

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

SOMMAIRE

Dossier coordonné par
Véronique Thoré et Rebecca Dickason

- Prendre soin de ceux qui prennent soin des autres 17
- Le tabou de l'impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants 18
- Pénibilité émotionnelle et trauma au seuil de la mort : enjeux de santé et leviers d'action 25
- Vivre la mort quand on est soignant du cœur 33
- Vivre avec nos morts 37
- Le chirurgien cardiaque et la mort, un couple uni pour la vie 39
- Le bloc opératoire, au cœur du danger 42
- L'élaboration collective et sa coconstruction de sens comme ressource première face à l'impensable de la mort ... 46
- Expérience partagée, vécus pluriels : des paramédicaux face à la mort en réanimation 51
- "Briser la barrière du silence", un programme de simulation pour adresser la détresse psychologique 55
- QCM 58
- Éléments de bibliographie 59

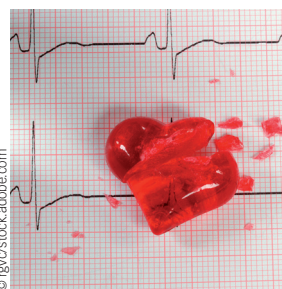
avant-propos

Prendre soin de ceux qui prennent soin des autres

Dans ce dossier, nous nous intéressons à la mort dans sa dimension cachée, celle qui est tabou, celle dont on ne parle pas ou à demi-mot, mais aussi celle qui ronge. Cette partie enfouie, osons la nommer : il s'agit de l'impact de la mort sur les soignants. Osons la porter au grand jour et briser enfin ce tabou !

■ **Ce dossier aborde plusieurs dimensions**, mêlant introspections, observations, expérimentations et mise en évidence de points de tensions et de perspectives d'évolution. Soulignons la diversité de ses intervenants qui, pour certains, n'hésitent pas à se mettre à nu et, pour d'autres, s'attachent à décortiquer les mécanismes mis en jeu.

■ **Le panel d'articles proposé, juxtaposant études, témoignages, retours d'expériences et regards croisés** permet de multiplier les angles d'attaque, d'obtenir une vision à 360 degrés en vue de mieux circonscrire la problématique. Le Pr Thibaud Damy, cardiologue, commence par planter le décor en décrivant, avec beaucoup de pudeur, le chemin emprunté depuis la prise de conscience initiale... une prise de conscience d'autant plus nécessaire compte tenu des enjeux de santé au travail et de santé publique sous-jacents, comme l'explique ensuite le Dr Rebecca Dickason. Le Pr Erwan Flécher, chirurgien cardiaque, se livre à cœur ouvert, permettant aux paramédicaux de décoder certains comportements médicaux qui ne sont, en



fait, que l'expression d'une souffrance.

■ **Dans le sillage de l'expérience québécoise** décrite par Nathalie Nadon, infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes, et le Dr Pierre Laramée, cardiologue, a suivi une réflexion au sein des sociétés savantes

et, rapidement, des actions ont vu le jour. Les articles rédigés par des psychologues, des médecins et cadres de santé en rendent compte. Parmi ces actions, compte désormais un blog scientifique¹, dont le contenu s'étoffe petit à petit.

Tous les auteurs de ce dossier s'accordent et s'unissent pour libérer la parole des soignants avant qu'il ne soit trop tard et pour sensibiliser à l'ardente nécessité de prendre soin de soi pour pouvoir prendre soin des autres. ■

Déclaration de liens d'intérêts

L'autrice déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

¹ *Préserver la santé des professionnels de santé.*
<https://emotion4care.hypotheses.org/>.

Véronique Thoré

Cadre supérieur de santé, directrice

Institut de formation des aides-soignant(e)s du centre hospitalier régional universitaire de Nancy, 29 avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, CO 60034, 54035 Nancy cedex, France

Adresse e-mail : v.thore@chru-nancy.fr
(V. Thoré).

Éléments de bibliographie

La bibliographie suivante [1-54] complète le dossier "L'impact de la mort sur les professionnels de santé".

LIVRES

- [1] **Bacqué MF.** Le deuil à vivre. Paris: Odile Jacob;2000.
- [2] **Bernard J.** La concurrence des sentiments. Une sociologie des émotions. Paris: Métailié;2017.
- [3] **Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, et al. (dir.)**. Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation. Paris: Dunod;2015.
- [4] **Clutier-Seguín J, Toubin RM.** Deuil en maternité. Professionnels et parents témoignent. Toulouse: Érès;2016.
- [5] **Grassin M, Pochard F.** La mort assistée. Anthropologie et éthique de la fin de vie au ^{xx} siècle. Paris: Cerf;2017.
- [6] **Hirsch E. (dir.)**. Fins de vie, éthique et société. Toulouse: Érès;2016.
- [7] **Lefebvre des Noëttes V, Marc B, Marc G.** Soigner les soignants. Les soignants à l'épreuve de la crise hospitalière et sanitaire. Paris: MA Éditions;2021.
- [8] **Mercadier C.** Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné. Paris: Seli Arslan;2017.
- [9] **Schepens F (dir.)**. Les soignants et la mort. Toulouse: Érès;2013.

ARTICLES

- [10] **Anthoine E.** L'empreinte de la mort dans le soin. *Aide-Soignante* 2014;158(28):29-31.
- [11] **Assez N, Quièvre C, Pokladnik K, et al.** L'annonce de la mort : une épreuve difficile pour les jeunes médecins. *Enquête auprès de 42 internes et médecins "juniors"*. *Ann Fr Med Urg* 2012;2(1):9-18.
- [12] **Béchu A, Riazuelo H, Esteves K.** La parole, expression de la subjectivité des soignants : une recherche sur la mort. *Études sur la Mort* 2020;154(2):85-103.
- [13] **Brognon P.** Le deuil des soignants face à la mort de l'enfant. *Louvain Med* 1998;117(4):164-76.
- [14] **Castra M.** Faire face à la mort : réguler la "bonne distance" soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Trav Empl* 2004;97:53-64.
- [15] **Chahraoui K, Bioy A, Cras E, et al.** Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30(4):342-8.
- [16] **Chapotte M.** Résonances psychiques de la mort à l'hôpital : pertes et deuils des soignants. *Kinesither Rev* 2016;16(176-7):58-63.
- [17] **Charazac PM.** Covid-19 et remaniement des défenses contre la dépression chez les soignants en Ehpad. *NPG* 2020;20(120):352-5.
- [18] **Cintas C, Cousineau M, Langlois V.** S'occuper de nos futurs médecins. Quand l'épuisement professionnel se fait sentir dès l'internat. *RIMH* 2016;23(4):27-46.
- [19] **Colombat P, Mitaine L, Gaudron S.** Une solution à la souffrance des soignants face à la mort : la démarche palliative. *Hematol* 2001;7(1):5-11.

- [20] **Dalot C, Triolaire V.** Pour le patient et ses proches, pour le soignant, l'épreuve psychique de la mort à vivre. *Psycho-Oncol* 2016;10:41-4.
- [21] **Derome M.** L'impact des situations difficiles sur les soignants. *Soins Pédiatr Pueric* 2018;39(304):21-5.
- [22] **Dickason R.** L'émotionnel aux confins de la vie : une approche prospective des compétences en gériatrie hospitalière. *Manag Avenir Santé* 2020;6(1):39-61.
- [23] **Dickason R.** Asclépios, Hygie, Chronos et Poséidon : le temps et les émotions au cœur des soins. *Gest* 2000 2018;35(4):45-75.
- [24] **Fath M, Rolling J.** Le soignant face au deuil périnatal. *Jalmalv* 2021;144(1):45-55.
- [25] **Faure N.** Les soignants et les familles confrontés à la mort due à la Covid-19. *Aide-Soignante* 2022;36(234):19-20.
- [26] **Foley RA, Saraga M.** Soignants et étudiants face à la mort : des émotions à écarter. *Anthropol Soc* 2021;45(1/2):277-96.
- [27] **Fournier A, Laurent A.** Le burn-out en réanimation : évaluation, prévention et dispositifs d'intervention. *Med Intensive Réa* 2021;30(2):101-8.
- [28] **Fromage B.** La mort en soins palliatifs... et après ? Imaginaire de la mort chez des soignants en soins palliatifs. *Ann Med Psychol* 2018;176(2):163-9.
- [29] **Gautier S, Peyrat-Apicella D.** "Y'en a eu combien ce week-end ?". *Jalmalv* 2021;144(1):25-33.
- [30] **Gonnaud F.** La mort périnatale : souffrance et malaise des soignants. *Laennec* 2015;63(2):41-52.
- [31] **Grosjean M.** La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier. *Rev Int Psychosoc* 2001;VII(16/17):339-55.
- [32] **Jenny P.** La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs. *InfoKara* 2007;22(1):3-12.
- [33] **Karcher B.** La honte d'être soignant face à la mort annoncée en oncologie. *Psycho Oncol* 2022;16(3):319-21.
- [34] **Laporte P, Vonarx N.** Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux. *Rev Int Soins Palliatifs* 2015;30(4):149-56.
- [35] **Laurent A, Fournier A, Poujol AL, et al.** Impact psychologique de la pandémie de Covid-19 sur les soignants en réanimation. *Med Intensive Réa* 2021;30(HS1):69-74.
- [36] **Le Jamtel C.** Le psychologue à la rencontre de soignants de nuit confrontés aux soins palliatifs : description et analyse de dix années d'intervention nocturne. *Perspect Psy* 2008;47(3):231-8.
- [37] **Le Theule MA, Lambert C, Morales J.** Accompagner, organiser la fin de vie : ethnographie d'un service de soins aigus de gériatrie. *Rev Fr Gest* 2017;43(262):105-21.
- [38] **Maroudy D, Temini H, Cazalot S, et al.** Simulation d'un entretien avec la famille d'un défunt en vus d'un don d'organes. *Soins* 2017;62(813):39-43.

- [39] **Mazaud A.** Fin de vie en réanimation : vécu et prise en charge des familles, vécu des soignants. *Jalmalv* 2019;136(1):95-106.
- [40] **Mercier M.** La peur des soignants face à la mort. *Hypnose et Thérapies Brèves* 2021;62:50-6.
- [41] **Merger F, Hamon I.** Accompagner la souffrance des soignants exerçant en soins palliatifs néonataux. *Soins Pédiatr Pueric* 2022;43(327):36-42.
- [42] **Mocquet R.** Le grignotage alimentaire des soignants confrontés à la fin de vie et à la mort. *Soins Cadres* 2014;23(92):57-9.
- [43] **Nanquette M, Perroteau A, Duvey D, et al.** L'accompagnement des soignants face au deuil en réanimation. *Cah Pueric* 2016;53(298):25-7.
- [44] **Perifano A, Laurend C.** Mort de l'enfant, émotions des soignants et dispositifs d'accompagnement. *Méd Palliat* 2021;20(1):56-61.
- [45] **Perraut-Soliveres A, Ménard D, Ducos F, et al.** Les émotions dans le soin. *Prat Cah Méd Utop* 2002;16:5-53.
- [46] **Renet A.** Soigner en temps de crise. À la recherche du sens perdu ! *J Psychol* 2022;40(1):69-75.
- [47] **Rolo D.** Histoire et actualité du concept de souffrance éthique. *Trav* 2017;37(1):253-81.
- [48] **Sâles É.** Exposé aux vagues de décès, être soignant en soins palliatifs. *Jalmalv* 2021;144(1):35-44.
- [49] **Stiefel F.** Le soutien des soignants : éléments-clés. *InfoKara* 2008;23(4):138.
- [50] **Truc H, Alderson M, Thompson M.** Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers : une analyse évolutionnaire de concept. *Rech Soins Infirm* 2009;97(2):34-49.

DOCUMENTS EN LIGNE

- [51] **Bonnet G, Damy T.** Impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants du cœur : brisons le tabou ! Janvier 2022. www.cardio-online.fr/Videos/Les-Entretiens/JESFC-2022/Impact-fin-vie-mort-sur-soignants-coeur-brisons-tabou.
- [52] **Bourquin S.** « La mort, je l'ai sentie tout de suite » : les soignants racontent le choc de l'épidémie. *Infirmiers.com*. 18 novembre 2020. www.infirmiers.com/profession-ide/la-mort-je-lai-sentie-tout-de-suite-les-soignants-racontent-le-choc-de-lepidemie.
- [53] **Dickason R.** Le travail émotionnel des professionnels de santé à l'hôpital : caractérisation et leviers d'action organisationnels [Thèse de doctorat, Sciences de gestion]. Rennes: Université de Rennes; 2017. www.theses.fr/2017REN1G016.
- [54] **Phaneuf M.** Le vécu de la soignante devant la mort. Octobre 2014. www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/10/Le-vecu-de-la-soignante-devant-la-mort.pdf.

Liliane Régent,
Documentaliste,
c/o Soins, 65 rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux cedex, France
Adresse e-mail : soins@elsevier.com
(L. Régent).

état des lieux

Le tabou de l'impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants

THIBAUD DAMY

Professeur des universités-
praticien hospitalier

Service de cardiologie, Centre
de référence des amyloses
cardiaques, Centre hospitalier
université Henri-Mondor, AP-HP,
1 rue Gustave-Eiffel,
94000 Créteil, France

■ L'impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants est méconnu par les institutions et par les professionnels eux-mêmes. ■ Pourtant, ces derniers sont tous confrontés un jour au décès d'un de leurs patients, ce qui peut conduire à un traumatisme psychologique. ■ Il existe, bien sûr, des facteurs associés personnels et professionnels susceptibles de favoriser l'anxiété, la dépression, l'épuisement professionnel, voire le stress post-traumatique. ■ Les conséquences psychosociales sont sous-estimées tant sur le soignant que sur le fonctionnement des équipes, des services et de l'hôpital (ou du cabinet), ainsi que sur la qualité de la prise en charge des malades. ■ Il est temps de briser le tabou de l'impact de la fin de vie et de la mort sur les professionnels de santé, de les amener à travailler ensemble sur cette question et d'inciter les institutions à s'impliquer.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – fin de vie ; impact ; mort ; soignant ; tabou

The taboo of the impact of end of life and death on caregivers. The impact of the end of life and death on caregivers is not well known by institutions and by the professionals themselves. However, they are all confronted at some point with the death of one of their patients, which can lead to psychological trauma. There are, of course, associated personal and professional factors that can lead to anxiety, depression, burnout and even post-traumatic stress. The psychosocial consequences are underestimated, both for the caregiver and for the functioning of the teams, departments and hospitals (or practices), as well as for the quality of patient care. It is time to break the taboo of the impact of the end of life and death on health professionals, to bring them to work together on this issue and to encourage institutions to get involved.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – caregiver; death; end of life; impact; taboo

La thématique de l'impact de la fin de vie et de la mort semble bien explorée et connue de la plupart des soignants quand il s'agit de leurs patients, mais qu'en est-il des répercussions sur eux-mêmes ? Celles-ci sont probablement sous-estimées dans notre société. Si nous, professionnels du monde cardiovasculaire, nous sommes emparés de ce sujet, c'est que nous le vivons en tant que soignants cardiologiques, anesthésistes, réanimateurs, chirurgiens cardiaques, et qu'il nous semblait nécessaire de briser ce tabou.

■ **Il est intéressant de s'interroger sur ce qui a poussé maints soignants** des hôpitaux à démissionner et à changer de métier à la suite de la pandémie de Covid-19 ; cela ne serait-il pas lié à l'impuissance ressentie lors de cette période complexe ? Voir mourir des gens en ne pouvant rien faire, risquer soi-même d'être contaminé et

de mourir, ne sont-elles pas les raisons les plus justes pour quitter un système de soin en difficulté depuis de nombreuses années ?

■ **Avant d'aborder le thème de l'impact de la fin de vie ou de la mort sur les soignants**, il nous semble important de discuter de l'évolution de l'appréhension de la mort dans notre société. Cette dernière s'est muée, au fil des décennies, en une société de consommation, de communication, de vitesse et d'immédiateté. Le professionnel de santé appartient à ce monde-là, il est donc nécessaire de le replacer dans ce contexte, mais également de le repositionner dans son histoire personnelle face à la mort, dans sa maturation d'individu et dans son humanité. La mort évolue, elle se médicalise de plus en plus avec le développement des soins palliatifs. La peur de souffrir en mourant devient

Adresse e-mail :
thibaud.damy@aphp.fr
(T. Damy).

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

plus importante que celle de mourir. Et à l'heure où l'on souhaite décéder à son domicile près de sa famille, on n'est probablement jamais autant mort à l'hôpital.

LA DUALITÉ DE LA SOCIÉTÉ FACE À LA MORT : DU VOYEURISME À LA DISSIMULATION

La mort s'affiche en permanence dans notre société, il suffit d'écouter la radio, de regarder la télévision et de prendre connaissance des films ou des jeux proposés aux adolescents avec des "morts-vivants".

■ **Les informations les plus importantes et les premières à être divulguées dans les journaux** sont celles se rapportant au décès d'une ou de plusieurs personnes de manière accidentelle ou volontaire. Si ces faits sont relayés par les médias, c'est qu'ils fascinent l'auditoire et augmentent l'audimat. Il y a donc une sorte de voyeurisme dans notre manière de consommer ces informations. Pour autant, malgré cette fascination, la mort reste taboue pour la plupart des individus. Le sujet de son propre décès est éludé. Il existe un certain détachement, bien retransmis par cette citation, non dépourvue d'humour, de Jean-Paul Sartre : « *Voulez-vous que je vous dise pourquoi vous n'avez pas peur de la mort ? Chacun de vous pense qu'elle tombera sur le voisin.* » [1]

■ **À l'opposé, la mort et le rite funéraire sont de plus en plus cachés dans notre société.** Il y a un siècle, on décédait majoritairement chez soi, la maison du défunt était ornée de tentures, le corps était visité et veillé avant d'être enterré au décours d'une procession affichée. Le défunt était célébré. Actuellement, les choses évoluent, le rite funéraire est simplifié, la visualisation du corps pose question quand elle est n'est pas jugée traumatisante. L'incinération fait place à l'inhumation. Le processus d'enterrement est réduit le plus possible dans l'espace et dans le temps, comme pour oublier cet événement. Tant et si bien que, finalement, le processus de deuil n'a pas le temps de se mettre en place correctement. La mémoire du décès, du défunt et son acceptation sont non intégrées et deviennent sources de deuil pathologique, pouvant resurgir lors de traumatismes. En analogie, c'est ce que Milan Kundera décrit dans son roman *La lenteur* : « *Le degré de la vitesse est proportionnel à l'intensité de l'oubli [...] notre époque s'adonne au démon de la vitesse et c'est pour cette raison qu'elle s'oublie si facilement elle-même.* » [2]

■ **Ces constats d'évolution de la société et de l'individu face à la mort sont importants** car, au moment où la mort arrive, elle se médicalise et se vit de plus en plus à l'hôpital... et, par conséquent, les soignants sont davantage confrontés à l'absence de préparation vis-à-vis du décès de leurs patients, de leur famille, sans compter qu'eux-mêmes peuvent porter des traumatismes personnels. Doit-on regretter cette évolution sociétale ? Ce débat n'a pas sa place ici ; mais force est de constater que penser à la mort revient à penser au sens de la vie... de sa vie... vaste sujet.

■ **Pour autant, comme l'écrivent les docteurs en éthique médicale Marc Grassin et Frédéric Pochard** dans leur ouvrage *La mort assistée* : « *Un jour ou l'autre, la fin de vie rattrape les hommes. Fin heureuse ou tragique, accompagnée de ses proches ou dans la solitude, à domicile ou à l'hôpital, longue ou soudaine, prévisible ou inattendue, la fin de vie est singulière, et il est difficile d'en faire une réalité bien définie. Elle appartient d'abord à ceux et celles qui la vivent, chacun éprouvant un souvenir, un sentiment, une émotion, une blessure, chacun s'en faisant une idée. Bien qu'éminemment personnelle, elle est aussi sociale, déterminée, par des questions d'organisations, d'idéologies, de représentations, de coûts, de techniques. Nous vivons la fin de nos vies sur un fond défini par le corps social. La mort change, elle se médicalise. Les hôpitaux sont devenus ainsi, paradoxalement, les principaux "producteurs de mort".* » [3]

QUELQUES CHIFFRES SUR LA MORT DANS LA SOCIÉTÉ

En France, en 2020, 654 000 décès sont survenus, soit une augmentation de 9,2 % par rapport à 2019 dont une bonne partie est imputée à la Covid-19 [4]. Soixante-quinze pour cent des Français meurent à l'hôpital alors qu'une majorité souhaite que cela arrive chez eux. L'enquête *Fin de vie en France* a permis de retracer le parcours résidentiel et médical avant le décès [5,6]. Elle montre que la complexité des soins rend souvent le maintien à domicile impossible, d'où le transfert à l'hôpital. Et c'est effectivement la raison la plus évoquée par la famille ou les soignants pour justifier le non-respect de la demande des patients de décéder chez eux.

■ **Quatre semaines avant leur mort, 45 % des personnes vivent à domicile (en cas de décès non soudain).** Le quitter pour entrer à l'hôpital et y mourir constitue le parcours le plus fréquent (30 %) : seulement 2 % des malades partent de l'hôpital pour mourir chez eux et,

NOTES

¹ www.youtube.com/channel/UCX20AK8B3QsGGAINncPnrAA.

² <https://emotion4care.hypotheses.org/129>.

³ www.neztoiles.com/

finalement, seuls 14 % des Français passent leur dernier mois d'existence à la maison [6]. Des chiffres qui confirment que la complexité des soins rend généralement le maintien à domicile impossible, et motive le transfert à l'hôpital. L'hospitalisation s'impose fréquemment faute d'anticipation. Dans cette peur de la mort se cache celle de la souffrance : la société veut "bien mourir". Mais s'y tapit aussi, de manière plus ou moins consciente, la crainte de se retrouver au domicile face au corps sans vie de l'être aimé comme celle de la dégradation de ce corps pour lequel l'humanité a adapté de nombreux rites funéraires si justement décrits dans le livre d'Edgar Morin *L'Homme et la Mort* [7].

■ **La fin de vie a été médicalisée.** Le déploiement des soins palliatifs a permis sa technicisation. Les soignants travaillant dans ces services ont développé toutes les compétences techniques et humaines nécessaires à la prise en charge des patients et de leur famille afin de leur garantir la "meilleure" mort possible. Ces professionnels ont choisi de travailler sur la mort. Pour autant, les chiffres parlent d'eux-mêmes, seulement 20 % des patients en fin de vie sont transférés en soins palliatifs [6]. Les causes sont multiples : rapidité des décès, manque de places, etc. Par suite, 80 % des fins de vie ayant lieu à l'hôpital se déroulent dans des secteurs d'hospitalisation classique avec des professionnels non spécialisés ou non formés à ce type de prise en charge et qui n'ont pas forcément choisi de faire ce métier pour cela. Tous les soignants ne désirent effectivement pas travailler en soins palliatifs.

L'ÉVOLUTION DU SOIN ET DE LA DÉFINITION DE LA MORT

Nous sommes entrés dans un monde où plus rien ne semble échapper à la technicisation et, concernant le corps lui-même, à la médicalisation et à l'artificialisation. La réanimation a effectué des progrès colossaux. Il est possible de suppléer, au fur et à mesure, la défaillance des organes. On ventile, on dialyse, on assiste... si bien que l'on peut s'interroger sur la notion de mort. Où s'arrêter dans le déploiement de ces techniques ? Comment conclure au décès de l'individu ? Quand et comment interrompre les machines qui maintiennent en "vie" ? La notion de mort naturelle s'obscurcit et renvoie la famille, mais également toute l'équipe soignante de réanimation, à ce dilemme.

LA LOI SUR LA FIN DE VIE ET LA MORT

L'adoption à l'unanimité à l'Assemblée nationale de la loi du 22 avril 2005, dite loi Leonetti, a profondément amélioré la prise en charge de la fin de vie [8].

■ **Cette loi proscrit l'obstination déraisonnable** (malade conscient et inconscient), les traitements inutiles ou disproportionnés ou n'ayant d'autre objet que le maintien artificiel de la vie. Elle a pour objectif de faciliter le passage du curatif au palliatif. Comme l'écrit Jacques Ricot, docteur en philosophie, le précepte éthique du soin palliatif est de « *laisser la mort faire son œuvre quand les traitements orientés vers la guérison ont échoué, refuser d'entreprendre des traitements disproportionnés avec la situation du malade [...]. Ne pas donner la mort, c'est-à-dire respecter l'interdit du meurtre, afin de ne pas transgresser l'impératif éthique fondamental, inscrit aussi dans le serment d'Hippocrate, tel est l'autre devoir qui s'impose à la conscience morale depuis la nuit des temps* » [9].

■ **Encadrant les bonnes pratiques de limitation et d'arrêt de traitement**, la loi Leonetti déclare nécessaire la concertation avec le malade, la personne de confiance, la famille ou les proches afin de garantir le maximum de transparence à la procédure et de favoriser le travail de deuil ultérieur de l'entourage (les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient). Il ne s'agit pas de transférer la responsabilité aux proches ou à la famille, mais d'éviter le sentiment de culpabilité et le deuil pathologique. La décision d'arrêt de traitement reste médicale. La conséquence est claire : le corps soignant en est responsable. Aussi, comment imaginer que les professionnels ne soient pas impactés par cette décision qui est la leur ?

LE TABOU DE L'IMPACT DE LA FIN DE VIE ET DE LA MORT CHEZ LES SOIGNANTS

L'utilisation du mot "tabou" à propos de la fin de vie et de la mort sur les professionnels de santé peut surprendre. Comment la mort pourrait-elle constituer un tabou dans le monde des soignants ? Eh bien, car il ne s'agit pas ici de la mort des patients, mais de son impact sur les professionnels.

■ **En tant que soignant exerçant depuis plus de vingt-cinq ans, j'ai été confronté à beaucoup de décès** de patients. Cela a débuté dès l'internat et la prise de responsabilités. Certains m'ont touché plus que d'autres. Je me souviens le plus

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

souvent de la personne, du lieu, de la situation, de la luminosité et parfois de l'odeur. L'émotion revient. Depuis que je travaille sur la thématique des amyloses cardiaques, ces morts se sont multipliées et j'ai développé un traumatisme vicariant. Comme l'écrit Paul Beck, infirmier et fondateur de la maison de soin palliatif Rive-Neuve, située à Blonay, en Suisse : « *La mort d'un patient renvoie le soignant à la souffrance qu'il a éprouvée lors de deuils antérieurs mal vécus, non "métabolisés". Cette souffrance est susceptible de ressortir à tout moment, de manière imprévue et décuplée, par la confrontation à certains décès.* » [10]

■ **Mon traumatisme vicariant a été diagnostiqué par mon épouse psychiatre** ; j'ai alors initié une prise en charge psychologique par *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, ou désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires. Cette thérapie m'a permis d'analyser mes émotions et l'impact que ces décès avaient eu sur moi. Cela m'a également conduit à percevoir que nombre de soignants étaient, eux aussi, dans ce cas. Au cours d'échanges avec des confrères, j'ai réalisé que nous ne nous donnions pas de possibilité de discuter de cela, que chacun (e) était confronté(e) à sa peine seul(e). Seul(e) par rapport à l'équipe, mais également en rentrant à la maison pour certains, avec l'impossibilité d'en parler à leurs proches de profession non médicale qui auraient pu être très affectés par ces confidences. Très rapidement, au fil de ces échanges, de mes lectures, de mes rencontres et de mon travail personnel, j'ai mieux appréhendé les raisons et les mécanismes de cet impact de la mort sur les soignants.

■ **Face à la mort, le soignant met en place des mécanismes de défense**, les mêmes que ceux qu'il observe chez les patients lors d'une annonce diagnostique ou d'une prise en charge difficile : le déni, la dérision, la colère, la fuite, l'évitement, la banalisation, la rationalisation, le mensonge, etc. Il peut même renvoyer la responsabilité ou la "faute" à ses collègues. Ces mécanismes de défense, s'ils protègent l'individu, sont également susceptibles d'entraîner des conséquences sur lui-même, sur les équipes et sur la relation entre les membres de l'équipe ou des services, voire sur l'organisation et l'activité de l'hôpital. Enfin, et surtout, ils peuvent conduire à une prise en charge inadéquate des patients et de leur famille en cas de fin de vie ou de décès. Est-il possible de s'occuper d'un mourant et des siens si l'on fuit l'annonce à réaliser ? Peut-on prendre correctement en charge

un patient sévère et décider de la mise en place d'une thérapeutique si l'on refuse d'en prendre la responsabilité et qu'on la transfère, consciemment ou inconsciemment, à d'autres soignants ? Au-delà des répercussions sur les professionnels, les services, la structure et son activité, les patients et leur famille sont, eux aussi, touchés. L'impact du soin sur les soignants devrait donc constituer une priorité de santé publique.

■ **Dans la plupart des services de cardiologie, la réaction la plus courante face aux décès** est de passer sous silence un éventuel impact émotionnel sur soi-même et sur l'équipe. Ainsi, lors d'une mort, souvent brutale comme un arrêt cardiaque (et donc plus traumatisante car inattendue), on réanime en équipe puis lorsque c'est l'échec on passe à la visite ou à la consultation du patient suivant comme si de rien n'était. On reste seul avec sa peine, et fréquemment avec sa culpabilité. Ce sentiment est le premier éprouvé par tout humain face à la perte d'un proche. On ne s'inquiète pas du ressenti de l'équipe, ni de celui de ses membres les plus jeunes. De toute façon, on n'aurait pas le temps pour cela compte tenu de l'activité débordante de nos services... et c'est pour cela qu'il faut se montrer vigilant quant aux risques psychosociaux au travail [11].

UNE PRISE DE CONSCIENCE MENANT À L'ACTION

Lors d'une visite au Québec pour le Groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies (Gicc) de la Société française de cardiologie (SFC), nous avons, avec Véronique Thoré, cadre de santé, rencontré nos collègues québécois du centre hospitalier de l'université de Montréal (Chum), le Dr François Tournoux et Pierre Laramée, et les infirmières en pratique avancée Stéphanie Bécharde et Nathalie Nadon. L'objectif de cet échange était de discuter de l'organisation du soin et du transfert de compétences aux paramédicaux, deux aspects très développés au Québec. Par hasard, Nathalie Nadon nous a montré des vidéos tournées par Pierre Laramée au Chum, où des acteurs jouent les rôles des malades, de leur famille et des soignants. Ils reprenaient des faits réels en vue de combattre le tabou des répercussions de la mort sur les soignants. Nathalie Nadon et Pierre Laramée ont expliqué avoir mis en place tout un programme de communication et d'éducation à ce sujet après la survenue du suicide de plusieurs professionnels [12]. À la fin de chaque vidéo, le soignant dont c'était

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

l'histoire expliquait l'impact qu'avait eu cet événement sur lui. Nous avons vu trois vidéos, dont le contenu faisait écho à ce que nous avons vécu en France. Après cela, il était évident que nous consacrerions la conférence que nous devons présenter quelques mois plus tard à cette thématique.

La conférence "Briser ce tabou de l'impact de la mort sur les soignants"

Lors des Journées francophones de l'insuffisance cardiaque, des cardiomyopathies, de l'assistance et de la transplantation cardiaque qui se sont tenues à Rennes en 2019 dans l'ancien Couvent des Jacobins, nous avons abordé ce thème. La salle de conférences était très spacieuse, 1 000 personnes pouvaient se tenir assises dans des fauteuils en feutre rouge très confortables dans un décor boisé. Un podium organisé sous forme de table ronde accueillait nos collègues québécois, qui nous avaient fait le plaisir de traverser l'Atlantique pour nous aider à casser ce tabou.

■ **Nathalie Nadon a introduit le sujet à l'aide d'un diaporama** replaçant la nécessité du bien-être des soignants dans le contexte de la santé publique. Pour tout soignant qui se met en arrêt de travail, voire qui se suicide, ce sont autant de patients qui n'ont plus accès aux soins. Un chiffre résonne encore, celui du nombre de médecins qui se suicident aux États-Unis : 300 à 400 par an [13], soit l'équivalent d'une promotion universitaire qui disparaît chaque année ! Mais, en France, combien sont-ils ? Disposons-nous de ce chiffre ? Pierre Laramée a pris la suite et, après une introduction, a lancé la première vidéo. Le contenu était difficile, sûrement un peu violent avec le recul. Il s'agissait de la réanimation de l'arrêt cardiaque d'une jeune patiente transplantée cardiaque dans sa chambre d'hôpital en présence de sa maman puis de son décès. L'auditoire n'était pas préparé. L'onde de choc a été immédiate chez les soignants présents, la vidéo faisait écho à de multiples histoires qu'ils avaient vécues. Les langues se sont déliées. Chacun, rempli d'émotions, souhaitait raconter sa vie et son expérience, le ou les décès qui l'accompagne(nt) dans ses nuits. Nous avons l'impression d'avoir ouvert une cocotte-minute sous pression depuis trop longtemps et de ne plus parvenir à la refermer. Il en a été de même pour les deux autres vidéos... puis nous avons été chassés par les appariteurs, qui devaient fermer la salle et le palais des congrès. Il s'est ensuivi plusieurs

discussions avec le Pr Erwan Flécher, chirurgien cardiaque à Rennes et coresponsable du congrès, et d'autres professionnels. Tous voulaient "faire quelque chose" pour que cet impact soit connu au niveau national et, comme nos confrères québécois, tenter de briser ce tabou.

■ **Nous avons décidé de travailler collectivement**, de parler de notre vécu de soignants du cœur exerçant en anesthésie-réanimation, cardiologie ou chirurgie cardiovasculaire. Pour cela, nous avons agi ensemble, avec la SFC, le Gicc, la société française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (SFCTCV), l'association anesthésie-réanimation cœur-thorax-vaisseaux (Arcothova). Nous avons créé une série d'enquêtes et de questionnaires abordant cet impact, aidés en cela par le Dr Frédéric Pochard, psychiatre travaillant dans le groupe de recherche FamiRéa avec le Pr Elie Azoulay, et du Dr Rebecca Dickason, psychosociologue, maître de conférences à l'université Gustave-Eiffel, située en Île-de-France.

L'étude "Impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants du cœur"

La première enquête, utilisant un questionnaire en ligne, s'est focalisée sur les médecins du cœur en incluant les trois disciplines et sociétés savantes : anesthésie-réanimation, cardiologie et chirurgie. La cible a été choisie car il était plus facile d'obtenir les e-mails des médecins *via* les sociétés savantes partenaires (la SFC et tous ses groupes, dont le Gicc, la SFCTCV et l'Arcothova).

■ **Les variables mesurées portaient sur les caractéristiques socioprofessionnelles** (c'est-à-dire le type, le lieu et le temps de travail) ; la qualité relationnelle avec les collègues, l'institution, les patients et leur famille ; le nombre de morts, l'impact émotionnel lors de décès sur le lieu professionnel ; et plusieurs échelles validées pour mesurer l'anxiété et la dépression (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), le stress post-traumatique (*Impact of Event Scale-Revised*) et l'épuisement professionnel (*burn-out, Maslach Burnout Inventory*).

Les résultats, sans appel, ont été dévoilés le 14 janvier 2022 lors des Journées européennes de la SFC. Une publication est en cours de soumission.

■ **Brièvement, 747 questionnaires ont été analysés.** L'âge moyen des médecins était de 44 ans et 43 % étaient des femmes. Soixante-dix pour cent étaient des médecins seniors confirmés et travaillaient majoritairement dans des hôpitaux, mais 22 % avaient une activité en cabinet. La médiane

L'impact de la mort sur les professionnels de santé



©TommyStockProject/stock.adobe.com

(interquartile) du nombre de décès l'année précédente était de 10 (5 ; 20). Les types de décès dont les répercussions sont les plus importantes étaient, par ordre croissant : ceux d'individus jeunes, ceux survenant lors d'une intervention, et ceux arrivant brutalement, de manière inattendue. L'état psychologique des médecins interrogés s'est révélé préoccupant : 31,1 % présentaient des symptômes de dépression requérant une prise en charge, 37,8 % des symptômes d'anxiété importante, 44,8 % des symptômes d'épuisement professionnel et 33,2 % un état de stress post-traumatique en lien avec des décès de malades.

■ **La question « Pensez-vous que les décès de vos patients aient un impact affectif ou émotionnel sur vous ? »** a permis de mesurer un score d'impact sur une échelle de 10 points (1 = nul, 10 = majeur). Quatre-vingt-trois pour cent des participants ont répondu 5 ou plus. La médiane était de 7 (5 ; 10). Une fois la réponse divisée en quartiles, le plus élevé déclarait des symptômes de dépression nécessitant une prise en charge dans 42,3 % des cas, d'anxiété importante dans 51,7 %, d'épuisement professionnel dans 51,2 % et d'état de stress post-traumatique par rapport aux décès de patients dans 60,2 %.

■ **Cette étude met en évidence le lien existant entre l'impact de la fin de vie sur les soignants et les risques psychosociaux** au travail. Révéler l'existence de ces répercussions ne constitue, en effet, que le premier élément. Il a pour but d'aider à en parler. Il revient au soignant de briser le tabou au sein de son équipe et d'oser

partager avec ses collègues ses émotions et ses sentiments face à la mort d'un patient. Les actions à entreprendre, tant personnelles qu'au sein des équipes, des institutions, sont diverses. La formation, l'accompagnement psychologique des soignants et des équipes, l'identification des situations traumatisantes et leur prise en charge globale font partie des pistes à creuser.

Les moyens et les ressources développés

Notre groupe pluriprofessionnel avance progressivement et précautionneusement pour contribuer à combattre ce tabou. Tout d'abord en communiquant à son propos : nous avons créé une chaîne YouTube sur laquelle sont mis en ligne des témoignages de soignants du cœur qui partagent leurs expériences¹. LePr Erwan Flécher a participé à une vidéo postée sur Internet par *Loopsider* [14] en vue d'élargir l'audience, et ce dossier constitue un autre moyen de toucher plus de personnes. Nous participons à diverses formations et enseignements tels que le diplôme interuniversitaire Insuffisance cardiaque et communiquons lors de congrès. Afin de mettre à disposition des professionnels de santé des ressources fiables, le Dr Rebecca Dickason a créé un "carnet de recherche"² en ligne, qui sera alimenté progressivement. Nous avançons également dans nos services pour diminuer cet impact collectivement. Ce n'est pas chose aisée que de libérer la parole sur un tel sujet, tant cela fait appel à

RÉFÉRENCES

- [1] Sartre JP. Le Diable et le Bon Dieu. Paris: Gallimard; 2000.
- [2] Kundera M. La lenteur. Paris: Gallimard; 2020.
- [3] Grassin M, Pochard F. La mort assistée. Anthropologie et éthique de la fin de vie au ^{xx} siècle. Paris: Les éditions du Cerf; 2017.
- [4] Pison F, Meslé F. France 2020 : 68 000 décès supplémentaires imputables à l'épidémie de Covid-19. *Popul Soc* 2021;587:1-4.
- [5] Pennek S, Gaymu J, Morand E, et al. Trajectories of care home residents during the last month of life: the case of France. *Ageing Soc* 2017;37(2):325-51.
- [6] Pennek S, Gaymu J, Riou F, et al. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Popul Soc* 2015;524:1-4.
- [7] Morin E. L'homme et la mort. Paris: Seuil; 1970.
- [8] Loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/.
- [9] Ricot J. Fin de vie : repères éthiques et philosophiques. *Laennec* 2004;52(1):7-25.
- [10] Beck P. Les situations de deuil. *Revue suisse des soins infirmiers* 1978;4:177-80.
- [11] Dickason R. Pénibilité émotionnelle et trauma au seuil de la mort : enjeux de santé au travail et leviers d'action. *Soins* 2023;68(874):26-32.
- [12] Laramée P, Nadon N. "Briser la barrière du silence", un programme de simulation pour adresser la détresse psychologique. *Soins* 2023;68(874):55-7.
- [13] Kalmoe MC, Chapman MB, Gold JA, Giedinghagen AM. Physician suicide: a call to action. *Mo Med* 2019;116(3):211-6.
- [14] Préserver la santé des professionnels de santé. [Face cam] Que se passe-t-il dans la tête des chirurgiens après la mort d'un de leurs patients ? Janvier 2022. <https://emotion4care.hypotheses.org/2172>.

RÉFÉRENCES

[15] Beck P. L'authenticité en soins palliatifs. *InfoKara* 2009;24(1):31-3.
 [16] Reffet A. Être humain jusqu'au bout. *InfoKara* 2003;18(1):27-8.
 [17] André C, Lesire C, Laureys S, et al. Quand la mort éclaire la vie. Transformer notre regard avec un philosophe, un moine, des neuroscientifiques et des psys. Paris: L'Iconoclaste; 2022.

l'intimité et qu'il est difficile pour beaucoup de parler de leurs émotions ou de les partager avec leurs collègues.

■ **Pour diminuer cet impact, il faut améliorer la prise en charge des patients** en fin de vie et de leur famille et, bien sûr, aider les soignants. C'est possible par de multiples actions, que nous avons essayé de mettre en place petit à petit au sein de nos services souvent à l'initiative des soignants pour répondre à des situations qui avaient été mal vécues. Nous sommes en chemin et il est difficile de proposer une solution unique. L'idéal serait d'avoir un ou une psychologue pour prendre en charge les patients et leur famille, de créer des consultations d'annonce longue réalisées en équipe où la vérité est dite prudemment aux patients et à leur famille afin que chacun comprenne ce qui est en train de se jouer dans cette fin de vie en "amour et vérité". Cette authenticité, parfaitement décrite par Paul Beck, s'avère extrêmement importante au moment de la fin de vie [15]. Créer une salle des familles ou un espace les invitant à se ressourcer, faire intervenir les associations de patients afin d'apporter une écoute aux aidants sont d'autres pistes. Dans notre service, nous avons la chance de faire intervenir plusieurs fois par semaines auprès des patients une "neztoile"[®], véritable petite fée ou docteur de la joie, qui amène les malades à répondre à des questions essentielles sur leur vie, la joie et le bonheur, tout en soutenant – l'air de rien – l'équipe soignante par ses rires, sa joie et sa bonne humeur.

Points à retenir

- La mort a évolué : elle s'est de plus en plus médicalisée et se vit majoritairement à l'hôpital.
- Face au décès d'un patient, le soignant met en place des mécanismes de défense. Ces derniers sont susceptibles d'entraîner des conséquences sur lui-même, sur les équipes, mais aussi, et surtout, sur la prise en charge des malades et de leur famille.
- Le bien-être des professionnels de santé est une question de santé publique : s'ils ne vont pas bien, se mettent en arrêt de travail ou démissionnent, qui s'occupera de la santé des Français ?
- Un travail est actuellement mené sur le lien existant entre l'impact de la fin de vie sur les soignants et les risques psychosociaux au travail. Plusieurs types d'actions sont possibles pour briser ce tabou et mieux accompagner les soignants.

■ **Écouter les membres de l'équipe possédant des dons et souhaitant les mobiliser autour d'ateliers** d'art-thérapie par exemple, trouver un espace d'échanges dans le cadre des rencontres éthiques sont encore d'autres possibilités à investir. À l'évidence, il faut également travailler avec les soignants pour diminuer cet impact et libérer la parole : mise en place de groupes de parole encadrés par les psychologues du personnel, création d'échanges éthiques, développement de formations spécifiques pour le personnel, etc. Comme l'a précisé la psychologue Marie Hennezel lors d'une conférence donnée en 2003 : « *Il est tout à fait naturel que les soignants et les bénévoles éprouvent des émotions. Il convient de faire une place à l'affectif, de l'accueillir, d'apprendre à travailler avec sa vulnérabilité, de ne pas se laisser envahir. C'est en travaillant avec l'empathie que l'on y arrive, pas en refoulant les émotions. Face à la mort, il n'y a qu'une seule réponse : porter ensemble cette souffrance.* » [16] Évidemment, tout cela prend du temps, rien n'est gagné. L'activité débordante de l'hôpital et son organisation, mais probablement plus les soignants eux-mêmes, constituent des freins importants au déploiement de tels projets. Pour autant, il est clair que la mort peut éclairer la vie et, comme l'écrit le psychiatre Christophe Fauré, les mourants ont beaucoup à nous apprendre sur la vie, sur notre propre vie [17].

CONCLUSION

L'impact de la mort sur les soignants reste méconnu en 2023. Il est ignoré par les professionnels eux-mêmes et par nos institutions. Brisons le tabou. L'impact psychologique de la fin de vie et de la mort sur les soignants constitue un problème majeur de santé publique car si ces personnes ne vont pas bien ou quittent leur métier, qui prendra en charge la santé des Français ? À l'heure où nos institutions s'interrogent au sujet du futur du système de soin et de l'Hôpital (avec un grand H), s'inquiètent quant à la qualité de vie au travail, il est grand temps de se pencher sur les risques psychosociaux liés à l'impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants et de réfléchir à comment les prévenir et les traiter. La pandémie de Covid-19 est passée par là... et des soignants ont quitté leur métier. N'est-il pas temps de réagir ? ■

Déclaration de liens d'intérêts
 L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

réflexion

Pénibilité émotionnelle et trauma au seuil de la mort : enjeux de santé et leviers d'action

■ La pénibilité émotionnelle et la confrontation à la fin de vie et à la mort qu'endurent régulièrement les professionnels de santé constituent des enjeux de santé au travail et de santé publique. ■ Comprendre leurs effets délétères sur la santé des soignants n'est qu'une première étape, qui doit être suivie de l'identification des différents leviers d'action mobilisables.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – formation ; pénibilité émotionnelle ; ressource ; santé au travail ; santé publique, souffrance ; trauma

Emotional load and trauma at the threshold of death: health issues and levers for action.

The emotional load and the confrontation with the end of life and death that health professionals regularly endure are occupational health and public health issues. Understanding their deleterious effects on the health of caregivers is only a first step, which must be followed by the identification of the various levers of action that can be mobilized.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – emotional distress; occupational health; public health; resource; suffering; training; trauma

REBECCA DICKASON
PhD, maître de conférences
des universités

Université Gustave-Eiffel,
Institut de recherche en
gestion (IRG), 5 boulevard
Descartes, Bâtiment Bois de
l'Étang, Champs-sur-Marne,
77454 Marne-la-Vallée cedex 2,
France

La question de l'accompagnement de la fin de vie et de la mort, à « *l'interfaçage* » du biologique et du social » [1], est au cœur des préoccupations sociales, sociétales et politiques. En témoigne notamment la constitution d'une convention citoyenne sur la fin de vie (organisée par le Conseil économique, social et environnemental), chargée de mener des travaux (entre les mois de décembre 2022 et de mars 2023) destinés à faciliter le débat autour d'une éventuelle évolution du cadre législatif sur ce sujet [2,3]. Cela s'inscrit, au niveau des politiques publiques, dans le contexte plus large du cinquième plan national de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie (couvrant la période 2021-2024), qui vise l'implémentation d'une prise en soins plus graduée et d'une augmentation de l'offre de soins palliatifs [4]. Dans les faits, néanmoins, cette dernière reste inégale en fonction des territoires et des organisations sanitaires et médico-sociales ; et tous les patients (et équipes de soins) qui auraient besoin de l'appui de structures palliatives ne peuvent malheureusement pas bénéficier de leur expertise.

RÉFLEXIONS LIMINAIRES

Dans le présent dossier, l'article du Pr Thibaud Damy souligne éloquemment les tensions contradictoires émergeant à l'endroit de la mort dans la société [5] et celui de Julie Pompougnac, psychologue, la tentation de vouloir en faire une affaire de spécialistes [6]. Il nous semble éclairant de prolonger ces réflexions par quelques considérations étymologiques. La mort, du grec θάνατος (*thánatos*), peut être lente, douloureuse, caractérisée par une longue agonie (c'est la dysthanasie) ; elle est susceptible de faire l'objet de moyens visant à la stopper coûte que coûte alors que tout espoir de guérison semble vain, cela risquant de la rendre plus pénible (c'est la cacothanasie) ; elle peut encore être considérée comme « bonne » ou « heureuse » (c'est l'euthanasie, terme utilisé ici de façon purement étymologique, sans lien avec les débats sur la fin de vie et son encadrement).

■ **Selon une perspective sociologique contemporaine, la « belle mort » est une « mort douce »** qui « raccourcit au maximum la

Adresse e-mail :
rebecca.dickason@univ-eiffel.fr
(R. Dickason).



© Rebecca Dickson

“Hospitalisation” (2015).

NOTES

¹ Cette citation se veut un clin d'œil – à ne pas prendre au premier degré – à la chanson éponyme (Henri Salvador et Maurice Pon, 1965).

² www.infos-patients.fr/index.html.

³ <https://emotion4care.hypotheses.org/>.

trajectoire du mourir » et « protège l'entourage du spectacle d'une lente agonie » [1]. Or, dans une telle configuration, c'est le soignant qui se retrouve en première ligne : c'est à lui qu'il « incombera de prévenir la famille et d'effectuer la toilette mortuaire » [7]. La « bonne mort », « préparée », avec un « travail de deuil sur soi et de soi [...] très largement entamé » et une « sereine acceptation de la mort » découle d'un accompagnement consistant « à soigner dans le sens le plus large de ce mot, en témoignant d'une attention au bien-être global du mourant » [1]. Derrière cette vision étendue, holistique, du prendre soin, se pose la question de la définition même du soin : ce qu'il revêt, son périmètre, ses limites, mais aussi la manière de le conduire. La démarche palliative suit une logique propre différant des démarches curatives et nécessitant une appropriation par le soignant en raison du changement de regard qu'elle requiert, de la différence de positionnement par rapport à la prise en soins et de la nature même du soin prodigué. Peut alors se faire jour chez le professionnel de santé une double tension : émotionnelle, du fait de la confrontation à un “extraordinaire” particulièrement lourd (fin de vie et mort), et éthique, à cause d'écarts éventuels entre la perception du soin, de sa signification, et la manière de le réaliser, compte tenu du jeu de contraintes, ponctuelles ou structurelles, qui s'impose aux individus et aux équipes.

■ **Les tensions éthiques et émotionnelles affectent les soignants** et dessinent des enjeux de santé publique dont les autorités compétentes doivent, à l'évidence, se saisir. Pour aider les professionnels de santé, nous esquissons ici certaines pistes, en l'espèce des leviers d'action envisageables à plusieurs niveaux (à l'échelle du soignant, de l'équipe, de l'organisation de santé, voire des organismes de formation initiale et continue). Plus que proposer des solutions clés en mains, nous visons à suggérer des faisceaux de ressources susceptibles d'être mobilisées, adaptées, revisitées en vue de répondre aux besoins des individus et des équipes.

DES ENJEUX DE SANTÉ IMBRIQUÉS : DE LA SANTÉ AU TRAVAIL À LA SANTÉ PUBLIQUE

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [8].

« Le travail, c'est la santé' » ?

Déclinée dans un contexte professionnel, la définition de la santé de l'OMS ne saurait se limiter à une non-altération de l'état général.

■ **Pour assurer sa préservation, les conditions d'exercice doivent être compatibles avec une qualité de vie au travail** effective et soutenable. Cela justifie de se préoccuper des risques psychosociaux, entendus comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » [9]. Ainsi, « ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine » [9], nichée dans l'interaction entre nature et conditions de travail, dans un contexte organisationnel donné, et pouvant se concrétiser par une détérioration du bien-être physique ou psychologique du travailleur [10].

■ **Traiter des enjeux psychosociaux de la santé au travail impose une analyse** des situations de travail qui entretisse les disciplines, du design organisationnel à la sociologie, en passant par la psychologie [11] et la psychosociologie. C'est cette optique que nous adoptons tout au long de cet article afin de cerner, d'une part, la manière dont la nature même de l'activité est susceptible de dégrader la santé au travail et, d'autre part, comment les dynamiques individuelles ou collectives, les configurations organisationnelles ou institutionnelles,

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

voire l'interconnexion entre ces différents facteurs, peuvent amplifier ou, au contraire, amoindrir ce phénomène. La finalité qui nous anime est de tracer les linéaments à partir desquels transmuier leurs potentiels destructeurs, pathogéniques, en leviers protecteurs, salutogéniques.

Les facteurs psychosociaux de risque au cœur du soin

La « matière » même de l'activité soignante est chargée en émotions [12] et ces dernières se trouvent exacerbées dans des contextes ou situations particulièrement marquants. La fin de vie et la mort font partie de ces cas extrêmes, surtout lorsque l'on s'arrête un instant sur la violence de certains décès, que ce soit par leur caractère inattendu ou brutal, par la confrontation à la déliquescence du corps, par le sentiment de ne pas avoir effectué une prise en soins optimale, par la manière dont ils renvoient le soignant à sa propre finitude ou à d'autres expériences traumatiques, directement ou de façon vicariante.

■ **À cet égard, en 2010, un collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail** a rendu un rapport préconisant la mise en place d'indicateurs nationaux pour suivre six types de facteurs psychosociaux de risque au travail, parmi lesquels les exigences émotionnelles et la souffrance éthique [9].

■ **La souffrance éthique, selon l'approche initiale de la psychodynamique du travail**, développée par Christophe Dejours [13] puis élargie par enrichissements interdisciplinaires successifs, renvoie à « la peur de perdre sa propre dignité et de trahir son idéal et ses valeurs » [14] (professionnelles, sociales, personnelles), à la réalisation d'actions en non-conformité avec ses convictions ou sa conscience professionnelle. Cela peut être le cas dans les prises en soins de fin de vie, pourvoyeuses de tensions, d'angoisse ou de culpabilité. Des aspects soulevés par les cadres de santé Soizic Massard et Armelle Duchenne, dans leur contribution au présent dossier [15].

■ **Les exigences émotionnelles, elles, sont liées à la nécessité de maîtriser et de façonner ses propres affects**, afin notamment de maîtriser et de façonner ceux des personnes avec qui l'on interagit au travail (patients, usagers, etc.). Cette gestion des émotions, qui doivent donc être régulées, modulées, masquées, falsifiées, etc., renvoie au concept de « travail émotionnel » – initialement développé par la sociologue états-unienne Arlie Russell Hochschild [16] – mais aussi aux tensions entre authenticité, empathie et “juste distance” dans le soin.

De la charge émotionnelle du quotidien à la pénibilité émotionnelle

Au quotidien, la routine émotionnelle, alliant une répétition de situations pesantes et une imprévisibilité continue ou intermittente, confère une « texture émotionnelle » [17] à chaque service de soins et génère une intensité qui ne peut être ignorée par le professionnel de santé. Ce dernier peut être amené à anesthésier ses ressentis ou à “se blinder”, il se protège ainsi d'éventuelles « contaminations symboliques », pour reprendre les mots de Catherine Mercadier, directrice des soins et docteure en sociologie [7]. C'est d'ailleurs ce qu'évoquent la psychologue Anne Renet, dans l'article publié dans ce numéro de *Soins* [18], et certains soignants du cœur qui ont accepté de partager leur vécu dans des témoignages vidéo [19].

■ **Le secteur de la santé – au sens large – constitue un haut lieu d'exposition aux exigences émotionnelles**, en particulier le contact avec la maladie, la souffrance, la détresse. Et quelle situation de détresse plus forte que l'imminence de la mort ou la mort elle-même, voire la confrontation à l'impuissance de l'entourage du patient ? Se dessinent alors les contours d'une véritable pénibilité émotionnelle [20], liée à un contact répété et prolongé avec des situations dont la perception subjective est plus ou moins lourde émotionnellement et qui relève de signaux faibles [21]. Il importe de prêter attention à ces derniers, car les signaux forts que sont les arrêts de travail, les maladies professionnelles ou les abandons de métier se révèlent insuffisants pour agir avant l'installation de dommages graves et potentiellement irréversibles pour les soignants.

■ **Les exigences émotionnelles sont susceptibles d'avoir des incidences sur la santé des professionnels de santé** (risque accru de burn-out, par exemple) [22], mais aussi sur la qualité de la prise en soins : des travaux ont ainsi montré les liens entre qualité de vie au travail et qualité des soins [23]. Il est alors légitimement possible de s'interroger : comment le professionnel de santé peut-il “correctement” prendre en soins ses patients s'il est lui-même en souffrance ? S'intéresser à la préservation de la santé des soignants s'impose donc, à la fois parce qu'ils constituent une population à risque spécifique, mais aussi parce que l'effet indirect sur la qualité des soins peut affecter plus largement la population générale et, *de facto*, la santé publique.

RÉFÉRENCES

- [1] Drulhe M, Clément S. Le mourir et le lien social. *Review of Community Development/Revue internationale d'action communautaire* 1990;23(63):113–20.
- [2] Gouvernement. Lancement d'une consultation citoyenne sur la fin de vie. Septembre 2022. www.gouvernement.fr/actualite/lancement-dune-consultation-citoyenne-sur-la-fin-de-vie.
- [3] Conseil économique, social et environnemental. Le CESE lance le tirage au sort des 150 citoyennes et citoyens de la Convention citoyenne sur la fin de vie. Octobre 2022. www.lecese.fr/actualites/le-cese-lance-le-tirage-au-sort-des-150-citoyennes-et-citoyens-de-la-convention-citoyenne-sur-la-fin-de-vie.
- [4] Ministère de la Santé et de la Prévention. Le plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024. Février 2023. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/article/le-plan-national-developpement-des-soins-palliatifs-et-accompagnement-de-la-fin>.
- [5] Damy T. Le tabou de l'impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants. *Soins* 2023;68(874):18–24.
- [6] Pompougnac J. L'élaboration collective et sa coconstruction de sens comme ressource première face à l'impensable de la mort. *Soins* 2023;68(874):46–50.
- [7] Mercadier C. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné. 2^e éd. Paris: Seli Arslan; 2017.
- [8] Organisation mondiale de la santé. Constitution. www.who.int/fr/about/governance/constitution.
- [9] Bodier M, Wolff L. Les facteurs psychosociaux de risque au travail. D'après le rapport du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail présidé par Michel Gollac. Toulouse: Octarès Éditions; 2018.

RÉFÉRENCES

[10] Cox T, Griffiths A. The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. In: Wilson JR, Corlett N, editors. Evaluation of human work. 3^e éd. Londres (Royaume-Uni): CRS Press; 2005. p. 553-71.

[11] Sardas JC, Dalmasso C, Lefebvre P. Les enjeux psychosociaux de la santé au travail. Des modèles d'analyse à l'action sur l'organisation. Rev Fr Gest 2011;214(5):69-88.

[12] Grosjean M. La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier. Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels 2001;VII(16-17):339-55.

[13] Dejours C. Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Paris: Seuil; 1998.

[14] Rolo D. Histoire et actualité du concept de souffrance éthique. Travailler 2017;37(1):253-81.

[15] Massard S, Duchenne A. Vivre la mort quand on est soignant du cœur. Soins 2023;68(874):33-6.

[16] Hochschild AR. The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling. 3^e éd. Berkeley & Los Angeles (États-Unis): University of California Press; 2012.

[17] Fineman S. Emotional arenas revisited. 2^e éd. Emotions in organizations, Fineman S. Londres (Royaume-Uni): Sage; 2000. p. 1-24.

[18] Renet A. Expérience partagée, vécus pluriels : des paramédicaux face à la mort en réanimation. Soins 2023;68(874):51-4.

[19] Préserver la santé des professionnels de santé. Paroles de soignants. <https://emotion4care.hypotheses.org/category/paroles-soignants>.

[20] Dickason R. Le travail émotionnel des professionnels de santé à l'hôpital : caractérisation et leviers d'action organisationnels [Thèse de doctorat, Santé publique]. Rennes: Université Rennes 1; 2017.

[21] Ansoff HI. Managing strategic surprise by response to weak signals. Calif Manage Rev 1975;18(2):21-33.

DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ÉPROUVÉS FACE À LA MORT

La souffrance face à la mort est très intense pour les soignants du cœur, comme l'attestent les premiers résultats du volet médical de l'étude "Impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants du cœur" [5].

Dans le sillage d'une souffrance multiniveaux

Si tout un chacun peut être confronté, à un moment ou à un autre de sa vie, à la mort, celle d'un proche ou d'une connaissance plus éloignée, la particularité pour les soignants est qu'à cela s'ajoutent les décès de patients, et ce, dès les années de formation initiale (pour les médecins, les infirmières, les aides-soignantes), avec, bien souvent, une première confrontation à la mort, au mieux marquante, au pire traumatisante. La Dr Sophie Provenchère [24] ainsi que Nathalie Nadon, infirmière en pratique avancée, et le Dr Pierre Laramée [25] soulignent, dans le présent dossier, combien les étudiants et les jeunes médecins constituent une population à risque nécessitant une vigilance accrue.

■ **Dans la carrière d'un professionnel de santé, le nombre, la fréquence et la nature des décès** ainsi que les images et actions associées – toutes les "manœuvres" pour tenter de préserver la vie, le passage plus ou moins brutal, plus ou moins impressionnant, de patient vivant à cadavre [26] ; ou encore, lorsque la vie s'est éteinte, la détermination du caractère réel et constant du décès sur un défunt "encore tiède", la toilette mortuaire d'un corps devenant glacial et rigide, l'établissement du certificat de décès et l'annonce à la famille, cela alors que le professionnel peut avoir suivi le patient pendant de nombreuses années, ou au contraire ne l'avoir jamais rencontré auparavant [27] – créent un effet cumulatif qui surajoute à la pénibilité émotionnelle quotidienne. Viennent aussi se greffer des facteurs de circonstances prompts à accroître la détresse du soignant : la solitude face à ces morts, certaines survenant la nuit, au décours d'une garde ou d'une urgence ; le doute quant aux décisions prises pour préserver la vie, accompagner le décès ; les questionnements relatifs à la manière dont les besoins d'informations et les inquiétudes du malade et de ses proches, leurs peurs, leurs angoisses, plus largement leurs émotions ont été gérés, etc.

■ **En plus de la souffrance émotionnelle de la confrontation à la mort** en elle-même viennent

se superposer, dans certains cas, la souffrance éthique de ne pas avoir pu trouver les ressources pour accompagner le patient jusqu'au bout, la disjonction entre l'*ethos* soignant et ce qu'il est possible de faire, la violence de la rupture d'un contrat moral entre le professionnel et le patient, né de l'alliance thérapeutique ou encore du colloque singulier entre médecin et malade.

■ **Une dualité est à souligner** : si l'expérience, construite dans le temps et grâce à la répétition des situations, peut revêtir une dimension protectrice en favorisant la réflexivité, en donnant des clés de gestion, voire des outils ou des ressources, la réitération de la confrontation à la pénibilité émotionnelle porte en elle les germes de pathologies graves qui s'installent progressivement, insidieusement.

Quand la pénibilité émotionnelle consomme et traumatise

Le sentiment de non-reconnaissance du travail effectué, la pression temporelle, l'insuffisance des structures d'aval pour accueillir les patients, les conditions de travail et leur détérioration, l'insuffisance des effectifs soignants, l'écart entre le souhaité et le possible dans la réalisation des tâches, l'épuisement, les exigences émotionnelles liées à la nature du travail en établissement de santé – notamment à l'hôpital – sont autant d'éléments qui traduisent des tensions à la fois internes (intrapersonnelles) et externes (interpersonnelles, à l'échelle de l'unité, du service, du pôle, de l'établissement). La nature et les conditions d'exécution du travail sont ainsi sources d'altérations de l'état des professionnels de santé (médecins, infirmières, aides-soignants, d'âges et de niveaux d'ancienneté variables). Celles-ci ont été documentées par différentes études épidémiologiques et publications médicales, que ce soit en France ou à l'étranger, avec une variabilité tant selon les types de services de soins que selon le profil des patients accueillis [28-30].

■ **Qu'en est-il plus particulièrement des conséquences spécifiques de la pénibilité émotionnelle ?** Associée à des chocs émotionnels parfois intenses, à des blessures émotionnelles quelquefois profondes, elle s'accompagne d'effets de divers degrés et natures sur les attitudes, le comportement et la santé du professionnel. La réalisation du travail émotionnel ainsi que la gestion des exigences émotionnelles s'avèrent nécessaires à l'établissement d'une relation thérapeutique, caractérisée notamment par

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

le professionnalisme, la confiance, la justesse communicationnelle, l'observance thérapeutique, l'authenticité des rapports... mais elles comportent un risque de burn-out si elles sont prolongées ou intenses [31].

■ **Le burn-out se traduit par trois composantes :**

- l'épuisement émotionnel, qui reflète la sensation d'être épuisé, frustré, et de percevoir le travail avec d'autres personnes comme exigeant ;
- la dépersonnalisation, traduisant la tendance à devenir indifférent, cynique et apathique face aux patients et à les traiter comme des objets ou de façon désobligeante ;
- la diminution du sentiment d'accomplissement personnel, c'est-à-dire le déclin du sentiment de compétence et de réussite dans son travail [32].

■ **Peuvent aussi se faire jour des pathologies traumatiques**, telles que le syndrome de stress post-traumatique (SPT) ou la fatigue de compassion [33] ; la première pathologie apparaît directement chez une personne confrontée à un trauma, la seconde découle des effets indirects de la transmission de la souffrance d'une personne vers celle qui l'accompagne. Ces deux pathologies comprennent des phénomènes intrusifs (pensées, images), d'évitement et d'hyperactivation – repris dans l'échelle *Impact of Events Scale-Revised*. La fatigue de compassion présente la particularité de combiner des symptômes associant le stress traumatique secondaire et le burn-out [34].

À tout cela sont susceptibles de s'ajouter des phénomènes d'anxiété, de dépression, une prise de toxiques, des conduites addictives, etc.

Les effets de la mort, entre persistance intangible et débordements dans la sphère privée

L'impact de la mort sur les professionnels de santé reste inégalement (et insuffisamment) étudié, peut-être par ce que l'on pense à tort que « ceux qui la côtoient auraient avec elle une relation apaisée, une sorte de camaraderie sereine », qu'il y aurait une forme d'immunisation pour ceux qui accompagnent la fin de vie et la mort [35]. Pourtant, il n'en est rien.

■ **Les domaines de l'oncologie et des soins palliatifs sont ceux qui documentent le plus les effets de la mort** et du deuil sur les professionnels de santé, médecins comme paramédicaux. Trouver un équilibre dans les frontières

émotionnelles entre la proximité avec les patients, pour prendre soin d'eux au mieux, et la mise à distance pour éviter la souffrance au moment du décès est loin d'être simple. Bien souvent, le soignant rentre chez lui avec, sur ses épaules, le poids du décès du patient [36], sans pouvoir le partager, sans vouloir l'infliger à ses proches. Il reste donc seul avec sa peine, son deuil. Un deuil intangible et invisible, qui lui colle à la peau comme la fumée d'une cigarette imbibée un vêtement... avec les conséquences que nous avons précédemment soulevées sur la santé, ainsi que des altérations dans les prises de décisions thérapeutiques,

des troubles de la concentration, une distanciation physique et émotionnelle accrue avec les patients [36].

■ **Des soignants vivent un décès par mois, d'autres plus, d'autres moins.** Au cours d'une carrière, cela fait beaucoup, surtout lorsque l'on manque de ressources pour y faire face. Si certains professionnels de santé souffrent d'anxiété, de dépression, de SPT, si d'autres envisagent le suicide, voire passent à l'acte, c'est que, outre la confrontation à des situations troublantes, ils se trouvent démunis lorsqu'il s'agit d'"aller au-delà", ils manquent de ressources (plusieurs témoignages collectés auprès des médecins cardiologues vont dans ce sens) [19].

■ **Le volet médical de l'enquête à destination des soignants du cœur** [5] montre qu'ils se sentent peu soutenus alors que les propos recueillis soulignent l'importance du partage social des émotions [37], du soutien [38] de l'équipe, des pairs, des supérieurs, pour affronter des fins de vie ou des décès particulièrement bouleversants. Face à la mort de patients, l'impréparation et le manque de ressources précipitent l'émergence de conduites à risque et l'altération de l'état général. Il est donc crucial d'outiller les professionnels de santé.

QUELLES PRATIQUES, QUELLES RESSOURCES ET QUELS LEVIERS D'ACTION MOBILISER ?

Différents leviers d'action sont susceptibles d'être utilisés pour mieux accompagner les soignants.

RÉFÉRENCES

- [22] Zapf D. Emotion work and psychological well-being: a review of the literature and some conceptual considerations. *Hum Resour Manage Rev* 2002;12(2):237–68.
- [23] Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Prat Organ Soins* 2009;40(1):39–48.
- [24] Provenchère S. Le bloc opératoire, au cœur du danger. *Soins* 2023;68(874):42–5.
- [25] Nadon N, Laramée P. "Briser la barrière du silence": un programme de simulation pour adresser la détresse psychologique. *Soins* 2023;68(874):55–7.
- [26] Flécher E. Le chirurgien cardiaque et la mort, un couple uni pour la vie. *Soins* 2023;68(874):39–41.
- [27] Bonnet G. Vivre avec nos morts. *Soins* 2023;68(874):37–8.
- [28] Smith F, Goldacre MJ, Lambert TW. Adverse effects on health and wellbeing of working as a doctor: views of the UK medical graduates of 1974 and 1977 surveyed in 2014. *J R Soc Med* 2017;110(5):198–207.
- [29] Smith F, Goldacre MJ, Lambert TW. Working as a doctor when acutely ill: comments made by doctors responding to United Kingdom surveys. *JRSM Open* 2016;7(4).
- [30] Doppia MA, Estry-Béhar M, Fry C, et al. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30(11):782–94.
- [31] McQueen ACH. Emotional intelligence in nursing work. *J Adv Nurs* 2004;47(1):101–8.
- [32] Maslach C. Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: Paine WS, editor. *Job stress and burnout*. Beverly Hills (États-Unis): Sage; 1982. p. 29–40.
- [33] Figley CR. *Treating compassion fatigue*. New York (États-Unis): Brunner-Routledge; 2002.

RÉFÉRENCES

[34] Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *Am J Orthopsychiatry* 2006;76(1):103-8.

[35] Horvilleur D. *Vivre avec nos morts*. Paris: Grasset; 2021.

[36] Granek L, Tozer R, Mazzotta P, et al. Nature and impact of grief over patient loss on oncologists' personal and professional lives. *Arch Intern Med* 2012;172(12):964-6.

[37] Rimé B, Herbert G, Corsini S. The social sharing of emotion. Illusory and real benefits of talking about emotional experiences. In: Nyklicek I, Temoshok L, Vingerhoets A, editors. *Emotional expression and health. Advances in theory, assessment and clinical applications*. New York (États-Unis): Brunner-Routledge; 2004. p. 29-42.

[38] House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. *Annu Rev Sociol* 1988;14:293-318.

[39] Bernard J. La concurrence des sentiments. *Une sociologie des émotions*. Paris: Éditions Métailié; 2017.

[40] Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How nurses cope with patient death: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs* 2018;27(1-2):e39-49.

[41] Thomas LV. *Rites de mort. Pour la paix des vivants*. Paris: Éditions Fayard; 1985.

[42] Ashforth BE, Kreiner GE. Normalizing emotion in organizations: making the extraordinary seem ordinary. *Hum Resour Manage Rev* 2002;12(2):215-35.

[43] Dickason R. L'émotionnel aux confins de la vie : une approche prospective des compétences en gériatrie hospitalière. *Manag Avenir Santé* 2020;6(1):39-61.

[44] Dickason R. Asclépios, Hygie, Chronos et Poséidon : le temps et les émotions au cœur du soin. *Gest* 2000 2018;35(4):45-75.

[45] Stiefel F. Le soutien des soignants : éléments clés. *InfoKara* 2008;23(4):138.

Dépasser le seul cheminement personnel pour formaliser des dispositifs

Il y a certainement un cheminement personnel à mener, une introspection à conduire sur le sens de la mort pour soi, sur son propre rapport à la finitude tant les confrontations « à la souffrance, la maladie, la mort [...] renvoient à sa propre vulnérabilité » [39]. Comme le dit, non sans une pointe d'humour, l'écrivaine et femme rabbin Delphine Horvilleur, « [i]l n'y a pas de cours, ni de technique pour apprendre à disparaître en dix leçons, pas de classe ou de programme académique pour optimiser son décès en un semestre » [35].

■ **Avoir une activité physique régulière, pratiquer la méditation, développer une spiritualité** [40], des « rites ou habitudes » comme s'imposer « un sas symbolique entre la mort et [1] a maison » [35] font partie du champ des possibles. Chacun trouve ses solutions, ses protocoles, ses routines, ses rites. L'universitaire Louis-Vincent Thomas souligne combien la « finalité profonde » du rite est « de sécuriser », car « par son pouvoir structurant et apaisant, il constitue dans toutes les occasions où perce l'inquiétude du devenir, une véritable nécessité vitale » [41]. Il peut être pertinent de s'inspirer de telles techniques de normalisation des émotions [42] et de les introduire dans les services de soins [43] en se nourrissant des expériences personnelles et des initiatives de certains soignants.

■ **Pour autant, les institutions et les organisations ne doivent pas se défaire** et laisser aux seuls professionnels de santé la responsabilité de trouver des solutions, d'élaborer des ressources susceptibles de les aider. C'est le fil rouge qui guide la suite de notre propos où est présentée une réflexion autour de pistes envisageables, de déclinaisons à s'approprier. Ces sous-sections n'ont pas vocation à l'exhaustivité, d'autant que certains dispositifs sont illustrés dans d'autres articles du présent dossier [6,18,25,27] ; elles visent à ouvrir certaines perspectives non abordées par ailleurs.

Ménager les conditions spatio-temporelles pour permettre une régulation émotionnelle

Libérer la parole et assurer un partage social des émotions constituent des aspects essentiels de

la régulation émotionnelle, plus encore face à la mort [40]. Cela suppose cependant de disposer des « conditions spatiales et temporelles » permettant aux individus et aux équipes de s'exprimer « sans que cela ne soit au détriment du temps passé auprès du patient » [44]. Se font alors jour des questions de fond en matière d'organisation du travail afin, d'une part, d'assurer des temps de coupure, d'expression émotionnelle cathartique, de régénération émotionnelle indispensable [44] et, d'autre part, de garantir la continuité des soins.

■ **Il importe, en effet, de ne pas considérer**

les émotions, tout particulièrement celles qui sont dérangeantes, comme des artefacts à supprimer : elles doivent, au contraire, être analysées, écoutées, non censurées et travaillées [45]. Au-delà de l'expression émotionnelle, la réflexivité est donc un levier opérant. À cet égard, les revues de morbidité et de mortalité, par exemple sous la forme de comités de retours d'expérience, peuvent contribuer au renforcement de pratiques collectives soutenantes, en plus de la mise en évidence de pistes d'amélioration et/ou de remises en question.

■ **L'omniprésence des normes émotionnelles à l'hôpital**, avec lesquelles il importe de composer (juxtaposition de normes sociales, professionnelles, institutionnelles, etc., souvent implicites) [46], impose au professionnel de santé d'alterner entre « voilement » et « dévoilement de soi », pour « tenir le coup », ou encore pour ne pas « être marqué par d'importantes fluctuations, selon le lieu de prise en charge et l'évolution de la maladie » [39]. Dans son travail, et si l'on file la métaphore théâtrale goffmanienne, le soignant passe de la scène (bloc opératoire, chambre du patient, salle de consultation, salon des familles, etc.) aux coulisses (salle de pause, office, bureau des internes, etc.) [47] en traversant des zones de transition (couloirs, escaliers, ascenseurs, etc.).

■ **Ménager les conditions spatio-temporelles de la régulation émotionnelle** s'entend également dans le cadre de la nécessaire écoute de la parole du mourant et/ou des proches, indispensable pour eux comme pour le professionnel de santé. Le recroisement entre phénoménologie et sémiologie dans « l'intelligence des signes

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

du souffrir » [48] découle d'une narration partagée, de la prise en compte du patient dans son entièreté, sa subjectivité. Une perspective qui n'est pas sans rappeler la médecine narrative, enseignée *via* des consultations simulées et l'invitation à l'introspection des étudiants par une transcription écrite de leurs propres expériences [49,50].

■ **Écoute, réflexivité et introspection – indispensables à la gestion des émotions** – peuvent trouver une autre modalité expressive avec les groupes dits Balint, du nom du psychiatre ayant initié, à la fin des années 1940, une méthode visant à examiner autant que possible la relation toujours changeante entre médecin et malade [51]. Les groupes Balint favorisent l'expression des émotions ressenties en lien avec une situation clinique, l'explicitation des sources d'inconfort, du vécu de la situation [52]. Un dispositif qui s'apparente à la simulation, telle que décrite par Nathalie Nadon et le Dr Pierre Laramée dans leur contribution au présent dossier [25].

■ **À titre individuel, devant une prise en soins ou une consultation dont le déroulé** ou les conséquences ne sont pas ceux escomptés, le professionnel de santé peut être amené à se questionner sur sa pratique, y compris dans la manière dont il entre en relation avec le patient, sur les plans émotionnels et communicationnels. En l'absence d'une discussion collective ou collégiale sur des cas interrogeant le soignant dans son exercice, il est susceptible de se sentir un peu seul dans sa démarche et de rencontrer des difficultés à relativiser la part de sa responsabilité, ce qui peut le mettre en tension. À cet égard, les groupes de type Balint ou les Schwartz Center Rounds [53], soit intégrés dans les formations (initiales et/ou continues), soit sous forme de rencontres hors les murs, pourraient se révéler pertinents et opérants.

Éviter ou, du moins, limiter l'impréparation face à la mort

Les pratiques réflexives et les dynamiques collectives constituent des ressources pour les professionnels de santé face à la pénibilité émotionnelle, tout particulièrement dans des contextes de fin de vie et de mort. Malgré l'omniprésence de la mort et du deuil dans les métiers du soin, l'impréparation, le manque de formation pour y faire face semblent dominer et c'est, d'ailleurs, un sujet assez peu abordé dans la littérature médicale [54]. Si certains programmes de formations dédiés [54–56] ont vu le jour, leur impact reste difficile à évaluer [54].

Pourtant, il semble indispensable d'outiller les soignants [56], par exemple en envisageant un cours ou un module ciblé sur la composante émotionnelle de leur activité, ainsi qu'une formation au deuil dès l'externat, qui se prolongerait durant l'internat, puis en tant que senior dans le cadre de la formation continue [57].

■ **La formation à l'annonce mérite une attention particulière**, en raison de la iatrogénie qu'une annonce mal réalisée peut provoquer tant sur le patient et son entourage que sur le médecin : elle est susceptible de mener au « *développement d'un deuil pathologique, compliqué ou traumatique dans ces diverses variantes [...] avec apparition de troubles anxieux psychotraumatiques graves et comorbidités (somatisation, dépression, angoisse, troubles de personnalité, du sommeil ou des conduites alimentaires, conduites addictives)* » [58].

■ **Au niveau national (et international), les initiatives ne manquent pas** pour la formation à l'annonce, mais elles ne sont pas nécessairement implémentées de la même manière par tous les établissements (centres hospitaliers universitaires ou universités). En fonction des facultés de médecine, les programmes construits et leurs modalités pédagogiques diffèrent : approche par patient standardisé joué par un comédien, simulation (approches immersives, *serious games*, etc.). Cela fait écho au principe de l'objectif éthique prioritaire mis en avant par la Haute Autorité de santé (HAS) : « *jamais la première fois sur un patient* » [59]. Des ressources facilitant le *e-learning* dans la relation au patient ont également été spécifiquement développées sur le Web² par l'Institut national du cancer, avec de multiples supports et outils. Cette démarche rappelle l'approche SPIKES [60] et des éléments du guide édité par la HAS sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle [61]. L'interface donne, en outre, des pistes de réflexion concernant le lieu de l'annonce (téléphone, bureau du médecin, chambre d'hôpital, etc.). Ce sont autant de ressources sur lesquelles s'appuyer et qu'il serait souhaitable de diffuser davantage.

CONCLUSION

Le système de santé est en proie à des crises profondes, protéiformes, dont l'altération de l'état de santé des soignants, face aux fins de vie et à la mort notamment, n'est qu'une manifestation parmi d'autres. Moment à la fois indécis et décisif, *révélateur* parce qu'il montre « *soudain la présence, la force et la forme de ce qui, en temps ordinaire ou en situation normale, demeure invisible* », *effecteur* car

RÉFÉRENCES

- [46] Dickason R. "Discretion remains the rule": a multilevel study of emotional requirements in a public hospital. In: Humphrey RH, Ashkanasy NM, Troth AC, editors. *Emotions and negativity* (Research on emotion in organizations, Vol. 17). Bingley (Royaume-Uni): Emerald Publishing Limited; 2022. p. 115–40.
- [47] Goffman E. *The presentation of self in everyday life*. New York (États-Unis): Anchor Books; 1959.
- [48] Ricœur P. La souffrance n'est pas la douleur. In: Marin C, Zaccari-Reyners N, editors. *Souffrance et douleur*. Autour de Paul Ricœur. Paris: PUF; 2013. p. 13–34.
- [49] Charon R. Narrative medicine in the international education of physicians. *Presse Med* 2013;42(1):3–5.
- [50] Goupy F, Abgrall-Barbry G, Aslangul E, et al. L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ? *Presse Med* 2013;42(1):e1–8.
- [51] Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. Londres (Royaume-Uni): Pitman; 1957.
- [52] Montecot C. *Expérience d'analyse des pratiques, de type Balint dans un groupe d'internes de médecine générale : vers une élaboration psychique* [Thèse d'exercice, Médecine]. Angers: Université d'Angers; 2011.
- [53] Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, et al. Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud* 2017;69:9–24.
- [54] Sikstrom L, Saikaly R, Ferguson G, et al. Being there: a scoping review of grief support training in medical education. *PLoS One* 2019;14(11):[e0224325].
- [55] Serwint JR, Bostwick S, Burke AE, et al. The AAP resilience in the face of grief and loss curriculum. *Pediatrics* 2016;138(5):[e20160791].
- [56] Redinbaugh EM, Schuerger JM, Weiss LL, et al. Health care professionals' grief: a model based on occupational style and coping. *Psychooncology* 2001;10(3):187–98.

RÉFÉRENCES

[57] Granek L, Buchman S. Improving physician well-being: lessons from palliative care. CMAJ 2019;191(14):E380-1.

[58] Assez N, Quievre C, Pokladnik K, et al. L'annonce de la mort : une épreuve difficile pour les jeunes médecins. Enquête auprès de 42 internes et médecins "juniors". An Fr Med Urgence 2012;2(1):9-18.

[59] Haute Autorité de santé. Rapport de mission. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. Janvier 2012. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf.

[60] Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES – a six-step Protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist 2000;5:302-11.

[61] Haute Autorité de santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. Octobre 2008. www.has-sante.fr/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle.

[62] Morin E. Pour une théorie de la crise. In: Morin E, editor. Sociologie. 2^e éd. Paris: Fayard; 1994. p. 175-90.

[63] Longhi V. Krisis ou la décision génératrice : épopée, médecine hippocratique, Platon. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2020.

[64] Levy M. The best of medic in the green time: writings from the Vietnam war and its aftermath. Salem (États-Unis): Winter Street Press; 2020.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

« marqué par des discontinuités et des ruptures » [62] ; toute crise peut être appréhendée comme une opportunité à saisir pour conduire à des évolutions nécessaires.

■ **L'étymologie grecque du terme "crise", κρίσις (krisis), polysémique [63], renvoie à la décision**, au tournant qui permet le diagnostic [62], mais pas seulement. La *krisis* possède une dimension de mise en action et en mouvement : elle est résolutoire, transformationnelle, elle est un dénouement d'une pathologie (qui peut, métaphoriquement, être d'ordre organisationnel ou managérial et non seulement médical), même si son issue n'est pas une donnée *a priori*. Nous appelons de nos vœux à appréhender ce qui se passe dans les organisations de santé, ainsi que les constats sur l'impact de la mort sur les soignants, comme une *krisis* dans son acception grecque, à en faire un moment décisif, un temps suspendu, c'est-à-dire un *καιρός (kairos)*, l'opportunité de construire ensemble une alternative, un changement durable et salutogénique.

■ **Une première étape consiste à initier une prise de conscience autour de ce phénomène de souffrance** et d'altération de la santé des soignants, tant à l'échelle des professionnels, des équipes, des structures de santé que des institutions et des organes de décision en matière de politiques publiques. Le volet médical de notre étude [5] a rendu tangible, objective, une réalité troublante : celle de l'impact de la mort sur les soignants du cœur, qu'ils soient jeunes ou plus expérimentés, qu'ils exercent à l'hôpital, en clinique ou en libéral. Outre les premiers résultats chiffrés qui attestent d'un état de santé préoccupant, les témoignages vidéo permettent de substantier cette réalité [19]. Parce que « les

statistiques ne saignent pas » (pour paraphraser Janet McIntosh dans son introduction à l'ouvrage *The Best of Medic in the Green Time* de Marc Levy) [64]. Parce que donner à voir le ressenti profond, l'expérience personnelle et intime de cet impact de la mort peut conduire les soignants à se rendre compte qu'ils ne sont pas les seuls à être troublés par cette question de la fin de vie et de la mort, qu'ils ne sont pas les seuls à être bouleversés, qu'ils ne sont pas les seuls à traverser ce qu'ils traversent, qu'il n'y a pas de honte à demander de l'aide, à chercher des ressources.

■ **Une autre étape est d'aider les professionnels en souffrance** (ceux qui sont d'ores et déjà dans un état de santé dégradé comme ceux qui se situent à un point de bascule et ont besoin de bénéficier d'un soutien avant qu'il ne soit trop tard), de trouver des moyens pour les accompagner. Nous visons, ainsi, à identifier, collecter, colliger un ensemble de ressources à destination des soignants afin de les aider à faire face à un quotidien empreint d'une charge émotionnelle difficile à porter. C'est la raison pour laquelle le carnet de recherche (blog scientifique) "Préserver la santé des professionnels de santé" ³ a été créé.

■ **Un autre projet consiste à répertorier et diffuser les initiatives locales développées** pour "faire face", voire à construire des outils permettant de repérer les signaux faibles, dans l'objectif de mettre en place des mesures dès leur repérage pour au pire ralentir la spirale délétère, au mieux prévenir l'apparition de troubles durables. Autant d'outils et de mesures qui pourraient ensuite être déclinés d'établissements en établissements. Les pistes d'actions ne manquent pas !

■ **Nous espérons que notre démarche suscitera un engouement auprès des professionnels de santé** et des décideurs, et voyons ces étapes comme autant de préambules à l'implémentation de changements aux niveaux organisationnels et institutionnels. Nos objectifs peuvent paraître ambitieux, mais les enjeux sont tels que nous considérons qu'il est de notre responsabilité d'agir à notre échelle, dès lors que nous en avons la possibilité, avec le souhait ardent de faire bouger les lignes, de contribuer au déploiement de dispositifs susceptibles d'aider les professionnels de santé (au niveau des établissements de formation et de santé, notamment) et, par voie de conséquence, les patients et, *de facto*, d'agir sur la qualité de leur prise en soins.

La santé des soignants est une problématique de santé publique. C'est aussi un véritable sujet de société qui doit interpeller les décideurs comme les citoyens. Il est urgent de passer de la mise en mots des maux à la mise en actions ! ■

Points à retenir

- Les soignants sont en première ligne face à la mort, avec des conséquences sur leur santé et des débordements dans leur sphère privée.
- Les professionnels de santé sont confrontés à une pénibilité émotionnelle qui peut faire naître des symptômes de burn-out et de trauma.
- L'altération de la santé des soignants soulève des enjeux imbriqués, en matière de santé au travail, de qualité des soins et de santé publique.
- Les leviers d'action à mobiliser doivent être multiniveaux, dans et hors les murs, à l'échelle des individus, des équipes, des établissements de santé et des politiques publiques.

pratique soignante

Vivre la mort quand on est soignant du cœur

■ Les soignants paramédicaux du cœur sont, comme les médecins, régulièrement confrontés à la mort dans le cadre de leur exercice. ■ Toutefois, il semblerait qu'ils ne vivent pas ces situations de la même manière. ■ La formation initiale, le référentiel infirmier, ainsi que certains dispositifs tels que l'analyse des pratiques professionnelles conduisent à l'adoption d'un positionnement particulier auprès des patients et à une façon spécifique d'appréhender la fin de vie et la mort.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – accompagnement ; analyse des pratiques professionnelles ; cardiologie ; exercice hospitalier ; formation infirmière ; référentiel

Experiencing death as a heart caregiver. Like physicians, cardiac paramedics are regularly confronted with death in the course of their practice. However, it would seem that they do not experience these situations in the same way. Initial training, nursing standards, and certain mechanisms such as the analysis of professional practices lead to the adoption of a particular position with patients and a specific way of dealing with the end of life and death.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – analysis of professional practices; cardiology; hospital practice; nursing education; reference framework; support

Nos expériences professionnelles d'exercice infirmier, puis de cadres de santé dans des unités d'urgences et soins intensifs de cardiologie, d'urgences cardiologiques, de médecine cardiologique, de chirurgie cardiaque et autres, nous ont confrontées, directement ou indirectement, à la mort de patients. Quel impact cela a-t-il eu sur nous ?

À la lueur de l'enquête médicale "Impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants du cœur" présentée par le Pr Thibaud Damy [1] et de ses résultats interpellants, et alors que le volet paramédical de l'enquête nationale est en cours avec des résultats espérés fin 2023, nous avons souhaité croiser les regards de professionnels infirmiers et aides-soignants et nous interroger sur les répercussions de la mort sur cette population. Si les résultats du volet médical révèlent un véritable tabou et des retentissements terribles sur la santé mentale et la vie personnelle des professionnels concernés, il nous semble – à la lumière de notre vécu d'infirmières, puis de cadres – que les conséquences sont susceptibles d'être moins impactantes pour les personnels paramédicaux, même si le sujet demeure bien réel pour eux aussi. Face à ce ressenti se pose la question du "pourquoi ?" Les répercussions de la mort sur les

soignants du cœur sont-elles réellement considérées chez les paramédicaux ? Que savons-nous de ce que les soignants semblent vivre face à la mort ? Comment y sont-ils préparés ?

LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES

En France, les pathologies cardiovasculaires sont la deuxième cause de mortalité, juste après les cancers [2]. Ainsi, 1,5 million de personnes sont touchées et un Français décède toutes les sept minutes de cette affection fréquente, grave mais surtout invisible [3]. La durée du suivi de ces patients insuffisants cardiaques, les allers-retours itératifs entre le domicile et les hospitalisations sur plusieurs années sont susceptibles de fragiliser les soignants qui s'en occupent. La relation soignant-soigné, qui s'installe dans le temps, entraîne, malgré eux, une "prise d'affect", un engagement affectif – phénomène, nous semble-t-il, invisible au potentiel délétère et incontrôlable.

■ **La mort, les soignants en parlent plus ou moins selon leur fonction, leur équipe, leur parcours** professionnel et personnel. Chacun a ses modes d'expression et, parfois, certains

SOIZIC MASSARD^{a,*}

Cadre de santé, chirurgie thoracique et cardiovasculaire–chirurgie cardiaque–greffes et assistances cardiaques

ARMELLE DUCHENNE^b

Cadre de santé, cheffe de projet Article 51, parcours patients insuffisants cardiaques sévères

^aCentre hospitalier universitaire de Rennes, Site de Pontchaillou, 2 rue Henri-Le-Guilloux, 35000 Rennes, France

^bCentre hospitalier universitaire Henri-Mondor, AP-HP, 1 avenue Gustave-Eiffel, 94000 Créteil, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :

soizic.massard@chu-rennes.fr
(S. Massard).



© Vital/istock.adobe.com

n'ont tout simplement pas trouvé le moyen de s'exprimer. En définitive, ce sujet des répercussions de la mort sur les paramédicaux est peut-être bien plus tabou qu'il n'y paraît au premier abord, bien plus impactant que nous voudrions le voir.

■ **Fuite, humour, causerie entre collègues ou entre amis en salle de détente**, en fumant une cigarette, en consultant un psychologue au travail ou près de chez soi, conduite dangereuse, festive ou addictive, automédication, etc. Chacun adopte ses propres stratégies de défense, parfois pour le meilleur, parfois pour le pire. Dans tous les cas, il semble essentiel de briser le tabou de cet impact pour que plus personne ne soit seul face à la mort : se sentir libre d'en parler et de partager en toute humanité, voilà qui est le cœur de notre propos.

LES CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE

Le patient insuffisant cardiaque est souvent âgé quand il arrive en bout de sa course de vie, et la plupart du temps il est jeune au début de sa maladie. C'est quelqu'un qui a généralement minimisé les symptômes de l'insuffisance cardiaque (IC), qui a ignoré son essoufflement, l'apparition d'œdèmes, sa fatigue, etc. La perte de chance s'installe avant même que cet homme ou cette femme n'ait pris conscience qu'il ou elle était

malade. Malade à vie. C'est une hospitalisation en urgence pour dégradation majeure de l'état de santé, pour un infarctus, pour un arrêt cardiaque qui crée le point de bascule vers une nouvelle réalité. La détermination du diagnostic est immédiate, l'effet est brutal, le handicap est là, le deuil de son état de santé antérieur commence. La liste de médicaments à prendre pour tenter d'améliorer ses symptômes, la mise en place d'activité physique alors que la fatigue est bien présente, l'adaptation du régime alimentaire, la discussion d'éventuelles conduites addictives sont nécessaires pour tenir dans le temps. Et lorsque l'IC deviendra trop sévère et handicapante, lorsque s'amorcera le "bout du parcours" peut-être que la greffe ou la pose d'une assistance cardiaque mécanique de longue durée seront envisagées, voire mises en œuvre. Auprès de ces patients, les professionnels ont parfois l'impression de travailler en cancérologie. La mort arrivera, on la retardera, mais elle viendra... dans six mois, un an, cinq ans, dix ans, vingt ans ? Personne ne peut la prédire, mais l'accompagnement soignant démarre.

DES QUALITÉS PROFESSIONNELLES NÉCESSAIRES ET DES ÉTUDES FORMATRICES

De l'engagement, de l'empathie, de l'écoute, de la distanciation, il en faut pour être soignant

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

du cœur. Dans les unités qui prennent en charge l'IC, les professionnels côtoient la mort régulièrement. Alors, se cantonner à une seule démarche normative et experte ne s'avère pas suffisant. En cardiologie, ils ont une double responsabilité, celle du "soignant" mais aussi celle du "vivant", l'humanité chevillée au cœur, l'humanité à cœur. Dans ce cadre, quels facteurs peuvent contribuer à limiter l'impact de la mort sur les paramédicaux ? Un élément de réponse nous semble résider dans leur formation initiale et ses modalités spécifiques.

■ Dans le référentiel, la finalité de la formation d'infirmier est clai-

rement affichée [4] : il s'agit, d'une part, de donner à l'étudiant la possibilité d'apprendre « à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose » et, d'autre part, de former des professionnels « exercés [...] compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et [de] s'adapter à des situations variées ». Ce cursus s'articule autour du développement de compétences sur un lieu de stage défini, et dans différentes spécialités, en alternance avec l'acquisition de connaissances en institut de formation en soins infirmiers (Ifsi). La mort des patients survient dans tous les services hospitaliers, y compris dans ceux où elle n'est pas "censée" se produire. L'étudiant paramédical s'y confronte déjà, et s'y prépare donc.

■ Le cursus de formation en alternance, pour les infirmiers comme pour les aides-soignants, permet de revenir à l'Ifsi ou à l'institut de formation d'aides-soignants avec des situations de soins vécues difficilement au cours des stages et de les partager lors d'ateliers d'analyse de pratiques professionnelles, ce qui est essentiel. Cette façon de procéder, largement répandue dans les écoles, invite à prendre le temps de réfléchir sur des situations ou des accompagnements de soins marquants survenus pendant les stages ; elle offre également la possibilité d'apprendre à se connaître et à questionner les effets de ses pratiques sur ses émotions, et inversement. Grâce à ces actions réflexives, l'étudiant poursuit sa construction professionnelle et est susceptible d'adopter de nouveaux comportements. En reconnaissant ses émotions et en ayant appris à les gérer, il adaptera son exercice à tout moment,

quelles que soient les circonstances, y compris face à ses propres angoisses et à celles des patients, ainsi qu'à la mort elle-même.

■ Le Code de déontologie précise que l'infirmier « doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité de la personne soignée et réconforter son entourage » [5]. À cette fin, il apprend l'écoute active, celle qui soigne et aide le patient, mais aussi celle qui le protégera en tant que soignant parce qu'il a "appris" et, ainsi, sera en mesure de rester dans une posture professionnelle.

Un stage en soins palliatifs est obligatoire dans le cursus de formation infirmier, ainsi que la dispensation d'une unité d'enseignement "Soins palliatifs et accompagnement en fin de vie". La rencontre de l'étudiant avec la mort s'égrène et se prépare donc au fil de ses études.

L'EXERCICE EN CENTRE HOSPITALIER, UN CADRE PROTECTEUR ?

En 2016, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques, en France près de 60 % des décès ont eu lieu dans un établissement de santé [6]. Le professionnel soignant est, de fait, massivement exposé à la mort dans son exercice hospitalier.

■ Le programme de formation mis en œuvre dans les établissements de soins permet, au-delà du cursus initial, de se former tout au long de sa carrière. Et nous constatons au sein de nos unités que les soignants du cœur souhaitent apprendre à accompagner la mort. Nous disposons d'un éventail de cours sur ce sujet au sein de nos structures de soins. De cette manière, nous pouvons consolider les manques et les besoins identifiés par les professionnels mais aussi adapter les approches, afin de renforcer leurs compétences et de les aider à faire face à la mort, de "professionnaliser" leurs actions dans cette situation.

■ Des débriefings avec un psychologue sont susceptibles d'être organisés si le besoin s'en fait ressentir, individuellement ou collectivement. De notre expérience, les équipes sont plutôt à l'aise avec la démarche et le cadre de santé peut les solliciter et programmer ces réunions

La mort des patients survient dans tous les services hospitaliers, y compris dans ceux où elle n'est pas "censée" se produire

RÉFÉRENCES

[1] Damy T. Le tabou de l'impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants. Soins 2023;68(874):18-24.
 [2] Santé publique France. Insuffisance cardiaque. Juin 2019. www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/insuffisance-cardiaque/publications.
 [3] Assurance maladie. Définition et causes de l'insuffisance cardiaque. Septembre 2022. www.ameli.fr/assure/sante/themes/insuffisance-cardiaque/definition-causes.
 [4] Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Annexe 3. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf.
 [5] Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers—Article R4312-21. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578.
 [6] Institut national de la statistique et des études économiques. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile. Octobre 2017. www.insee.fr/fr/statistiques/3134763.
 [7] Renet A. Expérience partagée, vécus pluriels : des paramédicaux face à la mort en réanimation. Soins 2023;68(874):51-4.
 [8] Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers—Article R4312-10. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578.

Déclaration de liens d'intérêts
 Les autrices déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

cliniques de façon adaptée. L'intervention du psychologue offre une réelle plus-value lors de ces échanges : il apporte avis, conseils et éclairages à l'ensemble des soignants confrontés à des cas difficiles. Les psychologues dédiés aux unités de soins se rendent disponibles pour organiser ces réunions cliniques, et cela se révèle très précieux.

■ **L'équipe constitue un collectif salvateur et les temps de pause avec les collègues sont libérateurs.** Dans les moments délicats, la parole et la solidarité entre collègues deviennent essentielles, la cohésion se renforce. Or, ce travail en équipe est aussi ce qui permet d'envisager un passage de relai : lorsque les émotions sont difficiles à gérer, le professionnel change de secteur, de patient confié, de manière à soulager son vécu.

■ **Enfin, une autre différence que nous pensons majeure entre médecins et paramédicaux réside dans le fait que les seconds, contrairement aux premiers, n'ont pas de "pouvoir" sur la vie ou sur la mort.** Le médecin référent du patient insuffisant cardiaque choisit et prescrit la meilleure thérapeutique pour lui permettre de vivre, de lutter contre la mort ou, du moins, de la retarder autant que possible. Sa responsabilité est immédiatement engagée dans le résultat, l'issue, car il est le prescripteur. Le compte à rebours démarre alors, celui du "résultat" : comment le malade

réagit-il au traitement ? Son état évolue-t-il dans le bon sens ? Que faut-il ajuster ? Que peut-on ajuster ? Quoi apporter de plus pour améliorer les résultats ? Une notion de culpabilité ou d'échec peut être ressentie [1,7]. Dans l'exercice de leur métier, les infirmiers ou les aides-soignants n'ont

pas de "pouvoir" sur la vie ou sur la mort. Le soignant du cœur, paramédical, se sent, lui, responsable de la qualité de l'accompagnement vers la mort. De la culpabilité est susceptible d'être ressentie à cet endroit-là. D'un côté, la pression du soin ne cesse d'aug-

menter ; de l'autre, le Code de déontologie précise que « l'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs [...] Il y consacre le temps nécessaire [...] » [8]. La mort d'un malade va directement impacter le soignant paramédical si la qualité du soin, le soulagement de la douleur ou le confort du patient ne sont pas optimaux. Dès lors que son socle de valeurs soignantes est atteint – respect, écoute, dignité – il est touché, et peut souffrir.

CONCLUSION

Cet article témoigne de ce que nous vivons auprès de nos équipes au quotidien et il est le fruit de nos expériences professionnelles. Notre propos est donc teinté de subjectivité, il se nourrit avant tout de nos constats effectués au fil des années, de nos intuitions. Parce que nous savons que ce sujet est partie prenante de notre exercice au quotidien, mais que nous ignorons l'ampleur de ses conséquences aujourd'hui pour demain, nous avons choisi de nous engager dans l'enquête sur l'impact de la mort sur les soignants paramédicaux du cœur. Dans la continuité du volet médical, l'activation de la seconde phase de l'étude, centrée sur les paramédicaux du cœur au niveau national, conduira – nous l'espérons – à apporter des résultats concrets, chiffrés, susceptibles d'évaluer l'écart potentiel des répercussions de la mort sur les médecins et les paramédicaux, pour agir ensemble peut-être autrement. Quels que soient les résultats, une chose est sûre : il faut avancer en bloc pour briser le tabou, faire parler notre vécu de soignant face à la mort de nos patients. Tel est le défi à relever. ■

Points à retenir

- Les soignants du cœur côtoient la mort régulièrement. Se sentir libre de parler de l'accompagnement de la vie jusqu'au dernier souffle est essentiel.
- Il est important de questionner les effets de la pratique professionnelle sur les émotions. L'analyse des pratiques professionnelles ne vise pas à identifier des solutions mais à retrouver son authenticité, construire son identité professionnelle. Elle est une réponse à promouvoir.
- Le soignant du cœur porte une responsabilité dans la qualité de l'accompagnement vers la mort. L'équipe constitue un collectif salvateur et les temps de pause avec les collègues sont libérateurs. Il faut, ensemble, savoir les préserver.

témoignage

Vivre avec nos morts

■ Jeune cardiologue, le Dr Guillaume Bonnet a été confronté à la fin de vie lors d'un décès marquant survenu au cours d'une garde aux soins intensifs cardiologiques. ■ À travers son témoignage se dessinent l'importance de la libération de la parole, mais aussi des pistes de réflexion en matière de préparation des médecins en amont de telles situations, mettant notamment en avant le rôle de la simulation.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – cardiologie ; éducation ; fin de vie ; simulation ; témoignage

Living with our dead. As a young cardiologist, Dr. Guillaume Bonnet was confronted with the end of life during a significant death that occurred during a shift in cardiological intensive care. Through his testimony, we can see the importance of freeing up speech, as well as ways of thinking about preparing physicians for such situations, particularly by highlighting the role of simulation.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – cardiologie; education; end of life; simulation; testimony

Deux heures du matin¹. Les soins intensifs. M. G. vient de décéder d'une dissection aortique en revenant du scanner. Il attendait sa chirurgie en urgence, dans le box numéro 4 de l'unité. C'est une de mes premières gardes de senior en cardiologie au centre hospitalier universitaire.

Ce patient, je ne le connaissais pas, je ne l'avais jamais suivi. Pourtant, me voilà face à sa femme, âgée de 50 ans, et à ses deux enfants, âgés de 4 et 8 ans. Je les fais patienter dans la salle d'attente. Ce jour-là, les soins intensifs sont bondés ; de nombreux malades nécessitent un suivi très rapproché.

FAIRE FACE À LA MORT

Au fil de mes années de formation, j'ai appris à effectuer des gestes techniques, des échographies, à négocier des examens en urgence, à discuter avec mes collègues. Mais personne ne m'a expliqué comment soutenir le regard d'une femme qui se réveille un matin sans son mari. M. G. n'avait jamais vu aucun cardiologue, n'avait aucune comorbidité particulière, juste une hypertension légèrement négligée, ce qui est très fréquent chez les jeunes chefs d'entreprise. En fin de compte, le premier médecin qu'il a rencontré, c'est moi.

■ **Je fais installer la famille dans la salle de réunion des soins intensifs.** Je demande à l'infirmière des mouchoirs et de l'eau. En entrant, je réalise à quel point cette pièce n'est pas adaptée : tables trop larges, chaises trop nombreuses, lumière trop intense et ce vidéoprojecteur accroché au plafond qui me regarde comme si, lui aussi,

était conscient que l'habit fait finalement, parfois, le moine. Cette salle, remplie de livres de médecine, avec une bibliothèque spécialisée en cardiologie, est l'endroit le moins approprié pour une annonce de décès aussi brutale.

■ **J'essaie de trouver les mots.** Je présente à la famille les condoléances du service. J'insiste sur le fait que M. G. n'a pas souffert. Les membres de la famille se lèvent et dans un élan d'amour, au rythme des sanglots, ils se serrent par les épaules les uns les autres en formant un cercle. Cette réaction, si intense, me laisse immobile, seul, et l'émotion m'envahit tout entier. Quelques secondes – qui me paraissent des heures – me sont indispensables avant de pouvoir les saluer et de repartir "soigner" d'autres M. G., d'autres patients.

ACCEPTER DE NE POUVOIR TOUT CONTRÔLER

Le contrôle est une notion clé quand on veut devenir médecin : contrôler le temps, contrôler sa motivation, contrôler sa vie d'étudiant pour travailler, bachoter les concours, apprendre à exercer sa passion. On maîtrise, on contrôle, on gère, on *masterise*, on revêt ce costume d'expert nécessaire à la pratique. C'est ce type de médecin que l'on apprend à être. Alors, s'effondrer en annonçant la mort d'un mari à une femme de 50 ans, cela ne ressemble en rien à ce que l'on nous enseigne.

■ **Le lendemain, aux "transmissions", j'évoque à demi-mot ce patient** qui n'est plus hospitalisé et qui n'est donc plus un dossier à transmettre à mes collègues.

GUILLAUME BONNET
MD, PhD, cardiologue
interventionnel

Unité médico-chirurgicale
de valvulopathies, Centre
hospitalier universitaire de
Bordeaux, Hôpital cardiologique
Haut-Lévêque, 1 avenue de
Magellan, 33604 Pessac, France

Adresse e-mail :
guillaume.bonnet@chu-bordeaux.fr
(G. Bonnet).

NOTE

¹ Le titre de cet article fait écho à celui de l'ouvrage de Delphine Horvilleur, paru chez Grasset en 2021.

RÉFÉRENCES

[1] Iribarnegaray L. Chez les étudiants en médecine, le tabou des suicides. *Le Monde*. 12 janvier 2021. www.lemonde.fr/campus/article/2021/01/12/chez-les-etudiants-en-medecine-le-tabou-des-suicides_6065953_4401467.html.
 [2] Cintas C, Cousineau M, Langlois V. S'occuper de nos futurs médecins. Quand l'épuisement professionnel se fait sentir dès l'internat. *RIMHE* 2016;23(5):27-46.
 [3] Maroudy D, Temini H, Cazalot S, et al. Simulation d'un entretien avec la famille d'un défunt en vue d'un don d'organes. *Soins* 2017;62(813):39-43.

Au décours du petit café avant de rentrer chez moi, je ressens le besoin d'en parler. Mes "grands frères" de ce lieu – ma "maison" de formation en cardiologie – partagent leurs expériences et tentent de trouver les mots justes. Après n'avoir dormi que deux heures cette nuit-là, le repos sera un bon traitement du *spleen* que je porte en cette sortie de garde.

■ **Pendant mes six années d'externat et mes jeunes années d'internat**, j'ai toujours été en deuxième ligne des situations d'urgence médicale. J'ai vu faire les plus anciens. C'était donc mon premier décès, de surcroît chez un patient aussi jeune, de façon aussi brutale, que j'ai pris en charge dès son arrivée.

On fait ces études pour sauver les patients. On a des âges où l'on pense éventuellement à devenir parent. Les notions de décès, de mort et de fin de vie semblent si loin de nous, jeunes cardiologues.

■ **On choisit la cardiologie parce qu'on est passionné**. On a l'impression de pouvoir contrôler des situations périlleuses grâce à un arsenal thérapeutique très large. On nous apprend à "ne rien lâcher", à toujours proposer un traitement, voire une innovation, à tous les patients. On est même parfois moqué par nos jeunes collègues venant d'autres spécialités qui trouvent qu'on traite des patients trop vieux, trop comorbides, comme si notre spécialité n'avait, par essence, pas complètement intégré la notion que, parfois, la pompe cardiaque devait s'arrêter.

MIEUX PRÉPARER LES ÉTUDIANTS

Les internes, ces jeunes médecins qui conjuguent le travail d'un praticien et celui d'un apprenant, sont identifiés comme des personnes à risque. Au centre des tensions sociétales, hospitalières, managériales et personnelles, ils peuvent subir un épuisement professionnel. En 2021, une enquête a montré qu'un interne a trois fois plus de risque de suicide qu'un Français du même âge [1], et ce, dans un contexte où un interne sur deux déclare se sentir "fragilisé" ou "brisé" dans son exercice quotidien [2].

■ **Aujourd'hui, je libère ma parole concernant cette histoire clinique**, mon histoire, à propos de laquelle mon éducation judéo-chrétienne m'a longtemps fait culpabiliser. Au fond, je crois que cela reste encore un peu ma faute, et ce, bien que j'aie agi du mieux possible et que l'issue était inévitable.

Libérer sa parole n'est pas si simple... justement parce que l'on peut être trop touché, trop bouleversé

pour parler, pour s'ouvrir, mais aussi parce qu'il n'est pas facile de mettre des mots sur ce que l'on ressent.

■ **Heureusement, l'enseignement par la simulation devient de plus en plus la référence**.

Les scénarios permettent aux étudiants, à partir du deuxième cycle, d'apprendre dans un cadre "protégé" et professionnel. Le scénario d'annonce de décès est, entre autres, un "grand classique". Cela prépare à la gestion des situations d'urgence, bien au-delà des gestes techniques. À l'hôpital, la simulation apparaît désormais incontournable pour l'apprentissage des jeunes générations, mais aussi des plus expérimentés dans le cadre de la formation continue [3].

Je mesure aujourd'hui combien ce type de formation m'aurait été utile. C'est pour cela que j'ai passé le diplôme interuniversitaire de formateur en simulation et que j'encourage tout le monde à rendre systématique ces séances pour tout niveau de formation, initiale ou continue. Cet outil pédagogique encourage le développement de toute sorte de compétences (technique, relationnelle, communicationnelle, etc.), de façon personnalisée en fonction des apprenants, des équipes, avec des cas concrets, des partages d'expériences réellement vécues.

CONCLUSION

On ne devrait jamais avoir à être confronté à la mort et, plus largement, à des situations lourdes émotionnellement, sans y avoir été préparé. C'est du bon sens, à la fois parce que cela permet au médecin d'être plus calme face à ces situations, plus serein, mais aussi parce que la famille, les proches, ont besoin qu'on sache "mettre les formes", qu'on puisse "gérer"... sans pour autant nier notre humanité, nos émotions, tout ce qui nous touche et nous trouble.

Il y a sans doute d'autres ressources à explorer, au-delà de la libération de la parole et de la simulation. Je pense, notamment, à des formations de management d'équipe, qui nous apprennent à mieux nous adresser à nos collaborateurs (en fonction de leur motivation et de leurs connaissances). Enfin, il est démontré que la pratique de certains sports aide à la prise en charge de situations difficiles ou d'urgence : la méditation, la sophrologie ou les sports englobant la gestion de la respiration et du risque (apnée, plongée, surf, etc.). Le monde de notre pratique de demain s'écrit aujourd'hui au travers d'initiatives collectives de haut niveau. Cette histoire, nous l'écrivons ensemble. ■

Déclaration de liens d'intérêts
 L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

réflexion

Le chirurgien cardiaque et la mort, un couple uni pour la vie

■ Le chirurgien cardiaque intervient sur un organe très symbolique, et surtout vital, dont la défaillance est généralement synonyme de décès. ■ Il est donc régulièrement exposé à la mort, qu'elle survienne au bloc opératoire, en réanimation ou, plus rarement, en hospitalisation. ■ Aucune formation pour mieux appréhender ces situations dramatiques, et souvent brutales, n'est à ce jour dispensée à ces praticiens.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – chirurgien cardiaque ; formation ; impact ; mort ; responsabilité

The heart surgeon and death, a couple united for life. The cardiac surgeon intervenes on a very symbolic and above all vital organ, whose failure is generally synonymous with death. He is therefore regularly exposed to death, whether it occurs in the operating room, in intensive care or, more rarely, in hospital. To date, no training is provided to these practitioners to better understand these dramatic and often brutal situations.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – cardiac surgeon; death; impact; liability; training

Un chirurgien cardiaque arrête des cœurs tous les jours. C'est son métier. Des cœurs souvent fatigués, altérés, blessés. Dans certains cas, ils ne repartent pas. Commencent alors d'impressionnantes manœuvres et stratégies de réanimation, dont l'assistance circulatoire mécanique, pour maintenir en vie l'organisme dont la pompe vitale défaille. La bataille fait rage, parfois pendant plusieurs jours, pour récupérer un peu de fonction myocardique. Malheureusement, ces réanimations invasives et particulièrement lourdes se soldent quelquefois par un échec. En clair, par la mort du patient.

Le cœur est naturellement un organe vital, dont la défaillance expose le chirurgien censé le réparer à la mort. Une exposition donc régulière, malgré les impressionnants progrès de la médecine et de la réanimation modernes. *Quid* de la répercussion de cette exposition sur la santé mentale du chirurgien, dont le contrat moral passé avec le malade était pourtant de le maintenir en vie ? *Quid* des états d'âme du chirurgien qui perd son patient et dont le malade suivant rentre déjà au bloc opératoire ? Quels sont les décès et les circonstances qui impactent le plus le chirurgien responsable du malade ?

LA MORT, UNE DÉFINITION MOUVANTE

Avant d'explorer les conséquences possibles des décès de patients sur les chirurgiens cardiaques,

il faut sans doute rappeler que la définition même de la mort a constamment évolué au fil des siècles et des périodes passés.

■ **Ainsi, le décès a longtemps été synonyme d'arrêt de l'activité contractile du cœur.** Ce n'est plus le cas. De nombreux malades survivent avec un cœur arrêté, immobile, en réanimation, grâce aux dispositifs d'assistance circulatoire mécanique. Ces machines, dont certaines sont transportables et implantables en quelques minutes seulement au lit du malade, ont repoussé les limites de la physiologie humaine. Ainsi, alors qu'il y a trente ans les étudiants apprenaient à la faculté de médecine qu'on ne pouvait pas survivre avec un $pH < 7$, cela est désormais faux. Toutes nos équipes ont "ramené" à la vie des personnes avec une acidose inférieure à 7, dont certaines sont rentrées chez elles et mènent une vie revenue à la normale. La mort d'hier n'est plus celle d'aujourd'hui.

■ **Cet exemple illustre bien la problématique qui se pose désormais au chirurgien cardiaque :** quand est-il *réellement* trop tard ? À quel moment faut-il jeter l'éponge ? Et surtout, quand est-on *vraiment sûr* qu'on n'y arrivera pas, qu'on n'y arrivera plus, malgré toutes les technologies les plus modernes dont nous disposons ?

■ **La chirurgie cardiaque est une chirurgie lourde, invasive, majoritairement hospitalière.** Les progrès technologiques les plus récents

ERWAN FLÉCHER

Professeur, chirurgien thoracique et cardiovasculaire
Service de chirurgie cardiothoracique et vasculaire,
Centre hospitalier universitaire de Rennes, Site de Pontchaillou, 2 rue Henri-Le Guilloux, 35000 Rennes, France

Adresse e-mail :
erwan.flecher@chu-rennes.fr
(E. Flécher).

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

autorisent les praticiens à franchir des frontières encore interdites il y a peu. L'avenir nous dira où se situent dorénavant (et pour combien de temps) les nouvelles frontières de la ressuscitation actuelle. Il restera alors à répondre à la question suivante : on peut certes le faire, mais *faut-il* le faire ?

LA POSITION DU CHIRURGIEN CARDIAQUE DANS LE SOIN ET LA PRISE EN CHARGE

La position du chirurgien cardiaque a autant évolué dans notre société que la définition même de la mort. Ainsi, son prestige s'est considérablement amoindri, son autorité médicale est discutée, et, signe des temps, sa spécialité est bien moins choisie que par le passé par les jeunes médecins nommés au redoutable concours de l'internat. Pour autant, il semble rester le "responsable" du projet médico-chirurgical d'un patient adressé pour une chirurgie cardiaque. En effet, le malade lui est envoyé par un correspondant cardiologique, lui demandant de prendre soin, personnellement, de ce patient. Une rencontre a lieu (la consultation préopératoire), des explications médicales sont fournies et énoncées, souvent en présence d'un ou de plusieurs proches venus pour cette consultation rare dont on ressent l'importance et les enjeux. Un contrat moral est passé : le chirurgien s'engage à essayer d'améliorer les choses, avec une opération, avec ses mains.

■ **Difficile de trouver plus évident comme lien direct de "cause à effet" en cas de complication per- ou postopératoire.** Il apparaît alors facile de considérer, comme on l'entend de temps en temps, que « *si le malade rentre en salle d'opération debout et ne ressort pas de l'hôpital, en étant passé entre les mains du chirurgien entre temps, les choses sont claires...* ». Même si des équipes performantes et dévouées entourent le chirurgien cardiaque, le risque est grand pour celui-ci de se sentir directement impliqué et responsable de cet échec. Naturellement, la cause du décès est susceptible d'être en lien avec une complication strictement médicale, éventuellement très éloignée de la chirurgie initiale. Il n'empêche, le chirurgien peut se sentir fragilisé, parce qu'il reste celui qui a « *fouillé les entrailles du malade* », parce que ses mains ont manipulé ce cœur défaillant, parce qu'avec son intervention il aura déclenché la cascade de complications à venir.

D'ailleurs, en cas de complication médico-légale et d'expertise judiciaire, le chirurgien aura à répondre devant l'administration, voire la justice, du devenir du patient ; y compris pour des

décès survenus en réanimation, pour des causes quelquefois très éloignées de sa prise en charge *stricto sensu* de bloc opératoire. Il est le responsable du malade, le chef d'orchestre.

■ **Pour limiter un sentiment excessif, et parfois inapproprié, de responsabilité du chirurgien,** des possibilités existent : suivre des recommandations établies par les sociétés savantes, prendre des décisions en équipe multidisciplinaire, opérer à deux chirurgiens seniors les cas les plus complexes, réaliser des retours d'expériences et des revues de morbi-mortalité, etc. Bref, partager la charge mentale de la décision ou du décès avec l'équipe plutôt que s'enfermer dans une introspection douloureuse et possiblement délétère.

L'ANNONCE DE LA MORT AUX FAMILLES

Les patients ne décédant plus qu'exceptionnellement au bloc opératoire mais surtout en réanimation, l'annonce de la mort aux proches est souvent l'apanage des anesthésistes-réanimateurs. La famille a, bien sûr, pu rencontrer le chirurgien au préalable, dans la tempête des complications, avec l'équipe de réanimation. Mais, au moment du décès, c'est au médecin de garde en réanimation qu'incombe généralement la tâche d'annoncer l'affreuse nouvelle, parfois inattendue, parfois attendue et préparée avec les équipes soignantes.

■ **De la même façon qu'un chirurgien ne doit pas fuir les complications,** il ne devrait pas craindre d'être confronté au décès de ses malades. En théorie, la réalité et notre inconscient nous susurrent de temps en temps à l'oreille une autre musique. La fuite peut apparaître comme une solution apaisante, au moins au début. Chacun réagira en son âme et conscience, tenant compte du contexte, de la situation clinique et familiale. Mais, il incombe au chirurgien, de par sa fonction, d'affronter le décès de ses malades, de l'expliquer si nécessaire aux proches et de répondre à leurs légitimes interrogations. L'absence de formation des jeunes chirurgiens cardiaques à cette délicate mission est d'ailleurs regrettable, les situations conflictuelles naissant, d'après notre expérience, davantage d'erreurs de communication et d'information que d'erreurs médicales pures.

■ **Le chirurgien cardiaque en exercice n'a, la plupart du temps, que ses collègues pour échanger** sur le sujet, à condition que l'entente au sein de l'équipe le permette. Nombreux sont probablement ceux qui ramènent chez eux, au domicile, leurs interrogations, doutes et regrets, à la suite du décès de leur malade. Avec de possibles

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

impacts sur leurs vies personnelles (sommeil, irascibilité, troubles de l'humeur, conduites addictives) et/ou familiales qu'il conviendrait d'explorer.

Y A-T-IL UNE GRADUATION DANS L'IMPACT RESSENTI AU DÉCÈS DE SES PATIENTS ?

Tout décès est un échec, une souffrance. Mais certains le sont plus que d'autres.

■ **Ainsi, celui survenu après un geste chirurgical précis**, une faute technique, une "maladresse chirurgicale", est sûrement le plus pénible à porter pour le chirurgien cardiaque. Là encore, le lien de causalité est évident, et souvent su de tous, vu par tous au bloc opératoire. À la différence de la plupart des autres spécialités médicales (et chirurgicales), les choses peuvent très vite aller très mal en chirurgie cardiaque. Les vaisseaux et les cavités cardiaques sont susceptibles de générer rapidement des hémorragies cataclysmiques, quelquefois irrattrapables. Et quoi de plus "visuel" que 5 litres de sang sur les sabots du chirurgien dont les mains ensanglantées sont encore dans le thorax du malade, devenu cadavre ?

■ **Un autre paramètre est à considérer : le temps.** En effet, plus le cœur reste arrêté longtemps, plus le risque opératoire augmente, et avec lui son corollaire le décès. Il ne faut donc pas perdre de vue qu'à la différence des autres spécialités chirurgicales, le chirurgien cardiaque opère avec un chronomètre en tête. Cela peut encore accentuer le sentiment de responsabilité dans certains cas et se pose la question suivante : « *Les suites auraient-elles été différentes si j'avais été plus rapide ?* » Difficile de rester calme et serein lors d'une opération complexe et à risque si, en plus, il faut s'efforcer de la faire vite.

■ **Ensuite, bien sûr, les sujets jeunes, actifs, jeunes parents et autres mineurs** portent avec

leur état civil une image d'invincibilité pour notre monde moderne. On doit pouvoir sauver les plus jeunes. Il faut sauver les plus jeunes. On pourra (à la limite) comprendre et accepter le décès d'un octogénaire opéré du cœur mais le regard de la société sur la perte d'un de ses plus jeunes membres sera difficile à porter, à supporter pour le chirurgien chargé de ce malade.

■ **Enfin, il semble plus difficile de perdre un patient dit programmé, rencontré en consultation**, opéré à froid, dont l'issue attendue était favorable, qu'une urgence chirurgicale gravissime, nocturne, où le chirurgien rentre en salle en se disant d'emblée qu'il va faire au mieux avec ce dont il dispose dans le contexte. D'une façon générale, Antoine de Saint-Exupéry avait raison lorsqu'il énonçait qu'« *il faut que la signification de la mort équilibre la mort* » [1].

LIMITES

Ce court texte n'a pas de substrat scientifique et ne reflète qu'une réflexion personnelle, un vécu [2]. Sans doute ne faut-il pas en tirer des généralités applicables à tous et à d'autres spécialités. D'innombrables facteurs sont susceptibles d'influencer la perception de la mort par un chirurgien : formation, lieu d'exercice, croyances religieuses, culture, statut familial, vécu personnel, etc. Cependant, tous les chirurgiens cardiaques exerçant sont confrontés à la mort, probablement plus régulièrement que d'autres spécialités, sans que cela ne soit pris en compte pendant leur formation ou leur exercice.

CONCLUSION

Un chirurgien cardiaque est un professionnel très souvent confronté à la mort de ses patients. L'ignorer ou le négliger est sans doute dommageable. Aborder pendant la formation des jeunes chirurgiens cardiaques cette problématique s'avère souhaitable. L'efficace, et nécessaire, compagnonnage chirurgical pourrait être renforcé d'un cours sur la préparation à l'annonce et à la gestion du stress. Enfin, les chirurgiens cardiaques devraient avoir la possibilité d'évoquer, au sein d'une structure qui reste à définir, les difficultés éventuelles rencontrées lors de leur exercice. ■

RÉFÉRENCES

- [1] De Saint-Exupéry A. Pilote de guerre. Paris: Gallimard; 1942.
[2] Flécher E. Journal d'un chirurgien du cœur. Rennes: Éditions Ouest France; 2022.

Points à retenir

- Le chirurgien cardiaque est un professionnel régulièrement exposé au décès de ses patients.
- Une formation des chirurgiens sur l'annonce et la gestion des décès pourrait être pertinente.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

risques psychosociaux

Le bloc opératoire, au cœur du danger

SOPHIE PROVENCHÈRE^{a,*,b,c}

Anesthésiste-réanimateur, présidente d'Arcothova, membre du comité Arcothova de la Sfar, membre de la SFCTCV

^aDépartement d'anesthésie-réanimation, Hôpital Bichat-Claude-Bernard, 46 rue Henri-Huchard, 75877 Paris cedex 18, France

^bComité anesthésie-réanimation cœur-thorax-vaisseaux, Société française d'anesthésie et de réanimation, 74 rue Raynouard, 75016 Paris, France

^cSociété française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, 56 boulevard Vincent-Auriol, 75013 Paris, France

■ Les anesthésistes-réanimateurs spécialisés en cardiologie sont confrontés à un mode d'exercice exigeant et stressant qui nécessite un bien-être au travail indispensable à la sécurité du patient et à la qualité de soins. ■ Comme tous les soignants du cœur, ils sont exposés à la mort des personnes dont ils s'occupent et doivent néanmoins surmonter les difficultés liées à la prise en charge de patients lourds.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – communication ; concertation multidisciplinaire ; épuisement professionnel ; prévention ; soutien

The operating room, at the center of the danger. Cardiac anesthesiologists face a demanding and stressful practice that requires a sense of well-being at work that is essential to patient safety and quality of care. Like all cardiac caregivers, they are exposed to the death of the people they care for and must nevertheless overcome the difficulties associated with the management of heavy patients.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – burnout; communication; multidisciplinary dialogue; prevention; support

L'anesthésiste-réanimateur (AR) fait partie des soignants du cœur : il intervient au cours des multiples étapes de la prise en charge des patients. La médecine périopératoire est son domaine d'expertise. Il participe, effectivement, à la stratification du risque des malades lors de la consultation préanesthésique et aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) préopératoires, non seulement de chirurgie cardiaque mais aussi de cardiologie structurale et de rythmologie complexe, bref il est membre à part entière de la *Heart Team*. Il assure la prise en charge per- et postopératoire des personnes bénéficiant de soins lourds au sein de structures de réanimation : chirurgie cardiaque, assistance et transplantation. Ce mode particulier d'exercice au sein de la discipline de l'anesthésie-réanimation requiert une formation longue, ce sont donc des professionnels motivés. Extrême technicité, hyperspécialisation et grande réactivité au sein d'un environnement compétitif et stressant constituent leur quotidien.

■ **Il serait vain de réduire les AR à de simples "prestataires de service", et ce pour plusieurs raisons.** D'abord, parce que ce sont les professionnels qui vont rendre possible la réalisation d'une procédure. Leur activité est essentiellement centrée sur le soin, la sécurité et le confort du patient : anesthésie et sédation, analgésie, prévention et traitement des complications périopératoires.

Ensuite, parce qu'ils occupent une position singulière au sein de l'équipe médico-chirurgicale. En effet, ils n'ont aucun intérêt personnel ou professionnel à la réalisation ou non d'une procédure : la performance est rarement une préoccupation pour eux. En revanche, ils assumeront jusqu'à la sortie de réanimation les complications ainsi que les relations avec les proches, y compris lors des annonces de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives, voire de décès.

■ **En ce sens, leur objectivité quant à la pertinence des soins ne fait aucun doute.**

On pourrait les accuser à tort d'être parfois les "moins-disants" dans une prise de décision collective, mais en réalité ils sont souvent les plus raisonnables. Cette position les rapproche de celle de l'équipe soignante paramédicale : mêmes objectifs et même objectivité.

Ils ont l'habitude de travailler en équipe, le binôme anesthésiste et infirmier anesthésiste diplômé d'État (Iade) en est un exemple parfait, la sécurité du patient dépend de leurs compétence et complicité réciproques. Il en est de même du travail mené avec les infirmiers de réanimation, où la qualité des relations interprofessionnelles constitue un prérequis indispensable à la qualité des soins et à la sérénité des prises de décisions [1].

La plupart d'entre eux exercent, d'ailleurs, à la fois une activité de bloc opératoire et de réanimation de chirurgie cardiaque. Il est donc capital

*Autrice correspondante.

Adresse e-mail :
sophie.provenchere@aphp.fr
(S. Provenchère).

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

qu'ils adhèrent au parcours de soins des personnes qu'ils seront amenés à prendre en charge pour garder intact le sens qu'ils donnent à leur métier et leur motivation.

LE BLOC OPÉRATOIRE : LE LIEU DE TOUS LES DANGERS

La mortalité périopératoire des patients de chirurgie cardiaque s'élève à environ 4,5 % en raison de la gravité des situations et de la lourdeur des procédures.

■ **Les chirurgies en urgence sont à haut risque de mortalité.** Le décès, dans ces circonstances, se révèle particulièrement traumatisant s'il survient au décours de l'intervention : il laisse aux soignants un sentiment d'échec et de vide. La nuit ou en garde, il est difficile de tourner la page lorsque le patient arrive au bloc opératoire conscient, angoissé, et nécessite un engagement total dans une situation de stress maximal où il faut à la fois rassurer et assurer une prise en charge optimale (*figure 1*). Le décès brutal, l'âge jeune du malade, l'identification du soignant à son patient ou à son entourage sont autant de facteurs favorisants. Mais les morts n'ont que faire de la souffrance des professionnels et les vivants – proches (enfants, conjoints) et futurs patients, c'est-à-dire précisément ceux à qui il est quasiment impossible de parler de ses états d'âme de soignant – les réclament en pleine forme. L'absence de "sas de décompression" et le retour à la vie "malgré tout" ne sont pas toujours évidents à vivre.

■ **La solidarité et le dialogue entre professionnels constituent des éléments clés de la gestion des situations de crise**, y compris au bloc opératoire. Le décès d'un patient doit être vécu et mémorisé non pas comme une histoire entre soi-même et le patient, mais plutôt comme une histoire entre le patient et les membres d'une équipe qui ont tous participé aux soins. Il s'agit probablement d'abandonner un sentiment de "toute puissance", délétère pour les malades d'une façon générale et pour soi-même, de relativiser l'impact de la fin de vie sur sa seule personne. Le décès au bloc se vit "comme en famille", c'est-à-dire ensemble. L'annonce de la mort sera faite au mieux avec l'AR et le chirurgien. Il s'agit d'un moment particulièrement pénible car, comme en réanimation, les proches excluent immédiatement les soignants du processus de deuil en rompant le dialogue entamé avant l'intervention. Ils peuvent manifester soit



Figure 1. Témoignage du Dr Sophie Provenchère.

de l'incompréhension, soit de l'agressivité, qui nourrissent un sentiment d'échec et, parfois, de culpabilité [2].

LE RISQUE D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

L'épuisement professionnel (EP) ou burn-out des médecins réanimateurs et ses conséquences sont bien documentés dans la littérature. Il touche environ 50 % d'entre eux. Toutes les contraintes contingentes à la profession de réanimateur sont des facteurs de risque de développer un syndrome d'EP [3].

État des lieux

Parmi la population des AR, plusieurs enquêtes utilisant le *Maslach Burnout Inventory-Human*

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

Services Survey (une échelle qui évalue le degré d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel) retrouvent un taux comparable à celui des réanimateurs [4,5].

■ **Une étude réalisée chez plus de mille AR s'est intéressée à quatre sous-spécialités** : douleur chronique, douleur aiguë, anesthésie cardiaque et anesthésie pédiatrique [6]. Elle montre que ces praticiens ont un taux plus bas (40 %) d'EP par rapport au reste de la profession médicale, mais aussi que les praticiens impliqués dans la douleur chronique sont plus à risque de développer un syndrome d'EP. Dans le sous-groupe "anesthésiste cardiaque", seul l'âge inférieur à 50 ans est associé à un sur-risque de faire état d'un syndrome d'EP. En revanche, il n'y a pas de différence entre les sexes. Cette recherche évalue par ailleurs l'environnement social et les activités extraprofessionnelles des participants, afin de documenter les stratégies d'adaptation personnelle aux contraintes professionnelles. L'épuisement émotionnel s'est révélé inversement corrélé à l'existence de ces stratégies individuelles parmi les praticiens présentant un burn-out.

■ **Une seconde enquête, réalisée en Italie, confirme les chiffres précédents** [7]. Les AR spécialisés en cardiologie sont également à risque de syndrome d'EP, particulièrement pour les critères de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel. Les femmes obtiennent un score plus élevé d'épuisement émotionnel et plus bas d'accomplissement personnel que leurs confrères masculins. Les facteurs protecteurs sont la solidité de la structure familiale (avoir des enfants, un conjoint) et la possibilité d'exercer des responsabilités au sein de son service. Le risque d'EP diminue avec l'âge et l'ancienneté de la pratique, et 76 % des répondants à cette enquête assurent vouloir continuer à travailler selon le même mode d'exercice.

■ **Une des premières conclusions de ces études est que les praticiens les plus jeunes** ont probablement besoin d'un encadrement professionnel avant d'arriver à maturité pour échapper au risque d'EP. Dès lors, la grande majorité d'entre eux confirmeront leur choix.

Risque suicidaire et risque d'addiction

Les médecins sont à plus haut risque de suicide que la population générale. Les suicides chez

les AR sont souvent largement médiatisés, car ils illustrent parfaitement pour le grand public la souffrance au travail. Le lien entre suicide et stress professionnel et/ou facilité d'accès à des drogues létales est toutefois un raccourci peut-être un peu facile et incertain [8]. Les conduites addictives seraient 2,5 fois plus fréquentes chez les AR que chez leurs confrères, la consommation d'opioïdes arrivant largement en tête, loin devant l'alcool. L'enjeu majeur pour ces professionnels est le retour à leur activité antérieure, qui constitue un facteur de risque de récurrence. Cela étant, le lien entre syndrome d'EP et addiction n'est pas formellement établi [9,10].

Conflits en période périopératoire

Les conflits entre professionnels de santé nuisent à la sécurité des patients et à l'harmonie des équipes. Le bloc opératoire donne une unité de

temps et de lieu à l'exacerbation des conflits latents entre l'anesthésiste et l'opérateur (le chirurgien) pour de multiples raisons, la guerre des égos étant un exemple caricatural [11]. Il faut garder à l'esprit, et ce, dans

toutes circonstances, que la personne prise en charge ne doit jamais être une victime collatérale de ces enjeux de pouvoir. Le recours à un avis "seniorisé", de part et d'autre, en cas de difficultés aiguës et la tenue de revues de morbi-mortalité (RMM) à distance des événements s'inscrivent dans une démarche qualité [12]. La coopération entre AR et chirurgiens a fait l'objet de recommandations de la part de la Haute Autorité de santé, de la Société française d'anesthésie réanimation (Sfar) et de la Société française de chirurgie cardiaque thoracique et vasculaire [13]. La communication entre professionnels et le débriefing formel ou informel s'avèrent indispensables en cas de décès [14].

MOYENS DE PRÉVENTION ET DE SOUTIEN

La vulgarisation du concept de souffrance au travail a permis aux soignants de mieux identifier leur mal-être et, surtout, de rompre leur isolement. Être exposé à la mort, y compris de façon fréquente, n'est pas toujours synonyme de burn-out. Chacun la vit de façon intime et met en place des stratégies individuelles de défense : activités extraprofessionnelles, cultes, aptitudes

RÉFÉRENCES

[1] Le Gall JR, Azoulay É, Embriaco N, et al. Épuisement professionnel en réanimation. *Bull Acad Natl Med* 2011;195(2):389-98.
 [2] Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito P. Coping strategies in health care providers as second victims: a systematic review. *Int Nurs Rev* 2021;68(4):471-81.
 [3] Fournier A, Laurent A. Le burn-out en réanimation : évaluation, prévention et dispositifs d'intervention. *Médecine Intensive Réa* 2020;30(2):101-8.
 [4] Afonso AM, Cadwell JB, Staffa SJ, et al. Burnout rate and risk factors among anesthesiologists in the United States. *Anesthesiology* 2021;134(5):683-96.
 [5] De Hert S. Burnout among anesthesiologists: it's time for action! *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2018;32(6):2467-8.
 [6] Hyman SA, Card EB, De Leon-Casasola O, et al. Prevalence of burnout and its relationship to health status and social support in more than 1000 subspecialty anesthesiologists. *Reg Anesth Pain Med* 2021;46(5):381-7.

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

à décrocher de ses e-mails et conversations de groupe, etc. Il ne peut pas y avoir un continuum permanent entre soi et son travail : s'y engager pleinement, c'est également savoir s'en extraire tout aussi efficacement.

Le soignant cherche en lui des ressources pour compenser ces traumatismes émotionnels répétés avant de songer à un appui institutionnel, qui est souvent inexistant ou perçu comme tel. L'organisation du service d'anesthésie-réanimation, la valorisation individuelle par l'implication dans des tâches extracliniques (recherche clinique, enseignement, missions transversales) doivent inviter chacun à y trouver sa place.

Équipe et institution

La pratique de plus en plus généralisée de RCP et de RMM est une excellente façon de donner la parole à tous, d'instaurer un dialogue, voire de révéler des traits de personnalité insoupçonnés dans d'autres circonstances, c'est-à-dire d'"humaniser" ses confrères. Outre la participation des AR aux RCP de chaque discipline, l'organisation au sein d'un département d'anesthésie-réanimation de staffs hebdomadaires de dossiers dits difficiles offre une opportunité de valider de façon collégiale des prises en charge complexes, de recueillir l'avis de seniors pour les moins expérimentés, de partager un raisonnement médical et de mieux assumer la responsabilité des décisions prises.

Sociétés savantes et collègues professionnels

Consciente des difficultés spécifiques de la profession et de l'enjeu de la qualité de vie au travail,

Points à retenir

- L'anesthésiste-réanimateur assure la prise en charge per- et postopératoire des personnes bénéficiant de soins lourds au sein de structures de réanimation. Il est donc souvent confronté à la mort.
- Briser les tabous pour maintenir la qualité des soins, c'est : savoir se préserver et chercher un juste équilibre entre vie privée et vie professionnelle, construire un environnement propice au respect et à la solidarité entre tous les soignants, participer aux réunions de concertation multidisciplinaire afin de partager les prises de décisions complexes, identifier la ou les personnes-ressources dans les situations de souffrance et vaincre l'isolement.

la Sfar a créé un comité vie professionnelle-santé au travail et s'est associée à la Commission santé des médecins anesthésistes-réanimateurs au travail (Smart), créée en 2009 sous l'égide du Collège français des anesthésistes-réanimateurs (Cfar) pour aider, *via* différents outils, les personnels AR et Iade en souffrance. Il s'agit de la mise à disposition d'un numéro vert joignable 24 heures sur 24, d'autotests, d'un réseau d'addictologie, de fiches pratiques et d'une veille bibliographique. En 2018, une enquête Smart-Cfar portant sur les désaccords entre professionnels a montré que 8 % des répondants étaient favorables à l'instauration d'une campagne et d'outils d'aide à la prévention et à la gestion des conflits [15].

De même, le comité "jeunes" de la Sfar consacre une partie de son activité à la santé et aux risques psychosociaux des internes et des étudiants. Les jeunes AR sont plus à risque de syndrome d'EP et demandent une attention renforcée : le développement de sentiments d'échec ou de culpabilité – voire de honte – est particulièrement délétère pour eux, c'est le concept de la seconde victime. Le manque de soutien au travail constitue le plus gros facteur de risque de présenter des symptômes [16]. Des ressources pédagogiques innovantes, comme la simulation ou le *team building*, sont probablement des outils performants.

CONCLUSION

La prévention de la souffrance au travail par l'enseignement au cours des études, par des ressources institutionnelles ou non, sont peu abordés ici car quasi inexistantes. La généralisation du repos de sécurité est un progrès majeur dans la pénibilité, facteur hélas non pris en compte, alors qu'un AR va vivre l'équivalent de plusieurs années de vie en garde au cours de sa carrière.

En attendant des mesures spécifiques, la gouvernance des équipes, l'organisation du temps de travail, l'organisation de RCP, la valorisation individuelle au sein d'un service et le soutien aux plus jeunes sont déjà des mesures indispensables à mettre en place.

À titre individuel, nier la difficulté à surmonter ses peurs et ses limites, ses propres problèmes relationnels, sa charge mentale pour harmoniser vie personnelle et vie professionnelle est un leurre. La capacité de résilience ne vient pas en un jour, elle est le fruit de l'expérience. ■

RÉFÉRENCES

- [7] Sanfilippo F, Noto A, Palumbo GJ, et al. Burnout in cardiac anesthesiologists: results from a national survey in Italy. *J Cardiothorac Vascul Anesth* 2018;32(6):2459–66.
- [8] Shinde S, Yentis SM, Asanati K, et al. Guidelines on suicide amongst anaesthetists 2019. *Anaesthesia* 2020;75(1):96–108.
- [9] Mayall RM. Substance abuse in anaesthetists. *BJA Education* 2016;16(7):236–41.
- [10] Schonwald G, Skipper GE, Smith DE, Earley PH. Anesthesiologists and substance use disorders. *Anesth Analg* 2014;119(5):1007–10.
- [11] Bazin JE, Attias A, Baghdadi H, et al. Conflits en période périopératoire : un enjeu collectif. éthique et professionnel. *Ann Fr Anesth Reanim* 2014;33(5):335–43.
- [12] Archbold A, Akowuah E, Banning AP, et al. Getting the best from the heart team: guidance for cardiac multidisciplinary meetings. *Heart* 2022;108(11):e2.
- [13] Haute Autorité de santé. Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe. Novembre 2015. www.has-sante.fr/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe.
- [14] Arriaga AF, Sweeney RE, Clapp JT, et al. Failure to debrief after critical events in anesthesia is associated with failures in communication during the event. *Anesthesiology* 2019;130(6):1039–48.
- [15] Arzalier-Daret S, Lieutaud T, Mertes PM. Disruptive behaviors in caregivers on technical platforms in France. <https://cfar.org/wp-content/uploads/2019/05/DisruptiveBehaviorsV5.pdf>.
- [16] Chong MYF, Lin SHX, Lim WY, et al. Burnout in anaesthesiology residents: a systematic review of its prevalence and stressors. *Eur J Anaesthesiol* 2022;39(4):368–77.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

accompagnement psychologique

L'élaboration collective et sa coconstruction de sens comme ressource première face à l'impensable de la mort

JULIE POMPOUGNAC
Psychologue clinicienne
Centre de référence des amyloses cardiaques, des cardiomyopathies et des troubles du rythme héréditaires ou rares, Filière Cardiogen, Centre hospitalier universitaire Henri-Mondor, 1 rue Gustave-Eiffel, 94000 Créteil, France

■ Face à l'impensable de la mort, les soignants mobilisent leurs défenses psychiques, mais il arrive que celles-ci soient dépassées. ■ L'impact de la mort d'un patient est fonction de sa singularité, de la résonance de son histoire, de sa prise en charge. ■ Confrontés aux décès sans pouvoir se les représenter, les professionnels peuvent être envahis, traverser des états anxieux, dépressifs, ou atteindre l'épuisement professionnel. ■ La création d'espaces collectifs contenant pour se représenter la mort des patients permet une coconstruction de sens et la mobilisation des ressources.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – deuil ; épuisement ; équipe ; impact ; mort ; soignant ; traumatisme

The collective elaboration and co-construction of meaning as a primary resource in the face of the unthinkable of death. Faced with the unthinkable of death, caregivers mobilize their psychological defenses, but sometimes these are overwhelmed. The impact of a patient's death depends on the patient's singularity, the resonance of his or her history, and the way he or she was cared for. Confronted with deaths without being able to represent them, professionals can be overwhelmed, experience anxiety and depression, or reach professional exhaustion. The creation of collective spaces to represent the death of patients allows for the co-construction of meaning and the mobilization of resources.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – caregiver; death; exhaustion; grief; impact; team; trauma

Dans nos sociétés, le rapport à la mort s'est transformé petit à petit. Le temps du mourir s'est progressivement déplacé du domicile vers les institutions. Comme le soulignent les psychologues Véronique Comparin-Ainard, Caroline Doucet et Marie-Laure Tourenq, « *La fable du laboureur qui prépare sa mort, entouré de ses enfants, semble appartenir à un passé lointain.* » [1] Là où le système familial et la culture autour de la mort étaient un véritable étayage, c'est la solitude face à sa mort qui prend place pour l'homme moderne, associée à une plus grande difficulté à se la représenter.

■ **La mort est devenue un moment de vie médicalisé et les soignants doivent, à présent, la prendre en charge** et l'accompagner, avec la difficulté que tout un chacun rencontre pour le faire. La mort fait partie de la vie, et elle fait partie de la vie à l'hôpital [2]. Pourtant,

il semble qu'elle reste un tabou, qu'elle puisse être perçue comme anormale, voire indécente. Pensée en termes d'échec, elle embarrasse, et il serait préférable de n'en rien savoir. Il devient alors tentant de la confier à d'autres, par exemple aux équipes de soins palliatifs, en faisant de la mort une affaire de spécialistes [3]. Une enquête réalisée auprès des médecins prenant en charge des patients en cardiologie a montré que leur décès a un lourd retentissement émotionnel et psychique chez les médecins du cœur. Cet impact est passé sous silence, il est un tabou relatif au besoin d'aide chez les médecins. Le manque d'un soutien bien développé et identifié participerait au silence entourant cette souffrance. Une seconde enquête déclinée pour les soignants du cœur, les paramédicaux, a débuté quelques mois plus tard et devrait aboutir en 2023 [4].

Adresse e-mail :
julie.pompougnac@aphp.fr
(J. Pompougnac).

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

■ **La confrontation à la perte et à la mort génère de multiples angoisses** et mécanismes pouvant empêcher le soignant de retrouver son équilibre psychique après le décès du patient. Quelles sont les conséquences de cette mort sur l'équilibre psychique, émotionnel et la qualité de vie du soignant ? Quels sont les facteurs susceptibles d'accroître cet impact et ceux qui pourraient constituer une ressource ? Dans quels espaces le professionnel peut-il dire ou exprimer à quel point la mort l'affecte ? La réflexion qui suit, relative à l'impact de la mort des patients sur le personnel soignant, se nourrit de notre pratique à l'hôpital public au sein d'une unité d'insuffisance cardiaque-amylose où les décès fréquents incluent des événements imprévisibles de type mort subite ou des épisodes de décès de patients par vagues. L'expérience de l'accompagnement des soignants en soins intensifs, durant les premières vagues de Covid-19, aura également son poids dans le point de vue présenté.

DES RÉACTIONS DIFFÉRENTES SELON LES SITUATIONS

La mort du patient renvoie le soignant à sa propre mort, à son impuissance devant celle-ci, mais aussi aux deuils passés, qu'ils concernent le décès de proches ou d'autres patients.

■ **Élodie Sâles, psychologue clinicienne en soins palliatifs, identifie dans son étude différents facteurs** expliquant le ressenti difficile des soignants lors du décès d'un de leurs malades [2]. Les séjours multiples du patient ou de longue durée, ainsi que la confrontation à l'évolution de sa pathologie et à l'aggravation de son état de santé, ont des effets majeurs : le temps favorise l'attachement au patient et à sa famille. Inférieur à 50 ans, l'âge du malade semble impliquer que son contexte personnel, social ou familial est plus susceptible d'entrer en résonance avec l'histoire du malade. Il peut, de ce fait, induire chez le soignant des identifications plus importantes au patient et à sa famille de même qu'un risque de projections (fait d'attribuer à d'autres des pensées, des affects, des désirs qui sont siens mais que l'on ignore pour soi-même). Certaines pathologies ou symptômes au moment du décès ont également un impact, comme la dyspnée qui est source d'angoisse [2].

■ **Les conditions et le contexte de l'annonce de la fin de vie, de la prise en charge qui s'ensuit,** de la place et du rôle du soignant lors de celle-ci

sont des facteurs permettant ou non une préparation psychique et la mise en route d'un travail de pré-deuil. Ces facteurs singuliers à chaque prise en charge, ainsi que les conditions du décès lui-même, de la réanimation et de la confrontation au corps du patient mort, sont tous des éléments influençant l'impact de la mort du patient sur le soignant. Lors de la gestion d'un décès inattendu d'une personne particulièrement investie, ou qui nécessite des gestes de réanimation à organiser dans l'urgence avec les professionnels disponibles, les réactions immédiates individuelles et collectives témoignent de l'impensable de la mort et donc des défenses psychiques mobilisables ou de l'échec de celles-ci.

■ **Parmi l'éventail de réactions émotionnelles observables dans ces situations complexes,** les manifestations anxieuses, l'effondrement, les pleurs, la colère sont au premier plan. Si elles peuvent être exprimées et partagées avec d'autres dans une dynamique soutenant de l'équipe présente, cela participe, pour tous, à coconstruire du sens pour ce moment difficilement représentable du fait de l'effraction psychique qu'il produit. Il arrive que le soignant ressente le besoin de s'isoler pour faire face au débordement émotionnel. Il est possible de se demander si ce retrait de la scène est lié à un réel besoin d'isolement et/ou à un tabou du besoin d'aide et à la crainte d'être vu dans cet état de vulnérabilité émotionnelle (transitoire) par les autres membres de l'équipe.

■ **Au nombre des défenses repérables dans ces contextes émotionnellement coûteux, l'activisme,** qui est un recours à l'action plus qu'à la réflexion ou qu'un accès aux émotions, l'identification au patient ou aux membres de sa famille, voire transitoirement le déni, semblent être fréquemment mis en œuvre par les soignants. Devant la violence de la mort de l'autre et les demandes des familles, ils peuvent être tentés d'agir ou de maîtriser les derniers instants [5]. Si la cohésion et la disponibilité de l'équipe le permettent, des mouvements de solidarité sont accomplis par ses membres avec, notamment, des tentatives de protection des plus exposés ou des plus affectés. Des mouvements d'affiliation, de recherche d'aide et du soutien d'autrui dans cette situation angoissante sont susceptibles d'être observés [6]. Les soignants se relayent, alertent, se soutiennent, se reconforment par la parole, par le toucher et le contact physique.

L'IMPORTANCE DE PARTAGER EN ÉQUIPE

À la suite du décès, pour peu que l'équipe puisse prendre rapidement le temps d'un échange, même informel, autour de cette mort qui vient juste de se produire, ce moment d'une première expression possible constitue un soutien important et un facteur de prévention face à l'impact potentiellement traumatique de la situation. Que cet échange ait lieu entre soignants ou en présence du psychologue, de l'encadrement paramédical et/ou d'un médecin disponible – d'autant plus s'ils étaient extérieurs à la scène –, il favorise la coconstruction collective de sens là où l'impensable de la mort empêchait toute représentation.

■ **Lors de ces échanges, la rationalisation ou l'intellectualisation de ce qu'il s'est passé invitent à se distancier de l'affect.** Les soignants peuvent alors s'assurer que "tout a été bien fait" pour ce patient, en passant en revue ensemble les détails de la situation, ou encore être à la recherche de ce qui aurait pu éviter son décès. Il est possible d'envisager cette recherche de sens comme une tentative des soignants de récupérer un peu de maîtrise face à leur impuissance devant la mort du patient [3]. Ces mouvements peuvent aussi être entendus comme des entreprises de réécriture collective de l'histoire de cette mort afin d'être en capacité de l'intégrer, ce qui facilitera par la suite le début du travail de deuil.

■ **Revisiter l'histoire de ce patient qui vient de mourir fait parfois resurgir un deuil passé** et le nom d'un malade mort qui a marqué les soignants et dont l'histoire, par ses singularités, se rapproche de celle de la personne venant de décéder, ou suscité les mêmes émotions chez les soignants. Cela pourrait être entendu comme une tentative de comprendre ce qui est ressenti avec ce malade qui vient de mourir, de donner un sens à ce décès et à ce qu'il provoque, à la lumière de la mort passée d'un autre qui a marqué de la même façon l'histoire de cette équipe. Lors de ce nouveau deuil pas forcément encore abouti, le temps d'une commémoration, chaque membre de l'équipe peut se souvenir, partager et créer de nouvelles représentations relatives à ces deux morts. Il apparaît donc qu'au sein d'une équipe dont les membres reçoivent un soutien institutionnel suffisant pour développer une cohésion, les professionnels ne se trouvent pas seuls face à la mort : ils se soutiennent mutuellement et opèrent une médiation de sens autour de

chaque décès qui leur permet de clore chaque accompagnement et de se rendre disponibles de nouveau pour d'autres patients et familles.

■ **Selon Paul Jenny, psychologue, l'équipe joue un rôle fondamental**, en ce sens qu'elle arrache le soignant d'une situation dont il n'est plus capable de se différencier, qui l'envahit dans son travail et dans sa vie privée, de même que dans sa manière de gérer les deuils au quotidien [7]. Il est possible, pour le psychologue, d'intervenir et d'accompagner l'équipe pendant ce temps du mourir, qu'il ait lui-même suivi le patient et ses proches ou non. De façon informelle, quand le décès vient de se produire, en répondant à une demande d'aide spontanée, il peut accompagner la famille et/ou l'équipe avec une intervention proche du *defusing* ou du désamorçage. Il encourage, avec cette approche, une première verbalisation des émotions. Il tente de contenir et de réguler les décharges émotionnelles immédiates ainsi que de mobiliser de façon active les ressources physiques et psychiques des personnes impactées. Le psychologue peut également participer, avec les médecins et les soignants, à l'entretien avec la famille au sujet du décès : il soutient alors la parole et apporte son éclairage tout en étayant les discours et les représentations des proches comme des soignants. Ici encore, il sera tenté de faire sens ensemble, autour de la mort de ce patient pris en compte dans sa globalité et sa singularité.

DES CONTEXTES À HAUT RISQUE DE DÉBORDEMENT DU PSYCHISME

Les situations décrites précédemment sont à haut risque de débordement du psychisme. Le contexte du décès, la soudaineté de la mort du patient, son caractère irréprésentable de même que l'impensable de la fin de tout ce qu'on mettait en œuvre pour lui, auxquels s'ajoutent la mémoire traumatique du soignant et le poids de sa propre histoire de deuils vécus (de proches ou de patients) sont autant de facteurs susceptibles d'accroître ce risque.

■ **Dans l'étude menée par le Pr Thibaud Damy au sujet de l'impact de la mort des patients sur les soignants**, l'analyse de la série d'autoquestionnaires, auxquels ont répondu les médecins du cœur, montre un taux important d'anxiété et de dépression nécessitant une prise en charge psychologique, mais aussi des cas d'épuisement professionnel et des états de stress post-traumatique parfois associés à une consommation de toxiques

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

ou de psychotropes [4]. En effet, si le soignant n'est plus en capacité de se représenter la situation, il y a un risque potentiel qu'elle génère un trauma. Lorsque son psychisme est débordé, le professionnel risque de traverser un état de sidération ou de dissociation. Si la sidération est l'impossibilité transitoire de pouvoir penser la situation, l'état de dissociation se déroule comme si une partie du psychisme était en pilote automatique et l'autre – qui comprend la gestion des émotions, des perceptions, de la mémoire et l'identité – était affectée ou inaccessible.

■ **Bien qu'ils protègent de l'émergence des émotions et des souvenirs traumatiques**, ces états doivent alerter et le soignant concerné doit, si possible, être relayé et accompagné rapidement. L'état de dissociation, tel qu'il est décrit ici, est susceptible d'induire un état de choc post-traumatique (comme il peut en résulter). Une prise en charge psychologique est donc véritablement souhaitable, de préférence rapidement après l'événement. Elle devient impérative en cas d'apparition *a posteriori* de signes tels que la dépersonnalisation (se sentir détaché de soi-même), de flash-backs et reviviscences de l'événement, d'états de stress soudains et prolongés, de manifestations anxio-dépressives, d'une tendance à éviter les situations semblables ou comportant des éléments similaires, ainsi que des troubles du sommeil inhabituels.

■ **Il est fréquent qu'un soignant prenne conscience, avec le recul, qu'il a été amené dans son exercice à éviter, autant que possible, d'être confronté aux patients en fin de vie ou à leur mort, sans pour autant n'y avoir jamais vraiment prêté attention.** L'accompagnement psychologique des professionnels, un soutien de l'encadrement et de l'institution semblent donc essentiels dans les services où la mort des personnes prises en charge est fréquente. Les soignants, insuffisamment soutenus et confrontés à la mort par vagues, à leur impuissance, au sentiment de ne pas en avoir assez fait face au décès inéluctable des patients, sont potentiellement plus sujets aux états anxio-dépressifs ou de choc post-traumatique, comme nous l'avons observé à la suite des premières vagues de Covid-19 [8]. Lorsque la succession de décès ne donne pas le temps aux soignants de se représenter chaque mort, elle renforce le poids émotionnel par un effet d'accumulation et est susceptible de faire effraction pour le psychisme, avec un risque traumatique élevé [1]. Cette impossibilité de réaliser ce travail de mise en représentation empêche

les soignants de faire leur deuil et de retrouver leur capacité de penser [5]. Dans le contexte de la Covid-19, nombre d'épuisements professionnels et de renoncements de soignants à leur profession sont probablement conséquences de facteurs multiples liés à la pandémie, à l'impuissance éprouvée face à ces vagues de décès, à la perte de sens des soins et aux bouleversements induits dans l'organisation de leur travail.

L'ACCOMPAGNEMENT DU PSYCHOLOGUE : UNE AIDE À NE PAS NÉGLIGER

Le psychologue du service ou celui du personnel peut proposer, pour accompagner ces situations ou prévenir le risque d'installation d'un état de choc post-traumatique, des entretiens individuels aux soignants. S'il est formé à cette approche, il est à même d'animer un temps de debriefing psychologique avec l'équipe autour de l'événement impactant, rapidement dans les jours qui suivent sa survenue. En fonction des besoins évalués, il est susceptible d'orienter les soignants vers une prise en charge spécifique : psychiatrique, thérapie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie psychodynamique, *Brief Eclectic Psychotherapy* [9]. Outre les effets traumatiques, il existe une fatigue psychique liée à l'investissement relationnel, à la charge émotionnelle et aux ressources qu'il faut mobiliser pour accompagner chaque fin de vie et le décès qui s'ensuit. Ces situations répétées, auxquelles s'ajoutent ou non les mémoires traumatiques des morts passées, constituent des facteurs d'épuisement professionnel des soignants [2].

■ **Pour participer à prévenir cet épuisement, des temps de travail plus réguliers**, permettant le partage des vécus des membres de l'équipe (volontaires) et aidant chaque soignant à prendre soin du patient mourant, de ses proches et de lui-même, peuvent être animés par le psychologue, sous forme de groupes d'expression ou de parole. L'organisation d'une réunion d'éthique, loin de la fonction du groupe de parole, encourage une réflexion à laquelle prennent part tous les membres de l'équipe – mais aussi des personnes extérieures – en lien avec les questions éthiques soulevées au sujet des prises en charge dont les enjeux nécessitent une concertation commune. Ces temps de réflexion éthique entrent en jeu dans la prévention de l'impact du décès des patients sur les soignants. En effet, ils encouragent les membres de l'équipe à se questionner, à partager leurs

RÉFÉRENCES

[1] Comparin-Ainard V, Doucet C, Tourenq ML. En soins palliatifs : réintroduire la contingence. In: Doucet C, éditeur. Le psychologue en service de médecine. Les mots du corps. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. p. 153–70.

[2] Sâles É. Exposés aux vagues des décès, être soignant en soins palliatifs. *Jalmalv* 2021;144(1):35–44.

[3] Steffens-Dhaussy C. Accompagner la mort et le deuil, une approche pratique pour le milieu hospitalier. Molenbeek-Saint-Jean (Belgique): Satas; 2021.

[4] Préserver la santé des professionnels de santé. L'enquête destinée aux soignants du cœur (volet médical) : chiffres-clés. Décembre 2022. <https://emotion4care.hypotheses.org/767>.

[5] Gautier S, Peyrat-Apicella D. Y'en a eu combien ce week-end ? *Jalmalv* 2021;144(1):25–33.

[6] Ionescu S, Jacquet MM, Lhote C. Les mécanismes de défense. Théorie et clinique. Paris: Armand Colin; 2005.

[7] Jenny P. La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs. *InfoKara* 2007;22(1):3–12.

[8] Vignaud P, Prieto N. Impact psychique de la pandémie de Covid-19 sur les professionnels soignants. *Actual Pharm* 2020;59(599):51–3.

[9] Schnyder U. Psychothérapies pour les PTSD – une vue d'ensemble. *Psychother* 2005;25(1):39–52.

Déclaration de liens d'intérêts
L'autrice déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

points de vue et leurs doutes relatifs à l'éthique, à la cohérence et au sens que peuvent revêtir des situations de patients en fin de vie ou *a posteriori* de patients décédés. Ces temps autorisent une meilleure compréhension de la situation globale du malade, des orientations proposées dans sa prise en charge et celle de sa famille, de leur sens, et contribuent à la mise en représentation de ces contextes de fin de vie. En complément de cette mise en mots et en représentation, certains services ont mis en place des approches additionnelles pour améliorer la qualité de vie des soignants et accompagner ces moments difficiles pour l'équipe.

■ **Dans notre unité d'insuffisance cardiaque-amylose, nous bénéficions de l'intervention d'une art-thérapeute.** Celle-ci se consacre au suivi des patients et des membres de l'équipe et à la mise en œuvre de médiations, entre autres, autour de la mort des personnes prises en charge. Les soignants profitent également de séances de massage *Shiatsu* dont les effets incluent l'activation du système parasympathique ainsi que la production d'endorphine et d'ocytocine, bénéfiques dans les états de stress importants en ce sens qu'elles favorisent une possibilité de retour à l'équilibre physiologique et à un mieux-être.

CONCLUSION

Nous avons vu comment devant l'impensable de la mort, les soignants étaient plus ou moins impactés selon la singularité du patient, les caractéristiques du contexte, de sa pathologie, de sa

Points à retenir

- La mort du patient, son caractère impensable, l'impuissance du soignant face à celle-ci, la résonance avec sa propre histoire ou ses deuils passés, tout cela peut avoir un impact important sur sa vie professionnelle et sa vie privée.
- Les espaces collectifs et contenant, spontanés ou formels, proposés au sein d'un service en vue de penser la mort de ses patients permettent une coconstruction de sens essentielle à la mobilisation des ressources des professionnels pour l'accompagnement des situations de fin de vie à venir.
- Les soignants, confrontés régulièrement à la mort des malades dont ils prennent soin, doivent être attentifs à définir les limites de leurs pratiques professionnelles et à prendre en compte leur besoin de se ressourcer.

prise en charge et du décès, mais aussi selon leur vécu des deuils passés de proches ou de malades. Nous avons mesuré comment les défenses psychiques mises en œuvre dans ces situations pouvaient les protéger ou comment le psychisme pouvait être débordé avec le risque, pour les soignants, d'être impactés dans leur travail comme dans leur vie privée et de se retrouver dans une situation d'épuisement professionnel ou de développer des troubles anxio-dépressifs, voire un état de choc post-traumatique requérant une prise en charge adaptée. Nous avons identifié comment la cohésion, la disponibilité et le soutien des membres de l'équipe soignante, de l'encadrement et de l'équipe pluridisciplinaire constituaient, avec un accompagnement institutionnel adapté, une ressource considérable en permettant de coconstruire du sens devant l'irreprésentable de la mort et « une médiation de sens autour de chaque décès » [7]. En effet, comme le souligne Philippe Ariès, historien, « la mort n'est pas individuelle, elle concerne toute la lignée, toute la communauté, et elle implique la solidarité des individus. Il est ainsi extrêmement difficile de l'affronter seul, sans soutien social, et sans l'appui de rituels qui donnent sens à la mort, en l'intégrant dans la vie du groupe » [7].

Tous ces temps pris par les membres de l'équipe pour parler, partager, réfléchir ensemble – qu'il s'agisse d'échanges informels de désamorage, de débriefing, de parole ou de réflexion éthique – les invitent également à définir les limites de leur pratique et à mettre un terme à leur travail avec ce patient singulier qui vient de mourir, pour ensuite avoir la possibilité de débiter leur deuil et de se rendre disponibles, de nouveau, aux autres accompagnements [2]. Pour terminer, nous reprendrons les termes de « *ni héros, ni déprimé* » utilisés par Christiane Steffens-Dhaussy, psychologue, pour ouvrir à la question de l'attention que le soignant doit porter à son besoin de se ressourcer face au deuil de ses patients, aux solutions et aux rituels qu'il pourrait mettre en place pour faciliter le moment de l'adieu, la clôture de ce temps professionnel et le retour à sa vie privée. Cette autrice propose l'image du soignant coureur de marathon, pour qui il est nécessaire « *de prendre soin de lui afin de gérer son énergie tout au long de son chemin professionnel* » [3]. Cela nous semble rejoindre la question de l'ouverture aux approches complémentaires au service de la qualité de vie des soignants : prendre soin de soi au travail favorisant le prendre soin de soi de manière globale. ■

expérience soignante

Expérience partagée, vécus pluriels : des paramédicaux face à la mort en réanimation

■ Accompagner la mort fait partie du quotidien des soignants en réanimation. ■ Pour autant, loin de constituer une expérience banale, cela mobilise les équipes au niveau émotionnel et leur demande de s'ajuster en permanence pour mener à bien leur mission de soin auprès du patient et de ses proches. ■ Comment les infirmiers et les aides-soignants font-ils face aux prises en charge de fin de vie et aux particularités liées à la survenue de la mort dans un service de réanimation ?

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – burn-out ; mécanisme de défense ; mort ; réanimation ; soignant

Shared experience, multiple experiences: paramedics facing death in intensive care.

Accompanying death is part of the daily life of intensive care workers. However, far from being a trivial experience, it mobilizes the teams emotionally and requires them to constantly adjust in order to carry out their mission of care for the patient and his or her loved ones. How do nurses and orderlies deal with end-of-life care and the particularities of death in an intensive care unit?

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – burnout; caregiver; defense mechanism; death; resuscitation

« **P**arler de la mort en réanimation ce n'est pas tabou ! Cela fait manifestement partie de notre quotidien. » C'est ainsi que débute l'un des entretiens réalisés avec des infirmiers et des aides-soignants en réanimation autour de cette thématique. En effet, compte tenu de la gravité de l'état de santé des patients admis dans ces unités, la mort y est relativement fréquente, avec un taux de mortalité de l'ordre de 15 à 20 % [1].

Les vécus des professionnels, lors du décès de leurs patients, sont aussi divers que les situations rencontrées sont nombreuses. Si quelques-unes de ces morts sont décrites par les équipes rencontrées comme « bien vécues », parce qu'attendues, préparées et accompagnées, d'autres, plus marquantes, seront relatées des mois, voire des années après, avec une certaine émotion.

DES FINS DE VIE À L'ORIGINE D'UNE LOURDE CHARGE ÉMOTIONNELLE POUR LES SOIGNANTS

Regrettant un manque de formation à l'accompagnement de la fin de vie, les soignants sont peu préparés à affronter le décès de leurs patients et la façon dont eux-mêmes peuvent l'appréhender.

■ **Si la mort d'un même malade peut être vécue de manière très différente par plusieurs professionnels**, certains décès sont communément considérés comme plus difficiles à vivre. C'est le cas, notamment, de ceux de patients jeunes qui sont susceptibles de provoquer un fort sentiment d'injustice, ou de ceux de personnes auprès desquelles les soignants se sont particulièrement investis et avec lesquelles ils ont échangé longuement. Ce sont parfois davantage des éléments de vie du malade qui sont à l'origine de mécanismes d'identification du professionnel au patient ou à ses proches. La charge émotionnelle portée par le soignant dans ces cas-là s'en trouve d'autant plus lourde qu'il lui sera difficile de trouver une juste distance dans le lien établi avec eux. À travers ces mécanismes, il est renvoyé à sa propre vulnérabilité et aux émotions que cela suscite chez lui. Une infirmière témoigne : « Cette dame-là, je ne lui ai jamais parlé, c'était plus sa vie, son âge, je pourrais être à sa place. Admettons qu'il m'arrive quelque chose, mes enfants, c'est fini... »

■ **De même, les décès survenant de façon brutale sont susceptibles d'être considérés comme déstabilisants.** L'aggravation rapide de l'état d'un patient requiert une pleine

ANNE RENET^{a, b}

Psychologue clinicienne et de recherche

^aService de médecine intensive et réanimation, Hôpital Saint-Louis, 1 avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^bGroupe de recherche Famiréa, Hôpital Saint-Louis, 1 avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

*Autrice correspondante.

Adresse e-mail :
anne.renet@aphp.fr
(A. Renet).

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

mobilisation des soignants dans des manœuvres de réanimation intensive, qui, lorsqu'elles s'avèrent inefficaces, risquent d'entraîner un sentiment d'impuissance et de culpabilité, et une forme de dissociation qui peut être à l'origine d'un réel traumatisme. Le décès n'ayant pu être anticipé, les défenses du soignant n'ont pas nécessairement eu le temps d'être mobilisées [2]. Une infirmière explique : « Dans les situations critiques, on est dans une bulle, on dirait qu'autour il ne se passe plus rien, le temps s'écoule beaucoup plus vite, on a posé notre cerveau émotionnel devant la porte et c'est quand le soufflé retombe qu'on réalise, et que parfois on craque. »

■ **Plusieurs des professionnels rencontrés racontent combien le face-à-face avec un malade en fin de vie**, et conscient de sa situation, peut se révéler anxiogène pour eux : « L'essentiel c'est le confort du patient, dans le sens où il n'ait pas de douleur, où il ne se rende pas compte [...] sinon les gens ils angoissent, ils sentent qu'ils sont en train de partir et je trouve ça horrible ! », déclare une infirmière. Confrontés à la peur et à la douleur du patient, les soignants sont renvoyés à leur propre impuissance. Nancy Kentish-Barnes, sociologue, décrit combien les soins d'une personne consciente en fin de vie peuvent être éprouvants pour les professionnels [3].

ACCOMPAGNER DANS LA MORT, UNE RESPONSABILITÉ "JUSQU'AU BOUT"

Dans l'idéal collectif, la mort doit être paisible et les prises en charge palliatives tendent vers cet objectif. Pourtant, malgré les traitements médicamenteux à disposition, certains patients ne peuvent pas être suffisamment (ou suffisamment vite) soulagés des douleurs, ou de l'angoisse, confrontant les soignants à un sentiment d'impuissance violent. « On n'a qu'une mort, et c'est quelque chose d'important, si on prive la personne de sa mort par une prise en charge où le patient est bouffé par les douleurs et par l'angoisse... ça me secoue, c'est perturbant de se dire qu'on s'est loupé en accompagnant une personne vers la mort », confie un infirmier.

■ **Il semble ainsi y avoir un fort sentiment de responsabilité chez les soignants**, conscients des enjeux de la fin de vie tant pour le patient que pour ses proches. Si la responsabilité leur incombe dès l'entrée du malade en réanimation, elle leur revient avec une coloration encore plus spécifique lorsqu'ils sont chargés de veiller à son confort en fin de vie. Cette dimension a été plus accentuée encore au cours de la crise de la Covid-19, quand les restrictions sanitaires interdisaient

la présence des familles à l'hôpital [4]. Au-delà du patient, les soignants expriment se sentir responsables de l'accompagnement des proches et veillent à les préserver de scènes qu'ils estiment potentiellement choquantes (extubation, *gasps*, présentation du corps, etc.). Une aide-soignante précise : « On est responsables de la dernière image qu'on laisse aux familles. »

■ **Cette notion de responsabilité contribue à expliquer le sentiment de culpabilité** régulièrement évoqué par les soignants lorsqu'ils ne jugent pas les conditions du décès adéquates [4,5]. Ainsi, ils sont nombreux à faire part de leur besoin de repasser dans leur tête le déroulé de la prise en charge du patient jusqu'à son décès, pour s'assurer qu'ils n'ont rien "raté". Il semble essentiel pour eux d'en arriver à la certitude que tout a été fait pour accepter le décès comme inéluctable. Ce sentiment de responsabilité explique l'importance, pour les soignants, d'être pleinement en accord avec les décisions éthiques et la prise en charge du patient. En effet, le sentiment de non-congruence est particulièrement éprouvant pour eux et plus spécifiquement dans des contextes de fin de vie [6].

ARRIVÉS AUX LIMITES DE LA RÉANIMATION : PENSER UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE

Sauver des vies, c'est ce pour quoi les soignants en service de réanimation se mobilisent, soutenus par l'environnement hypertechnique au sein duquel ils évoluent. Pourtant, lorsque les soins ne permettent plus d'envisager de sauver le patient ou semblent déraisonnables au regard de la qualité de vie espérée en cas de survie, une limitation et/ou un arrêt des thérapeutiques (LAT) est/sont considéré(e)s [7]. Valérie Tassain et Marie-Hélène Marcadet décrivent ces décisions médicales d'arrêt des soins actifs comme un moyen de « maintenir la mort sous contrôle médical » [8]. En effet, par la mise en place des LAT, la mort est davantage anticipée, préparée. Dans les situations d'arrêt des thérapeutiques, un moment est défini, à partir duquel le processus de mort est enclenché.

■ **C'est d'ailleurs un phénomène soulevé par les soignants**, qui expliquent que l'annonce de LAT les aide à se préparer au décès et à amorcer une séparation : « En prenant soin de ton patient dignement, tu vas lui dire au revoir », indique une infirmière. Il y a un déplacement des préoccupations des professionnels qui, si la lutte pour le maintien en vie n'est plus possible, orientent leurs

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

efforts vers un nouvel objectif plus atteignable, et offrent ainsi la possibilité d'une "bonne mort" à leur patient.

■ **Le vécu des soignants semble en grande partie conditionné par celui des proches.** En veillant au confort des patients et en accompagnant les familles à trouver leur place, ils contribuent à rendre plus paisibles ces situations de fin de vie pour tous les acteurs qui y participent. Parfois même, certains trouvent, autour d'une fin de vie "bien accompagnée", quelque chose de l'ordre d'une "réparation", après la violence infligée par la prise en charge réanimatoire.

CONFRONTATION À LA DOULEUR DES FAMILLES

Au-delà de la confrontation à la mort ou du contexte du décès, les soignants indiquent que la difficulté principale réside dans le face-à-face avec la douleur et les émotions des familles. En effet, la plupart des malades qui décèdent en réanimation sont inconscients, et les échanges se font donc en premier lieu avec leurs proches.

■ **Des familles ne parviennent pas à accepter la réalité du décès à venir,** et vivent le passage en soins "de confort" comme l'abandon du patient par l'équipe soignante [9]. Dans ces conditions, l'accompagnement de la fin de vie peut s'avérer extrêmement violent pour les professionnels. Ces derniers sont confrontés à une réelle impuissance et à la culpabilité de ne pouvoir répondre au désir des proches de retarder la mort, quand bien même cela dépasse les ressources de la médecine. Cela les renvoie à une mise en échec de leur propre fonction.

■ **En dehors de ces contextes conflictuels,** la confrontation vécue avec les familles en réanimation, en particulier dans les cas de fin de vie, expose inévitablement les soignants à des réactions émotionnelles intenses de la part des proches. Ils reçoivent de plein fouet et "sans filtre" leur détresse, et c'est ici que réside pour nombre d'entre eux une des difficultés majeures de la prise en charge de la fin de vie : « *La souffrance des familles et leur propre impuissance à les soulager.* » [10]

PENSER LA MORT DANS UN SERVICE HYPERTECHNIQUE

Une des particularités du service de réanimation consiste en ce que les informations relatives aux paramètres vitaux sont disponibles en permanence, de sorte que, lorsque la mort survient, elle

peut être observée en temps réel sur les moniteurs de surveillance.

■ **Bien que réalité universelle, la mort reste une question existentielle** et, face à elle, certains décrivent une forme de fascination. Régulièrement, des professionnels se surprennent à scruter les chiffres et les courbes indiqués sur les scopes dans les derniers instants de vie du patient : « *Quand on sait que le patient va décéder, on regarde le scope et on attend... On regarde la mort à travers un écran* », témoigne une infirmière.

■ **Non sans un certain malaise, ils voient dans cette démarche une tentative de maîtrise** d'un phénomène qui les dépasse, comme un moyen de saisir « *quelque chose d'une réalité impalpable* » : signe qu'en réanimation, la mort ne surprend pas. Mais cela témoigne aussi, pour d'autres, d'une nécessité de se protéger, « *en regardant la mort à travers des chiffres* ».

Soumis à des fins de vie éprouvantes, et ce, de façon parfois itérative, les soignants en réanimation sont obligés de mettre en place des mécanismes de défense pour mener à bien leur mission de soin.

MÉCANISMES DE DÉFENSE ET TENTATIVES D'AJUSTEMENT

Pour faire face à la tension émotionnelle suscitée par ces prises en charge, certains soignants témoignent de leur recours à des mécanismes d'ajustement, les aidant à rendre ces situations moins pénibles. Cela peut passer par un besoin de prendre de la distance psychique et quelquefois physique afin de se préserver. Une aide-soignante explique : « *Au fil des années, j'ai appris à mettre de la distance pour me protéger, j'évite d'être dans la chambre ou près des familles, je suis égoïste mais je me préserve. Si je m'implique trop émotionnellement, je sens que ça va me faire encore plus de mal, c'est égoïste, mais je n'ai trouvé que ça pour l'instant.* »

■ **Cette prise de distance s'effectue, non sans culpabilité, avec l'idée que cette protection personnelle** se fait au détriment du patient et/ou de ses proches. Ce besoin de revêtir une sorte de carapace semble, pour beaucoup de professionnels, être en contradiction avec leur idéal de soignant qui devrait soutenir et soulager en toute circonstance. Nombre d'entre eux évoquent la nécessité et la difficulté de trouver une juste distance qui permettrait de répondre aux besoins du patient et de ses proches tout en étant préservés de ces affects trop vifs et de la réalité à laquelle ils renvoient.

RÉFÉRENCES

- [1] Vincent JL. Manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence. 5^e éd Cachan: Lavoisier; 2017.
- [2] Laurent A. Les équipes mobiles d'urgence et de réanimation face aux interventions potentiellement traumatiques. *Ann Med Psychol (Paris)* 2012;172(6):457-62.
- [3] Kentish-Barnes N, Valy J. Les soignants et la mort en réanimation. In: Schepens F, editor. *Les soignants et la mort*. Toulouse: Érès; 2013. p. 17-29.
- [4] Kentish-Barnes N, Morin L, Cohen-Solal Z, et al. The lived experience of ICU clinicians during the coronavirus disease 2019 outbreak: a qualitative study. *Crit Care Med* 2021;49(6):e585-97.
- [5] Chahraoui K. Quelle place pour les émotions chez le soignant ? In: Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, editors. *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*. Paris: Dunod; 2015. p. 165-75.

RÉFÉRENCES

[6] Laurent A, Bonnet M, Capellier G, et al. Emotional impact of end-of-life decisions on professional relationships in the ICU: an obstacle to collegiality. Crit Care Med 2017;45(12):2023-30.
 [7] Kentish-Barnes N. "Mourir à l'heure du médecin". Décisions de fin de vie en réanimation. Rev Fr Sociol 2007;48(3):449-75.
 [8] Tassin V, Marcadet M. Soins palliatifs en réanimation : évolutions, limites, enjeux et perspectives. Pers Psychol 2008;47(3):243-52.
 [9] Migeotte J. Les difficultés vécues par les soignants confrontés à la fin de vie aux soins intensifs. In: Thomas F, editor. Le soin en médecine intensive. Les enjeux contemporains en réanimation. Paris: Seli Arslan; 2019. p. 47-53.
 [10] Chahraoui K, Bioy A, Cras E, et al. Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative. Ann Fr Anesth Reanim 2011;30(4):342-8.
 [11] Fournier A, Laurent A. Burnwout in intensive care medicine: evaluation, prevention and intervention. Méd Intensive Réa 2021;30(2):101-8.
 [12] Mazaud A. Fin de vie en réanimation : vécu et prise en charge des familles, vécu des soignants. Jalmalv 2019;1(136):95-106.

■ **Pour d'autres au contraire, un investissement complet auprès de la personne en fin de vie** constitue un moyen de lutter contre les affects douloureux et le sentiment d'impuissance en étant dans l'action. Ainsi, un aide-soignant explique : « Pour masquer ma tristesse, je vais davantage prendre en charge le patient, pour pouvoir à la fin se dire qu'on a tout fait. »

Pour d'autres encore, les stratégies de défense passent par des processus de rationalisation et d'intellectualisation qui visent à mettre à distance la charge émotionnelle liée au contexte. « Je relativise, je me dis que c'est le destin, mais peut-être que se dire "c'est la vie", c'est ma petite barrière à moi pour ne pas être touchée », confie une infirmière.

■ **Tous semblent s'efforcer de tirer des enseignements de ces situations difficiles** pour qu'elles n'aient pas été vaines et pour tenter d'y mettre du sens : « Moi ça m'a marquée, ça m'a appris des choses... Et puis à un moment tu apprends à vivre avec et tu en tires des solutions pour faire en sorte que ça ne se reproduise pas, et tu mets en place des sortes de mécanismes de défense qui vont te permettre de contrer la prochaine fois la situation et de te protéger », déclare une infirmière.

EXPÉRIENCE ET ENTRAIDE

Un certain nombre des soignants rencontrés témoignent de ce qu'ils ont appris, au fur et à mesure, « à mettre de la distance », aussi on pourrait penser que l'expérience favorise la mise en place des stratégies d'adaptation. Pourtant, la confrontation répétée avec la mort et la souffrance ne laisse pas indemne.

■ **Quelques-uns évoquent leur sentiment d'être marqués par ces expériences** : « Les décès traumatisants me laissent à chaque fois une cicatrice », précise un infirmier. La répétition de ces

expériences douloureuses au fil des années est susceptible d'entraîner une certaine vulnérabilité : « Ça fait dix-huit ans que je suis diplômée et je supporte de moins en moins la mort et la douleur des patients », indique une aide-soignante. Cela incite à être vigilant quant au risque de traumatisme vicariant et d'épuisement professionnel chez les soignants exerçant en service de réanimation [11].

■ **La confrontation quasi quotidienne avec la mort et la souffrance soumet ces professionnels** à une forte charge émotionnelle ainsi qu'à des processus de deuil répétés [12]. Exposés à des faits qui semblent parfois impensables, certains mettent en évidence le décalage profond qui peut exister entre leur vécu professionnel et celui d'autres personnes exerçant dans des secteurs différents, et l'isolement que cela génère quelquefois.

■ **Aussi, tous insistent sur le rôle essentiel des échanges avec leurs pairs** dans ce type de situations [12] et sur le soutien qu'ils puisent dans le travail en équipe, apportant un sentiment de sécurité. En effet, traversés par des émotions parfois intenses, les soignants peuvent être amenés à s'isoler et à se questionner sur leurs capacités à exercer dans un tel service. Le partage d'expérience et celui de leur vécu avec leurs pairs leur permet de réintégrer le groupe et de renforcer leur sentiment d'appartenance. Par ailleurs, la spontanéité avec laquelle leurs collègues acceptent de prendre le relais face à une situation qui les submerge témoigne bien d'une compréhension profonde de ce que l'autre peut ressentir.

CONCLUSION

Dans l'environnement extrêmement technique que constituent les services de réanimation, les équipes médicales et paramédicales se mobilisent pour tenter de pallier les défaillances vitales présentées par les patients et lutter contre la mort. Pourtant, lorsque celle-ci survient, le sentiment de responsabilité dont témoignent les soignants à l'égard de leurs patients et de leurs proches rend compte d'une volonté de garder un certain contrôle sur les événements. La confrontation à la mort et la fréquence des décès en réanimation exposent ces équipes soignantes à un risque d'épuisement professionnel et de burn-out [11]. Si de nombreuses stratégies d'adaptation sont mises en place de façon individuelle et collective par les professionnels, il convient de rappeler le rôle des services et des institutions pour garantir un climat éthique satisfaisant et un soutien adapté. ■

Points à retenir

- La confrontation à la douleur des proches est identifiée comme l'une des difficultés majeures dans la prise en charge d'un patient en fin de vie.
- La mise en place de limitation et/ou d'un arrêt des thérapeutiques permet aux soignants d'anticiper la mort d'un malade et de s'y préparer.
- Les professionnels se sentent la responsabilité d'offrir une "bonne mort" à leurs patients en fin de vie.
- Si le décès d'un malade est vécu de façon très intime par chacun, il semble exister aussi une expérience collective de la mort en réanimation.

Déclaration de liens d'intérêts
 L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

formation

“Briser la barrière du silence”, un programme de simulation pour adresser la détresse psychologique

■ Même si plusieurs stratégies ont été développées pour soutenir les étudiants en médecine durant leurs études afin de prévenir l'épuisement professionnel, la dépression ainsi que le suicide, toutes n'ont pas la même portée. ■ La simulation constitue une stratégie intéressante : elle donne aux apprenants des outils pour dépister les signes de détresse chez leurs collègues puis intervenir, et les aide à briser la barrière du silence face à la détresse psychologique.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – dépression ; détresse ; épuisement professionnel ; résident ; simulation ; suicide

“Breaking the Silence Barrier”, a simulation program to address psychological distress.

Although several strategies have been developed to support medical students during their studies in order to prevent burnout, depression and suicide, not all of them are equally effective. Simulation is an interesting strategy: it gives students the tools to detect and intervene in signs of distress in their colleagues, and helps them break the barrier of silence in the face of psychological distress.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – burnout; depression; distress; resident; simulation; suicide

En 2012, dans le cadre d'une refonte des méthodes d'enseignement au centre hospitalier de l'université de Montréal (Chum), la direction de l'enseignement de l'académie Chum a pris la décision de favoriser le développement d'un programme de simulation en cardiologie. Les ateliers déployés depuis lors permettent aux résidents¹ de parfaire leurs connaissances et leurs attitudes au cours de situations cliniques aiguës et complexes, les outillant pour leurs gardes à l'hôpital.

■ **Comme dans toute activité de simulation, chaque atelier comporte une séance de débriefing** pendant laquelle les participants sont invités à réfléchir sur les enjeux d'attitudes et de compétences propres au scénario clinique dans lequel ils ont évolué, à titre d'acteurs ou d'observateurs. Cette séance, bien que dévolue à l'apprentissage des compétences cliniques, laisse parfois poindre un éventail d'émotions, allant de la frustration à la tristesse. Bien qu'important, cet aspect est souvent laissé pour compte, puisqu'il diverge des objectifs académiques de compétences auxquels doit répondre le programme de simulation.

■ **C'est à partir de la vulnérabilité humaine latente repérée lors de nos ateliers de “compétences”** que s'est amorcée notre réflexion sur la capacité de la simulation à faire surgir l'émotion. En 2014, une étudiante en médecine du Chum s'est enlevée la vie. Ce drame, dont personne n'avait décelé de signe avant-coureur, a entraîné dans la communauté médicale, particulièrement chez ceux qui l'avaient côtoyée, une profonde tristesse, une incompréhension et, chez certains d'entre nous, un appel à la mobilisation afin de tenter de prévenir d'autres tragédies. Pour nous, la réflexion devait maintenant nourrir une action concrète.

PROCESSUS DE CRÉATION

Les scénarios que nous avons élaborés pour les ateliers de simulation relatifs à la détresse psychologique sont tous de même facture, faisant appel à la fois au cinéma et au théâtre. La première partie de l'histoire racontée est mise en scène dans un film. Elle est jouée par des acteurs, et se termine abruptement avant la fin. L'histoire se poursuit dans

NATHALIE NADON*
M. Sc., infirmière praticienne
spécialisée en soins aux
adultes

PIERRE LARAMÉE
MD, FRCP, cardiologue
Centre hospitalier de
l'université de Montréal,
1000 rue Saint-Denis, Montréal,
QC H2X 0A9, Canada

*Aulrice correspondante.

Adresse e-mail :
nathalie.nadon.chum
@ssss.gouv.qc.ca
(N. Nadon).

une salle de simulation vitrée, attenante à celle de débriefing où les résidents viennent de visionner le film. Deux ou trois résidents sont appelés à intervenir auprès des acteurs dans ce scénario, qui évolue désormais en dimension réelle. À la fin de la simulation, tous prennent part au débriefing.

■ **Le principal défi consiste à élaborer des scénarios qui encourageront à briser la barrière du silence**, ce rempart derrière lequel se cache la détresse. Comment parvenir à instaurer l'état de confiance nécessaire ? Qui sera le premier à divulguer ses états d'âme ?

Afin d'amener les étudiants en médecine à nous faire confiance, nous avons décidé de partager nos propres expériences. Nous avons donc créé nos scénarios à partir d'histoires réelles vécues par trois professeurs connus des résidents : le premier révèle une détresse psychologique personnelle, le deuxième vise davantage une détresse professionnelle, et le dernier met en avant une situation de détresse profonde pouvant mener au suicide.

■ **Pour assurer la sécurité psychologique des participants**, nous nous sommes alliés à une spécialiste du Programme d'aide aux médecins du Québec, présente lors des débriefings. Avec elle, nous avons défini les objectifs de ces ateliers : prévenir la détresse, la reconnaître lorsqu'elle existe, et outiller les résidents-apprenants qui la constatent et la vivent. Après avoir discuté avec les résidents du programme de médecine du but visé par de tels ateliers, ces derniers ont accepté d'y prendre part à titre d'observateurs-apprenants.

NOTE

¹ Les résidents correspondent peu ou prou aux internes en France. Il s'agit d'étudiants en médecine qui effectuent des gardes à l'hôpital.

RÉFÉRENCES

- [1] Dhanoa S, Oluwasina F, Shalaby R, et al. Prevalence and correlates of likely major depressive disorder among medical students in Alberta, Canada. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(18):11496.
 [2] Ventriglio A, Watson C, Bhugra D. Suicide among doctors: a narrative review. *Indian J Psychiatry* 2020;62(2):114-20.
 [3] Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, drop out, suicide: physician loss in emergency medicine, part 1. *West J Emerg Med* 2019;20(3):485-94.

■ **Lors du débriefing, nous avons demandé aux résidents si eux-mêmes se confieraient à un patron**, ou à leur directeur de programme, s'ils vivaient des difficultés. Voici ce qu'ils ont répondu : « *C'est comme s'il y a une ligne qu'on ne peut pas dépasser. Le patron est super occupé, il n'a pas le temps de s'occuper de nos problèmes personnels* » ; « *Les patrons, on les voit un peu comme des gens à qui on ne peut pas tant se confier parce que ce sont eux qui font nos évaluations, ils sont une figure d'autorité. Tu ne veux pas avoir l'air faible* ». Force est donc de constater que pour les étudiants, les patrons ou les directeurs de programme sont souvent les dernières personnes avec lesquelles ils discuteraient de leurs problèmes personnels de crainte d'entacher leur dossier académique ou par peur d'une stigmatisation par aveu de faiblesse.

■ **En revanche, la majorité des participants ont mentionné qu'ils se confieraient à un proche** ou à un ami s'ils vivaient des problèmes personnels importants. Bien que selon plusieurs études, la prévalence de trouble de dépression touche près de 30 % des étudiants en médecine [1-4], le fait de bénéficier d'un soutien social, perçu ou réel, par des amis ou par la famille s'avère un facteur protecteur contre la dépression [1].

LE DEUXIÈME SCÉNARIO

Ce scénario de simulation raconte l'histoire vécue par une jeune cardiologue, alors en formation de surspécialisation. Le film d'introduction montre une équipe qui met tout en œuvre pour réanimer une jeune patiente greffée cardiaque. Après quelques minutes, il se termine et la simulation continue dans la salle attenante ; on fait appel à deux résidents pour contribuer à la suite du scénario, qui s'achève avec le décès de la patiente dont la sœur a assisté aux manœuvres de réanimation. Il s'agit, évidemment, d'un scénario riche en émotions. L'un de ses objectifs est d'amener les apprenants à réaliser la nécessité d'un débriefing d'équipe inclusif lorsque se présentent de telles situations cliniques à forte charge émotionnelle.

■ **Lors du débriefing, un participant témoigne** : « *Moi ça m'est arrivé récemment de perdre un patient. Je n'en ai parlé à personne. Au début, je voulais en parler avec le patron qui était avec moi lorsque le patient a codé. Mais c'était comme si, pour ce patron, c'était la norme, j'ai donc gardé ça pour moi.* » Contrairement à ce que croient les résidents, il semble que les médecins, plus spécifiquement les cardiologues, chirurgiens cardiaques, formés pour "sauver la vie", se sentent très isolés à la suite du décès de

L'impact de la mort sur les professionnels de santé

leurs patients et ressentent généralement de la culpabilité et de l'impuissance. L'enquête française pilotée par le Pr Thibaud Damy en 2021 révèle qu'au fil de leur carrière – et sans doute avec le cumul des décès chez leurs malades, survenus de manière subite ou attendue –, 45% des répondants font état de symptômes d'épuisement professionnel et plus d'un tiers de niveaux élevés d'anxiété et de dépression après le décès de leurs patients [5,6].

■ **Nous encourageons les équipes de soins à procéder à un débriefing immédiatement après une réanimation** cardiorespiratoire ou après toute situation risquant de causer un traumatisme psychologique. Cela en vue de valider ce que chacun des membres a vécu et de mettre en place l'encadrement nécessaire pour une saine gestion des compétences et des interprétations émotives de chacun face à la situation [7].

LE TROISIÈME SCÉNARIO

Au Québec, deux à cinq médecins se suicident chaque année [8]. Aux États-Unis, plus de 400 médecins attentent à leur vie au cours de la même période [3]. Un sondage de l'Association médicale canadienne révèle que 36 % des médecins en exercice et des médecins résidents ont eu des pensées suicidaires à un moment ou à un autre. Les médecins résidents ont considérablement plus de probabilités d'avoir eu des ruminations suicidaires au cours des douze derniers mois [9].

■ **Les finalités de ce troisième scénario de simulation sont de reconnaître les signes de détresse chez un collègue** et d'être en mesure d'intervenir. Il débute par un court film mettant en scène une résidente qui, à l'aide de son ordinateur, laisse un message d'adieu à sa famille avant de partir faire son dernier quart de travail. Le film terminé, la simulation commence par une altercation entre un

patron-acteur et la résidente-actrice. Par la suite, deux participants sont appelés à intervenir auprès de la résidente, qui s'est isolée dans une salle.

■ **Au cours du débriefing, les apprenants sont invités à identifier les déclencheurs** pouvant entraîner une telle détresse chez un collègue, notamment un deuil ou une rupture, une faute professionnelle, du harcèlement ou de l'intimidation [1-4]. Il leur est aussi demandé de nommer des comportements ou des attitudes susceptibles d'indiquer un épuisement émotif ou une perte de résilience (irritabilité, changement de comportement, abus de substances, etc.). Cet atelier illustre à quel point les études de médecine sont difficiles [4] : elles sont émaillées de multiples stages et évaluations, avec un devoir de performance qui ne laisse jamais place à l'erreur. Étayant les résultats de certaines études, les participants ont confié se sentir souvent exténués, quelques-uns ont même pensé arrêter [1,4,10]. L'épuisement professionnel peut conduire à l'isolement, au sentiment d'échec, à une mauvaise estime de soi et à la dépression avec risque suicidaire accru [2,11].

■ **Les étudiants admis en médecine sont fréquemment sélectionnés en raison de traits de personnalité spécifiques.** D'ailleurs, plusieurs recherches démontrent que le perfectionnisme est non seulement répandu, mais aussi recherché chez eux. Bien que cette caractéristique soit associée à une capacité d'atteindre les plus hauts standards, un engagement excessif au travail est également corrélé à une réticence à accepter ses erreurs tout en se fixant des objectifs difficilement atteignables, prédisposant ainsi à l'anxiété, à l'épuisement professionnel et à la dépression [10,11].

CONCLUSION

Briser la barrière du silence, reconnaître les signes d'une détresse profonde, intervenir lorsque la résilience se morcelle, voilà les buts ultimes des ateliers de simulation que nous avons mis en place pour les résidents de médecine de l'université de Montréal. En élaborant pour eux un espace d'immersion émotive à l'aide d'histoires réelles, vécues par des médecins-patrons qui ont traversé ces épreuves et qui osent briser le silence, nous croyons non seulement avoir contribué à créer une communauté de partage, mais aussi avoir instillé, chez cette nouvelle génération de médecins, les ferments d'ouverture et de compassion qui leur permettront de poursuivre avec d'autres l'aventure que nous avons entreprise avec eux. ■

RÉFÉRENCES

- [4] Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc* 2005;80(12):1613–22.
- [5] Bonnet G, Damy T. Impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants du cœur : brisons le tabou ! *Cardio-online.fr*. 16 janvier 2022. www.cardio-online.fr/Videos/Les-Entretiens/JESFC-2022/Impact-fin-vie-mort-sur-soignants-coeur-brisons-tabou.
- [6] Préserver la santé des professionnels de santé. L'enquête destinée aux soignants du cœur (volet médical) : chiffres-clés. Décembre 2022. <https://emotion4care.hypotheses.org/767>.
- [7] Galland J, Jaffrelot M, Sanges S, et al. Initiation au débriefing pour les internistes : état des connaissances et mise en pratique pour transformer des situations cliniques réelles ou simulées en moments d'apprentissage. *Rev Med Interne* 2020;41(8):536–44.
- [8] Champagne S. Médecins en détresse. 29 septembre 2011. www.lapresse.ca/actualites/sante/201109/28/01-4452363-medecins-en-detresse.php.
- [9] Association médicale canadienne. Sondage nationale de l'AMC sur la santé des médecins de 2021. Août 2022. www.cma.ca/sites/default/files/2022-08/NPHS_final_report_FR.pdf.
- [10] Eley DS, Leung J, Cloninger KM. A longitudinal cohort study observed increasing perfectionism and declining resilience, ambiguity tolerance and calling during medical school which is not explained by student personality. *BMC Med Educ* 2022;22(1):784.
- [11] Roman S, Prévost C. La santé des médecins : État des connaissances et approches préventives. Programme d'aide aux médecins du Québec. 2015. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2502526>.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Points à retenir

- Les études en médecine sont exigeantes et il est de la responsabilité de tous de créer des environnements d'apprentissage positifs.
- La simulation est une approche pédagogique puissante permettant de briser la barrière du silence et de constituer une communauté de partage.
- Il est important d'identifier les événements déclencheurs et les indices comportementaux susceptibles de conduire à une détresse profonde.
- Il ne faut pas hésiter à braver sa crainte, soutenir, intervenir et référer.