapeutique pour les médecins gériatres dans la décision de se présenter ou non aux funérailles d'un patient. Afin d'approfondir notre compréhension de l'attitude idéale à adopter face à cette décision, l'étude de ces concepts primordiaux est centrale. Considérant l'influence marquée de la culture ambiante et de l'organisation des soins, il serait intéressant de sonder la perception des médecins de d'autres milieux, tels que des centres régionaux, d'autres spécialités ou des milieux culturels différents.

Par ailleurs, il serait pertinent d'explorer plus en détails le rôle du médecin dans le soutien aux proches en général après le décès du patient. Vu la variabilité entre les pratiques des participants, il pourrait être intéressant que ce rôle soit mieux défini. D'autres rôles que ceux mentionnés dans notre projet pourraient aussi convenir au contexte interdisciplinaire du CIUSSS-CN, tel qu'un rôle de leader similaire à celui décrit dans les programmes de soutien aux deuils présents ailleurs (Ross, 2008 ; Snyder et coll., 2002). Ces pistes de réflexion seront à explorer dans le cadre de projets ultérieurs sur le sujet. Remerciements :

Nous souhaitons reconnaître l'apport important du CEVQ, dont le docteur Pierre Durand, et monsieur Steve Paquet dans la réalisation du projet. L'apport des gériatres du CIUSSS de la Capitale-Nationale fut également d'une aide précieuse.

BIBLIOGRAPHIE

- Arroll, B. (2007). Should doctors go to patients' funerals. *British Medical Journal*, 334, 1322.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses universitaires de France.
- Borasino, S., Morrison, W., Silberman, J., Nelson, R. M., et Feudtner, C. (2008). Physicians' contact with families after the death of pediatric patients: a survey of pediatric critical care practitioners' beliefs and self-reported practices. *Pediatrics*, 122(6), e1174-1178. doi:10.1542/peds.2008-0952
- Borasino, S., Morrison, W. E. et coll. (2011). Factors associated with pediatric critical care attending follow-up with families after the death of a patient: A national survey with an experimental design. *Pediatric Critical Care Medicine*, 12(6), 622-627. doi:10.1097/PCC.0b013e318207122f
- Boucher, F. (2007). Le problème de la moralité de rôle en éthique professionnelle.
- Bourgeois, L. (2016). Assurer la rigueur scientifique de la recherche-action. *La recherche-action et la recherche-développement au service de la littérature*, 6-20.
- Chau, N. G., Zimmermann, C., Ma, C., Taback, N., Krzyzanowska, M.K (2009). Bereavement Practices of Physicians in Oncology and Palliative Care. *Archives of Internal Medicine*, 169(10), 963-971.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2019). *Compétences en gériatrie*. [En ligne].
- Corn, B. W., Shabtai, E., Merimsky, O., Inbar, M., Rosenbaum, E., Meirovitz, A., et Wexler, I. D. (2010). Do oncologists engage in bereavement practices? A survey of the Israeli Society of Clinical Oncology and Radiation Therapy (ISCORT). *Oncologist*, 15(3), 317-326. doi:10.1634/theoncologist.2009-0257
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (3e éd.). Los Angeles: SAGE.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Egerod, I., Kaldan, G., Albarran, J., Coombs, M., Mitchell, M., et Latour, J. M. (2019). Elements of intensive care bereavement follow-up services: A European survey. *Nurs Crit Care*, 24(4), 201-208. doi:10.1111/nicc.12459
- Ellison, N. M., et Ptacek, J. T. (2002). Physician Interactions with Families and Caregivers After a Patient's Death: Current Practices and Proposed Changes. *Journal of Palliative Medicine*, 5(1), 49-55. doi:10.1089/10966210252785015
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2015). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Gouvernement du Québec (2019). *Code de déontologie des médecins*.
- Granek, L., et coll. (2013). Oncologists' protocol and coping strategies in dealing with patient loss. *Death Studies*, 37(10), 937-952. doi:10.1080/07481187.2012.692461
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ECTJ*, 29(2), 75. doi:10.1007/bf02766777
- Hashemi M., Irajpour, A., et Taleghani, F. (2018). Caregivers needing care: the unmet needs of the family caregivers of end-of-life cancer patients. *Support Care Cancer*, 26, 759-766. doi:10.1007/s00520-017-3886-2
- Holtzlander, L., Baxter, S., Mills, K., Bocking, S., Dadgostari, T., Duggleby, W., Duncan, V., Hudson, P., Ogunkorode,

- A., et Peacock, S. (2017). Honoring the voices of bereaved caregivers: a Metasummary of qualitative research. *BMC Palliative Care*, 16(48). doi:10.1186/s12904-017-0231-y
- Hottensen, D. (2013). Bereavement: Caring for Families and Friends after a Patient Dies. *OMEGA*, 67(1-2), 121-126.
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S. et Azoulay, E. (2016). Impact of the condolence letter on the experience of bereaved families after a death in intensive care: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(102), 1-6. doi:10.1186/s13063-016-1212-9
- Kim, K., Churilov, L., Huang, A., et Weinberg, L. (2019). Bereavement practices employed by hospitals and medical practitioners toward attending funeral of patients: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*, 98(36), e16692. doi:10.1097/md.00000000000016692
- Kim, K., Churilov, L., Tan, C. O., Phan, T., Geertsema, J., Krieser, R., . . . Weinberg, L. (2020). Anaesthetists' attitudes towards attending the funerals of their patients: A cross-sectional study among Australian and New Zealand anaesthetists. *PLoS ONE*, 15(11), e0239996. doi:10.1371/journal.pone.0239996
- Kirby, E., Kenny, K., Broom, A., MacArtney, J., et Good, P. (2017). The Meaning and Experience of Bereavement Support: A Qualitative Interview Study of Bereaved Family Caregivers. *Palliative and Supporting Care*, 1-10. doi:10.1017/S1478951517000475
- Kitzinger, J., Markova, I., et Kalampalikis, N. (2004). Qu'est-ce que les focus groups? *Bulletin de psychologie*, 57(3), 237-243.
- Kock, M., Berntsson, C., et Bengtsson, A. (2014). A follow up meeting post death is appreciated by family members of deceased patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58, 891-896. doi:10.1111/aas.12358
- Kusano, A. S., et coll. (2012). Survey of bereavement practices of cancer care and palliative care physicians in the pacific northwest united states. *Journal of Oncology Practice*, 8(5), 275-281.
- Laperrière, A. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Legault, G. A. (2003). Les professionnels de l'an 2000. *Professionnalisme et délibération éthique*, 51-64.
- Makarem, M., et coll. (2018). Experiences and Expectations of Bereavement Contact among Caregivers of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, XX(XX), 1-8. doi:10.1089/jpm.2017.0530
- Naef, R., Peng-Keller, S., Rettke, H., Rufer, M., et Petry, H. (2020). Hospital-based bereavement care provision: A cross-sectional survey with health professionals. *Palliat Med*, 34(4), 547-552. doi:10.1177/0269216319891070
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Paris: Armand Colin.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3^e éd.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Penson, R. T. Green, K. M., Chabner, B. A., et Lynch, T. J., Jr (2002). When Does the Responsibility of Our Care End: Bereavement. *The Oncologist*, 7, 251-258.
- Perkins, M., Howard, V. J., Wadley, V. G., Crowe, M., Safford, M. M., Haley, W. E., ... Roth, D. L. (2013). Caregiving strain and all-cause mortality: Evidence from the REGARDS study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 68(4), 504-512. doi:10.1093/geronb/gbs084
- Poupart, J. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.
- Pourtois, J.-P., et Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège: P. Mardaga.
- Ross, M. W. (2008). Implementing a Bereavement Program. *Critical Care Nurse*, 28(6), 88-89.
- Serwint, J. R., Rutherford, L. E., et Hutton, N. (2006). Personal and professional experiences of pediatric residents concerning death. *J Palliat Med*, 9(1), 70-81. doi:10.1089/jpm.2006.9.70
- Snyder, D., Ellison, N. M., et Neidig, N. (2002). Development of a Bereavement Program in a Tertiary Medical Center. *Journal of Palliative Medicine*, 5(6), 877-882.
- Srivastava, R. (2009). The service. *N Engl J Med*, 361(20), 1922-1923. doi:10.1056/NEJMp0904867
- Taichman, D. B. (2010). Whose Funeral Is It Anyway? *Annals of Internal Medicine*, 153(7), 480-481. doi:10.7326/0003-4819-153-7-201010050-00015
- Tolley, E. et coll. (2016). *Qualitative methods in public health a field guide for applied research*. Wiley.
- Zambrano, & Chur-Hansen, A. (2012). On the emotional connection of specialists dealing with death and dying. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2, 270-275. doi:10.1136/bmjspcare-2012-000208
- Zambrano, S. C., et Barton, C. A. (2011). On the Journey with the Dying: How General Practitioners Experience the Death of Their Patients. *Death Studies*, 35(9), 824-851. doi:10.1080/07481187.2011.553315
- Zambrano, S. C., Chur-Hansen, A. et Crawford G. B. (2017). Attending patient funerals Practices and attitudes of Australian medical practitioners. *Death Studies*, 41(2), 78-86. doi:10.1080/07481187.2016.1214631
- Zambrano, S. C., Chur-Hansen, A. et Crawford G. B. (2018). Beyond Right or Wrong: Attitudes and Practices of Physicians, Nurses, Psychologists, and Social Workers Regarding Attendance at Patient Funerals. *Journal of Palliative Medicine*, 22(4), 400-407. doi:10.1089/jpm.2018.0234