

Abstract - Groupe n°16

Gestion de la mort des patient.e.s chez les jeunes médecins dans les services d'urgences

Alejandra Campomanes, Alyssa Oggier, Stanislas Pytel, Tara Saidi, Adriana Telenti Delgado

Introduction

Faire face à la mort d'un.e patient.e est une épreuve inévitable dans la carrière de tout.e médecin. Pour les jeunes praticien.ne.s, les premières confrontations avec la mort suscitent une vaste palette de réactions : un sentiment d'échec ou de détresse, le silence, le déni. La manière dont ces expériences sont vécues a un impact direct sur la confiance professionnelle, la santé mentale, la qualité des soins prodigues et les relations humaines au travail comme en dehors. Il est donc essentiel de mettre en place des dispositifs efficaces pour accompagner les jeunes médecins dans ces moments difficiles. Cet accompagnement doit reposer à la fois sur des ressources accessibles et adaptées, et sur une culture médicale qui reconnaît la vulnérabilité comme une composante normale, même nécessaire, du métier. Malgré l'importance du thème, la littérature est limitée dû à la dimension subjective des expériences humaines qui reste difficile à évaluer et qui est largement influencée par le contexte personnel et institutionnel des jeunes médecins. Additionnellement, la recherche est dominée par les États-Unis, laissant peu d'opportunités de comparaisons interculturelles.

La santé des soignant.e.s est indissociable de celle des patient.e.s. Il devient donc crucial de repenser notre manière de soutenir les professionnel.le.s de santé confronté.e.s à la mort pour préserver leur bien-être et, ce faisant, celui de la société tout entière. Pour cela, nous avons retenu la question de recherche suivante : Quels sont les outils et obstacles à disposition des jeunes médecins lors des premiers contacts avec la mort des patient.e.s dans les services d'urgences ?

Méthode

Cette recherche a été menée sous forme d'étude qualitative, à partir d'une revue de littérature, afin d'élaborer les objectifs de recherche (identifier et d'évaluer les structures à disposition des jeunes médecins pour traverser les conséquences du décès d'un.e patient.e, ainsi que les obstacles qui peuvent compliquer l'expérience des médecins) et un guide d'entretien pour y répondre. Les 11 expert.e.s ont été choisi.e.s en fonction de leur rôle dans la formation pré- et postgraduée sur la mort et/ou les urgences, leur expérience d'accompagnement intra et extrahospitalier, leur compréhension de l'éthique clinique ou leur expertise psychiatrique. Les expert.e.s ont été enregistrés, transcrits et analysés avec leur consentement.

Résultats : ressources, obstacles et améliorations

Une des ressources les plus efficaces et mentionnée par la majorité des intervenants est le soutien par les pairs ou les cadres qui offrent un espace de parole. Il existe aussi le programme RECAP, qui consiste à prendre quelques minutes en fin de déchocage dans les urgences du CHUV (résumer la prise en charge, enseignements, corrections immédiates, améliorations futures, poursuivre le travail). Dans l'hôpital, on trouve aussi le programme "secondes victimes", les aumôniers, des groupes de parole fréquemment organisés en fonction des services ou encore des psychologues de liaison. En dehors de l'hôpital, on retrouve par exemple Remed, qui est une association de soutien aux médecins. Il faut aussi mentionner les ressources personnelles comme l'entourage, les activités sportives et la sphère de vie. Ces facteurs vont extrêmement dépendre des personnes et vont les placer dans des état différents de vulnérabilité face à la pression de l'hôpital.

La confrontation à la mort aux urgences est une épreuve émotionnelle, technique et relationnelle. Plusieurs obstacles compliquent une gestion saine de cette réalité : le manque d'information sur les dispositifs de soutien (psychologues, débriefings, etc.), l'absence de temps pour traiter l'événement, et les tabous culturels autour de la vulnérabilité. La culture médicale valorise la performance, la résilience et le détachement émotionnel, ce qui pousse les jeunes médecins à enfouir leurs émotions, parfois jusqu'au déni. Le rythme effréné du service peut empêcher toute élaboration symbolique ou réflexion autour de la mort.

Pour améliorer la situation, il faut rendre les ressources de soutien plus visibles, normaliser la demande d'aide, et intégrer le vécu émotionnel dans la formation et la pratique. La mort devrait être abordée dans toutes les disciplines médicales, avec un encadrement adéquat dès les premières confrontations. Enfin, un changement de regard s'impose : plutôt que d'être perçue comme un échec, la mort doit pouvoir être reconnue comme une issue thérapeutique possible.

Discussion et conclusion

L'expérience d'un.e médecin lors de la mort d'un.e patient.e aux urgences peut être neutre, positive ou négative, et est principalement influencée par le climat professionnel au sein du service. Cette culture de travail est la variable ayant le plus de conséquences et sur laquelle on peut agir le plus efficacement. Les plus grandes difficultés sont issues d'un climat non sécuritaire qui participe à la vulnérabilité des soignant.e.s.

Ces résultats permettent de répondre à nos objectifs: identifier et évaluer les ressources à disposition ainsi que les difficultés rencontrées par les jeunes médecins dans ce contexte. Cette étude approfondit la compréhension de l'impact d'un décès d'un. patient.e pour un.e médecin, des ressources disponibles pour y faire face, des obstacles à la mobilisation de celles-ci et de leur potentiel.

Références

1. Heiner JD, Trabulsky ME. Coping with the death of a patient in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2011 Sep;58(3):295-8. doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.12.022. Epub 2011 Feb 18. PubMed PMID: 21310507.
2. Strote J, Schroeder E, Lemos J, Paganelli R, Solberg J, Range Hutson H. Academic emergency physicians' experiences with patient death. *Acad Emerg Med.* 2011 Mar;18(3):255-60. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01004.x. PubMed PMID: 21401787.
3. Rhodes-Kropf J, Carmody SS, Seltzer D, Redinbaugh E, Gadmer N, Block SD, Arnold RM. "This is just too awful; I just can't believe I experienced that...": medical students' reactions to their "most memorable" patient death. *Acad Med.* 2005 Jul;80(7):634-40. doi: 10.1097/00001888-200507000-00005. PubMed PMID: 15980079.
4. Smith-Han K, Martyn H, Barrett A, Nicholson H. That's not what you expect to do as a doctor, you know, you don't expect your patients to die." Death as a learning experience for undergraduate medical students. *BMC Med Educ.* 2016 Apr 14;16:108. doi: 10.1186/s12909-016-0631-3. PubMed PMID: 27080014; PubMed Central PMCID: PMC4832523.
5. Bornet, M., et al. Aider les étudiants en médecine à approcher la mort, *Rev Med Suisse*, Vol. 9, no. 407, 2013, pp. 2189–2191.
6. Assez N, Quievre C, Pokladnik K, Hubert H, Wiel E, Rosenstrauch C. L'annonce de la mort : une épreuve difficile pour les jeunes médecins. Enquête auprès de 42 internes et médecins "juniors." *Annales françaises de médecine d'urgence.* 2011 Dec 15;2(1):9–18.

Mots clés

Décès de patient.e.s ; Jeunes médecins ; Deuil professionnel ; Recherche qualitative.

L'apprentissage de l'irréversible

Gestion de la mort des patient.e.s chez les jeunes médecins dans les services d'urgences

Alejandra Campomanes, Alyssa Oggier, Stanislas Pytel, Tara Saidi, Adriana Telenti Delgado



Introduction

Faire face à la mort d'un.e patient.e est une épreuve **inévitable** dans la carrière de tout.e médecin. Pour les jeunes praticien.ne.s, les premières confrontations avec la mort suscitent une vaste palette de réactions : **échec, détresse, silence, déni...**

La manière dont ces expériences sont vécues a un impact direct sur la **confiance professionnelle, la santé mentale, la qualité des soins prodigues et les relations humaines** au travail comme en dehors. Il est donc essentiel de mettre en place des dispositifs efficaces pour accompagner les jeunes médecins dans ces moments difficiles.

La **santé des soignant.e.s est indissociable de celle des patient.e.s**. Il devient donc crucial de repenser notre manière de soutenir les professionnel.le.s de santé confronté.e.s à la mort pour préserver leur bien-être et, ce faisant, celui de la société tout entière.



Obstacles

Le manque d'information : Les jeunes médecins ne connaissent pas toujours les dispositifs de soutien existants (psychologues, débriefings, RECAP, etc.) ou ne savent pas comment y accéder concrètement.

Le manque de temps : Le rythme soutenu du service d'urgence ne laisse que peu de place à l'expression ou à la digestion émotionnelle. Après un décès, il faut souvent enchaîner immédiatement avec d'autres patient.e.s, sans possibilité de pause ni de traitement émotionnel.

Le tabou de la vulnérabilité : Dans la culture médicale, exprimer ses émotions ou montrer des signes de fragilité reste souvent perçu comme un aveu de faiblesse. Cette norme implicite empêche les jeunes médecins d'oser parler de leur mal-être ou de chercher du soutien.

La culture de la performance : L'environnement hospitalier valorise la maîtrise, l'efficacité et la résilience. Cette exigence de performance permanente pousse les jeunes médecins à enfouir leurs émotions et à adopter une posture « robotisée ».

Le déni : Pour certain.e.s, adopter une posture de détachement émotionnel est une manière de se protéger. Mais ce mécanisme de défense peut conduire à une forme de déni de la souffrance, empêchant ainsi toute élaboration psychique ou symbolique de la mort.

Pistes d'amélioration

Normaliser la demande d'aide : Créer un climat où demander du soutien n'est plus perçu comme un échec, mais comme un acte professionnel responsable.

Normaliser les discussions autour du vécu émotionnel : Parler de la mort et du ressenti qu'elle suscite doit devenir un réflexe professionnel, et non une exception.

Encadrer les premières confrontations à la mort dès la formation initiale.

Aborder la question de la mort dans toutes les disciplines médicales : La thématique devrait être intégrée dans l'ensemble du cursus médical, y compris au niveau postgrade (ex. *bedside teaching*), avec un accompagnement de la part de collègues plus expérimenté.e.s.

Changer le regard porté sur la mort dans la culture médicale : Trop souvent présentée comme un échec ou un ennemi à combattre, la mort devrait aussi pouvoir être reconnue comme une issue thérapeutique possible, au même titre que d'autres.

Méthodologie et objectifs

Cette recherche a été menée sous forme d'étude **qualitative**.

A partir d'une revue de littérature, nous avons établi un guide qui aborde les principales questions, identiques pour chaque expert.e. Les 11 expert.e.s ont été choisi en fonction de leur:

- rôle dans la formation pré- et postgraduée sur la mort et/ou les urgences
- expérience d'accompagnement intra et extra hospitalier
- compréhension de l'éthique clinique
- expertise psychiatrique

Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participant.e.s, puis intégralement transcrits afin de les analyser thématiquement.

Le guide permet de répondre aux objectifs suivants:

- identifier et évaluer les **structures à disposition** des jeunes médecins pour traverser les conséquences du décès d'un.e patient.e
- identifier et évaluer les **obstacles** qui peuvent compliquer l'expérience des médecins



Ressources

★ **Le soutien par les paires ou les cadres** : Offrent un espace de parole privé et personnel. Il est très inconstant en fonction des services où le temps manque, ou à cause de la culture de la compétition qui conditionne les jeunes médecins à ne pas montrer de faiblesses.

Ressources intra hospitalières :

- **RECAP** : Quelques minutes prises en fin de déchocage dans les urgences du CHUV. Résumer la prise en charge, Enseignements, Corrections immédiates, Améliorations futures, Poursuivre le travail
- Aumônerie, groupes de parole, psychologues de liaison, médecine du travail
- Programme "Seconde victimes"

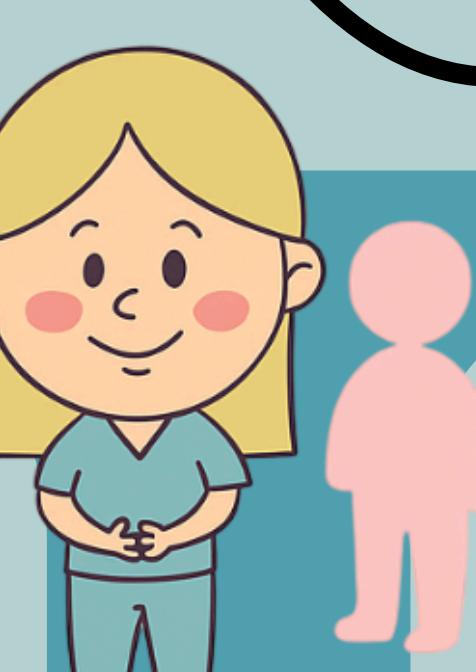
Ressources extra hospitalières :

- **REMED** : association de soutien au médecins, 2 heures d'entretien téléphonique

Ressources personnelles :

- Entourage, activité physique, sphère de vie

"Si [une direction d'institution] veut soigner ses patients, elle doit soigner le personnel"



Conclusion

En fonction du contexte du décès et personnel du de la médecin, l'expérience initiale peut être **neutre, négative** (culpabilité, évitement, trouble de concentration) ou **positive** (résilience, lien avec l'équipe, limites de la profession).

L'expérience d'un.e médecin lors de la mort d'un.e patient.e aux urgences est principalement influencée par le **climat professionnel au sein du service**.

Ces résultats permettent de répondre à nos objectifs d'identification et d'évaluation des ressources à disposition et des difficultés que les jeunes médecins peuvent rencontrer dans ce contexte.

Cette étude approfondit la compréhension de l'**impact** d'un décès d'un.e patient.e pour un.e médecin, des **ressources** disponibles pour y faire face, des **obstacles** à la mobilisation de celles-ci et de leur **potentiel**.