

Les médecins assistants en pédiatrie face à l'appréhension de la mort dans leur profession

Soline Berthet, Shireen Dulloo, Nayalie Franco, Eva Meier, Cassandre Moll

Introduction

La mort d'un enfant, d'un nourrisson ou d'un adolescent dans un service de pédiatrie est rare, mais peut être particulièrement marquante pour les soignants et pour les médecins assistants qui passent des bancs de l'université à la réalité de l'hôpital. D'après une étude menée au Children's Hospital of Philadelphia (USA) la quasi-totalité (96%) des médecins assistants de deuxième année en pédiatrie aurait déjà été exposée au moins une fois à la mort d'un patient (1). Il n'existe aucune étude sur le sujet mais nous pouvons inférer que la situation est à peu près similaire au CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois). De plus il a été démontré que la fin de vie pédiatrique est l'une des principales causes de stress vicariant pour le personnel soignant (2), détériorant ainsi leur santé psychologique et donc globale. Pour gérer ces situations il peut être nécessaire d'avoir des moyens de coping efficaces. Selon nous, les médecins assistants sont plus vulnérables de par leur manque d'expérience, nous avons donc choisi de nous intéresser à leur confrontation à la mort qui est peu étudiée. Nous nous sommes donc posées la question de recherche suivante: quelles sont les stratégies de coping et ressources personnelles et institutionnelles des médecins assistants en pédiatrie pour faire face à l'appréhension de la mort ?

Méthode

Pour répondre à cette question nous nous sommes fixé deux objectifs: identifier les mesures de coping (conscientes ou non) des médecins assistants en pédiatrie et néonatalogie du CHUV et évaluer les moyens mis en place à l'échelle institutionnelle du CHUV et de la Faculté de Biologie et de Médecine de Lausanne (FBM) afin de les aider. Nous avons d'abord fait une revue des articles scientifiques liés à cette thématique. Puis nous avons réalisé dix entretiens semi-structurés avec des médecins des unités pédiatriques des soins palliatifs, d'oncologie, des soins intensifs et du service de néonatalogie, ainsi que des intervenants de l'accompagnement spirituel, des ressources humaines (RH) et de la psychiatrie de liaison du CHUV, puis de l'Unité des Compétences cliniques de la FBM et de l'association Doctors and Death.

Résultats

Selon nos intervenants, il est courant d'observer des mécanismes de défense tels que l'intellectualisation, le cynisme et la distanciation émotionnelle du soignant. Le soignant peut aussi mal ou ne pas s'adapter à la situation, c'est l'identification ou le traumatisme. Beaucoup d'intervenants conseillent de conscientiser et de partager ses émotions, ce qui permet de témoigner de son vécu et de sortir de la solitude. Il a été mentionné que le médecin assistant peut trouver du sens à la mort en construisant un lien avec les familles des patients. Les proches du médecin assistant sont aussi d'une grande ressource en l'ancrant dans des liens positifs et le présent. Le recours à des rituels d'au revoir (tels qu'assister à l'enterrement) est une manière d'accepter la mort du patient; le CHUV organise pour cela la célébration du souvenir. Enfin l'importance d'entamer une réflexion spirituelle sur la mort a été soulignée. Comme ressources pré-graduées, il existe le cours à option "Vivre face à la mort" du Pr Tamchès et les séminaires de première année qui accompagnent la réflexion des étudiants autour de la mort. Cependant le seul enseignement obligatoire concerne les soins palliatifs en deuxième année de master et il n'a pas pour but de favoriser le développement spirituel des étudiants. Pour pallier au manque de dialogue sur le sujet, l'association Doctors and Death organise donc des échanges entre étudiants. Selon elle, ces derniers sont insatisfaits et demandent que la mort soit plus abordée durant leur cursus. Les médecins assistants du CHUV ont aussi à disposition des ressources institutionnelles; certaines sont ponctuelles et font suite à la mort d'un patient. Les débriefings sont ainsi des espaces de parole pour les soignants dont l'organisation varie beaucoup en fonction des unités et services. En cas de situation traumatisante la pédopsychiatrie de liaison peut être contactée et organise alors une cellule de crise. D'autres ressources sont disponibles en permanence, indépendamment des décès. Les soignants du CHUV peuvent témoigner anonymement des situations marquantes sur le PENbank (People/Professional Experience

Narrative). Pour un suivi plus approfondi le médecin assistant peut contacter la pédopsychiatrie de liaison, la médecine du personnel ou un accompagnant spirituel. Pour développer son identité professionnelle il peut demander une supervision en pédopsychiatrie. Les soins palliatifs pédiatriques peuvent aussi le soutenir si besoin. Enfin en cas de difficulté le médecin assistant peut être redirigé vers les RH de département. D'autres mesures sont plus spécifiques à chaque service ou Unité. Aux soins intensifs sont organisés un Tea Meeting hebdomadaire ainsi qu'un espace de réflexion sur la mort pédiatrique auquel participent les nouveaux médecins assistants. En néonatalogie les médecins cadres et assistants fonctionnent en binômes, ce qui favorise le partage d'expérience et la communication. Les médecins assistants ont donc de nombreuses ressources institutionnelles à leur disposition. Cependant celles-ci peuvent voir leur utilisation et développement limités par les contraintes exercées sur les médecins assistants. Ils travaillent beaucoup et sont évalués en permanence par les chefs de clinique. Ils se livrent donc peu aux médecins cadres et communiquent bien plus avec les infirmiers, aides-soignants et les autres médecins assistants. Leurs tournus fréquents limitent la construction de liens profonds avec les autres soignants. Enfin beaucoup sont encore soumis au mythe du médecin impassible et sont donc moins enclins à exprimer leurs émotions. Beaucoup ont également l'idée qu'ils sont soignants pour sauver ce qui entraîne une grande culpabilité et solitude lors d'un décès. D'autres ressources telles que les groupes de discussion Osler (2) et Balint ont été mentionnées mais ne sont pas encore instituées en pédiatrie et néonatalogie.

Discussion

Nous avons donc pu identifier un panel de différentes ressources institutionnelles et de stratégies de coping individuelles qui peuvent voir leur utilisation limitée par les contraintes exercées sur les médecins assistants. La littérature montre que les cours pré- et post-gradués au sujet de la mort ont un effet bénéfique sur la résilience des professionnels de la santé (2), notamment l'étude faite sur le cours à option "Vivre face à la mort" démontre qu'il a permis aux étudiants une prise de distance sur la question (4). Il a également été démontré que l'accompagnement spirituel et les débriefings des équipes sont bénéfiques pour les soignants (5). De plus l'expression des émotions est prouvée protectrice contre le déclin de la santé (6). Il reste cependant des éléments à améliorer. Les ressources disponibles sont très variables entre les unités et services, il pourrait être bénéfique aux médecins assistants de les étendre de façon systématique et transversale au sein du service de pédiatrie et de néonatalogie. D'autre part il a été suggéré à plusieurs reprises d'ouvrir plus précocement dans le cursus la réflexion autour de la mort. Il a été finalement proposé de donner plus de place dans le cursus et dans le milieu professionnel à l'expression et au partage des émotions.

Références

1. A.Trowbridge, T. Bamat, H. Griffis, E. McConathey, C. Feudtner, J.K. Walter. Pediatric resident experience caring for children at the end of life in a children's hospital, *Acad Pediatr*, 20 (2020), p.83
2. Dryden-Palmer, Karen MSN, RN, Garros, Daniel MD, Meyer, Elaine C., PhD, RN, Farrell, Catherine MD, FRCPC, Parshuram, Christopher S. MBChB, DPhil. Care for Dying Children and Their Families in the PICU : Promoting Clinician Education, Support and Resilience
3. Sabine Giroud, Anouk Grandjean, Fritz-Patrick Jahns, Ludovico Cobuccio, Julien Castioni, Nicolas Grasset, Claudio Sartori, Michael Saraga. Le groupe « Osler » : une nouvelle opportunité pour réfléchir sur le « devenir médecin »
4. Emmanuel Tamchès, Lazare Benaroyo, Marc Antoine Bornet, Jean-Pierre Hornung, Gian Domenico Borasio. Vivre face à la mort : faire prendre du recul à des étudiants de médecine lausannois
5. Ruishuang Zheng, Susan Fiona Lee, Melissa Jane Bloomer. How nurses cope with patient death : A systematic review and qualitative meta-synthesis
6. Michael A Hoyt, Ashley Wei-Ting Wang, Ian A Boggero, Tory A Eisenlohr-Moul, Annette L Stanton, Suzanne C Segerstrom. Emotional approach coping in older adults as predictor of physical and mental health

Mots clés: end-of-life; pediatric-residents; coping-strategy; physician-assistants; coping-behavior; coping-skills



Les médecins assistant.e.s en pédiatrie face à l'appréhension de la mort dans leur profession

Soline Berthet, Shireen Dulloo, Nayalie Franco, Eva Meier, Cassandre Moll

CONTEXTE

- D'après une étude américaine, 96% des médecins assistant.e.s de deuxième année en pédiatrie auraient déjà été exposés au moins une fois à la mort d'un.e patient.e. (1)
- La fin de vie pédiatrique est l'une des principales causes de **stress vicariant** pour le personnel soignant et donc de détérioration de leur santé mentale. (2)
- Pour y faire face, il est nécessaire d'avoir des moyens de coping efficaces, or le **manque d'expérience** des médecins assistant.e.s rend **plus vulnérables**.

« Biologiquement, on n'est pas programmé.e pour voir un enfant mourir »
- médecin de néonatalogie

OBJECTIFS

1. Identifier les **mécanismes de coping** (conscients ou non) des médecins assistant.e.s.
2. Evaluer les **moyens mis en place** à l'échelle institutionnelle (CHUV et FBM) pour les aider dans cette démarche.

MÉTHODE

Dans un premier temps, nous avons fait une **revue des articles scientifiques** liés à cette thématique. Nous avons ensuite réalisé **dix entretiens semi-structurés**.

Notre population cible étant les médecins assistant.e.s du CHUV, nous avons interrogé des médecins de différentes Unités du service de pédiatrie (soins intensifs, oncologie, soins palliatifs) ainsi que de néonatalogie, un psychiatre de liaison, les ressources humaines du CHUV, un accompagnant spirituel, l'Unité des Compétences cliniques de l'Ecole de médecine et l'association estudiantine Doctors and Death.

RÉSULTATS

À travers les entretiens, nous avons identifié de nombreuses **ressources** personnelles et institutionnelles pouvant accompagner la.le médecin assistant.e dans sa **confrontation à la mort pédiatrique**. Les ressources institutionnelles listées peuvent varier d'une unité pédiatrique à l'autre. Certains freins au développement de ces ressources ont été mis en lumière.

Mécanismes de coping individuel

- Spiritualité : ouvrir une réflexion sur la mort et comprendre ce qu'elle représente pour soi
- Rituels d'au revoir pour aider au deuil
- Exprimer ses besoins et ses émotions
- Développer les ressources dans sa vie privée
- Soutien réciproque entre médecin assistant.e et famille
- Les mécanismes de défense : intellectualisation, cynisme, distanciation

Ressources institutionnelles indépendantes du décès

- Psychiatrie de liaison
- Médecine du travail
- Département des Ressources Humaines
- Accompagnant.e spirituel.le
- Groupe de discussion (Balint, Osler)
- Cours théorique ou pratique pré-/post-gradué

Ressources institutionnelles mises en place dans un contexte de mort pédiatrique

- Débriefing
- L'expertise des soins palliatifs pédiatriques

Freins

- L'image du.de la médecin impassible et sauveur.euse
- Le temps limité
- La pression de l'évaluation
- Le manque d'expérience

PARLONS - EN !

La littérature converge avec nos résultats pour valider l'efficacité des ressources suivantes:

- **Les cours pré-post-gradué sur la mort** : effet bénéfique sur la résilience des professionnel.le.s de la santé ainsi qu'une prise de distance sur la question la mort
- **Ressources institutionnelles** : accompagnement spirituel et débriefing des équipes
- **Mécanisme de coping individuel** : l'expression des émotions a un effet protecteur sur la santé

Cependant, celles-ci peuvent voir leur **utilisation** et leur **développement limités** par les contraintes exercées sur les médecins assistant.e.s. La mort est très peu abordée en formation pré-gradué, et les cours ou ressources disponibles en post-gradué ne sont pas homogènes entre les Unités de pédiatrie et le service de néonatalogie.

Amélioration et prochains défis à relever

- Laisser plus de place aux **émotions**, dans le cursus académique comme dans le milieu professionnel.
- Étendre les ressources institutionnelles de façon **systématique et transversale** au sein des services de pédiatrie et de néonatalogie.
- Aborder le sujet **plus tôt** dans le cursus pour ouvrir à la réflexion.

« Pour un.e médecin assistant.e qui commence, la question de la solitude est souvent la plus dure »

- psychiatre de liaison

Référence :

(1) A.Trowbridge, T.Bamat, H.Griffis, E.McConathey, C. Feudtner, J.K.Walter. Pediatric resident experience. Caring for children at the End of life in a children's hospital. - University of Pittsburgh Cancer Institute, Acad Pediatr, 20 (2020), p.83

(2) Dryden-Palmer Karen, Garros Daniel, Meyer Elaine C., Farrell Catherine, Parshuram Christopher. Care for dying children and their families in PICU : Promoting clinician education, support and resilience

Mots clés : end-of-life, pediatric-residents, physician assistants, coping behavior, coping skills

Remerciements: Nous remercions chaleureusement les différent.e.s intervenant.e.s ayant accepté de nous livrer leurs expériences et idées pour ce travail ainsi que notre tutrice Mirjam Schuler-Barazzoni pour ses précieux conseils. Nous remercions également Axel Palmieri pour ses illustrations.

Contact (emails):

soline.berthet@unil.ch, shireen.dulloo@unil.ch, nayalie.franco@unil.ch, eva.meier.1@unil.ch, cassandre.moll@unil.ch