

réflexion

ACCOMPAGNEMENT

Le deuil du professionnel de santé, un deuil à part ?

Enjeux et repères pour les directions

Les questions liées à la perte et au deuil sur le terrain professionnel sont souvent catégorisées comme relevant de l'ordre du domaine personnel ou privé. Or, elles s'intriquent avec la sphère professionnelle, l'individu ne pouvant dissocier ces deux entités qui le constituent. En tenant compte de la pluralité des deuils à l'œuvre dans la vie des professionnels de santé, de quelle manière et sous quelles formes penser un accompagnement ajusté aux besoins individuels et collectifs? Sous l'angle de la qualité de vie au travail, mais aussi de la prévention des risques psychosociaux, comment accompagner la reprise ou la poursuite de l'activité professionnelle dans ce contexte de deuil ?

Les professionnels de santé représentent-ils une population spécifique qui serait plus à risque de développer des deuils compliqués du fait de leur travail? Quel impact un deuil personnel a-t-il chez le professionnel de santé? L'exposition régulière à la perte, à la mort et au deuil impacte-t-elle le déroulement du deuil? Ou, inversement, le fait d'être en deuil influence-t-il son activité professionnelle?

De quel(s) deuil(s) parle-t-on?

Rappelons que le deuil signifie «la douleur, l'affliction que l'on éprouve de la mort de quelqu'un, état de celui qui l'éprouve» (Larousse). En mettant en exergue la douleur, le chagrin consécutif à la mort d'un proche, nous concevons que le vécu de perte se niche au cœur du processus du deuil. Le vécu du deuil, en confrontant la personne à la mort d'un proche, renvoie, en écho, à des pertes, tout au long de l'existence. Celles-ci peuvent à la fois concerner des pertes d'objets réels et des pertes symboliques. Lorsqu'on parle du deuil chez les professionnels de santé, il est donc nécessaire de distinguer ce dont il est précisément question, au risque de réduire le deuil à la question de la mort réelle. Plusieurs problématiques bien différenciées s'inscrivent dans cette thématique: le deuil suite au décès d'un patient, le deuil suite au décès d'un(e) collègue et le deuil personnel. Celles-ci questionnent non seulement la rupture

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) regroupe les principaux acteurs français du mouvement des soins palliatifs. Elle permet notamment un espace de réflexion, de recherche, de recommandations et de formation autour de différents groupes de travail, dont un sur la thématique du deuil. Les membres de ce groupe Deuil sont des professionnels (médecin, infirmière, psychologue, travailleur social, philosophe, représentant des cultes), mais aussi des bénévoles d'associations d'accompagnement. La question du deuil étant très vaste, des pistes de réflexion plus précises sont au travail avec le même objectif: sensibiliser et informer les acteurs du soin aux spécificités de cette période du deuil afin qu'ils puissent l'accompagner au mieux.

La question du deuil chez les professionnels de santé est apparue rapidement comme une réflexion nécessaire. En effet, nos expériences respectives nous ont amenées à identifier à quel point la problématique du deuil est omniprésente et paradoxalement peu abordée de façon explicite sur les lieux de soin ou en formation, ou alors toujours sous l'angle du deuil des familles, mais rarement en partant de l'expérience des soignants. Pourtant, plusieurs questions devraient attirer l'attention des institutions, tant les enjeux qui les recouvrent sont d'une importance cruciale pour l'équilibre émotionnel, la bonne santé psychique et la qualité de vie au travail des soignants.

Lucile ROLLAND-PIEGUE

Psychologue clinicienne
Équipe mobile de soins palliatifs
CH Rives-de-Seine, Puteaux

Blandine CHEMIN SAUQUE

Psychologue clinicienne libérale

Sophie GIDROL

Infirmière palliatothérapeute libérale

Rozenn LE BERRE

Docteure en philosophie
Enseignante-chercheuse
Centre d'éthique médicale
Institut catholique de Lille

Laure SIZAM-GUILLEMIN

Psychologue clinicienne
Unité de soins palliatifs
Hôpital La Porte verte
Versailles

Yael TINSEAU

Cheffe de service, directrice
adjoite par intérim Appartements
de coordination thérapeutique et
intermédiation locative 63
Groupe SOS Solidarités
Clermont-Ferrand

d'investissement et la perte, l'identité professionnelle, et ce dans un parcours professionnel qui évolue, mais aussi l'orientation donnée au travail.

Le deuil suite au décès d'un patient

Le deuil est souvent associé au concept d'attachement. On ne parle de deuil que s'il y a un lien particulier, un lien d'attachement affectif avec la personne décédée. On peut donc s'interroger sur la pertinence du terme «deuil» lorsqu'il est utilisé dans ce contexte. Peut-on dire que les professionnels de santé sont attachés à leurs patients? Il est tout à fait légitime d'être touché par la mort d'une personne dont on s'est occupé pendant un certain temps, à qui on a prodigué des soins avec une certaine proximité physique et un engagement émotionnel. Notre humanité est inévitablement sollicitée, ce qui relève du nécessaire et peut même être entendu comme une position rassurante car empathique. Comment s'occuper de personnes vulnérables sans y mettre un peu de soi, au-delà des enjeux purement professionnels? La question se pose d'autant plus dans les Ehpad et autres lieux de vie médico-sociaux, où les résidents restent souvent plusieurs années: ces relations de soin peuvent être fortement investies de part et d'autre, car l'engagement affectif y est une nécessité pour mobiliser le désir de vie et pour soutenir le sentiment de solitude souvent très prégnant. Il arrive que ces relations de soin soient traversées d'enjeux psychiques propres à nos histoires et puissent faire écho à nos attachements familiaux ou personnels. Au décès de ces patients, c'est donc bien une perte affective qui se joue, avec la nécessité de redéployer ses investissements affectifs vers d'autres usagers, ce qui ne peut se faire dans l'urgence et dans la facilité.

Au-delà de la question de l'attachement, il nous semble important de considérer ce que le professionnel de santé perd lorsqu'un patient meurt et qui vient interroger ce qui est de l'ordre des pertes symboliques. Il s'agit probablement de la perte d'un idéal de soin où la mort serait vécue comme un échec: la mort des patients viendrait écorcher cet idéal, ce qui peut déstabiliser le professionnel. Il y a aussi le deuil symbolique de sa toute-puissance à pouvoir éviter la mort en tant que professionnel; le deuil de la mort idéale, pacifiée, apaisée, alors que de nombreuses situations cliniques montrent que cela est loin d'être aussi évident. Il en résulte une culpabilité et une désillusion profonde, portant atteinte à la confiance en soi, écornant ses aspirations et ses valeurs personnelles, fragilisant la confiance en l'autre (l'équipe, les collègues...). Il convient donc d'avoir une vigilance accrue lorsque les professionnels expriment une difficulté après le décès de patients afin d'identifier les enjeux psychiques à l'œuvre, mais également, et de façon tout aussi signifiante, ce qui relève de cette perte symbolique qui peut altérer le sens que le professionnel donne à son travail.

Le deuil suite au décès d'un(e) collègue

Lorsque la mort touche un pair, la fonction protectrice du statut de professionnel est altérée. La stratégie de mise à distance, usuelle lorsque la mort concerne un patient, n'est plus ajustée. Le groupe d'appartenance n'est plus épargné,



la mort devient donc menaçante et plus réelle pour soi. Il y a donc une identification pouvant entraîner un ébranlement identitaire et émotionnel pour les professionnels. Si la mort peut désormais toucher un membre de l'équipe, chacun peut se sentir menacé, en danger. L'ensemble du groupe de professionnels peut être fragilisé, ce qui mobilise les ressources psychiques, au niveau individuel comme collectif. La vulnérabilité individuelle et collective semble menacer les capacités des professionnels à prendre soin, de façon adaptée et ajustée, et interroge l'identité professionnelle des soignants souvent associée à des capacités de mise à distance, de performance et de solidité: comment va-t-on pouvoir incarner de «bons» soignants lorsqu'on se sent fragiles et menacés? Les conséquences peuvent donc varier selon le fonctionnement et les ressources de l'équipe. Face à un suicide de collègue, la question du sens de cet acte peut rapidement émerger. Si, dans le deuil après suicide, le «pourquoi» est universel, il prend ici une dimension d'autant plus vertigineuse chez ceux qui tentent de nourrir jour après jour leur conviction que la vie, même dans ses aspects les plus sombres, persiste à avoir un sens, c'est-à-dire une logique interne, et une direction, aussi mystérieuses soient-elles. Comment aurait-on pu l'éviter? Cette question sous-tend un ressenti de culpabilité important qui peut émerger chez le professionnel qui estime ne pas avoir pu éviter le suicide de son

collègue alors même que son travail consiste à prendre soin des autres (patients, proches). Si le suicide a lieu dans l'institution où le professionnel exerce, cet acte peut être vécu comme la profanation d'un lieu sacré où l'on soigne et encourage la vie, même dans ses plus infimes expressions. Ce deuil est donc teinté d'identification et de culpabilité. Le professionnel perd alors un collègue, mais également un sentiment de sécurité, de protection face à la mort qui ne concerne plus seulement l'autre (le patient).

Le deuil personnel d'un professionnel de santé

La perte d'un proche mobilise la majorité de l'énergie psychique disponible. L'endeuillé peut ressentir une grande fatigue, tant physique que psychique. Cet état, fluctuant en termes de durée et d'intensité, peut avoir des conséquences sur les relations, et *a fortiori* les relations aux usagers (patients et proches). Il peut être difficile d'être disponible psychologiquement pour investir ces relations interpersonnelles qui interrogent l'identité et la posture professionnelles. Par ailleurs, face à la maladie et à la mort, les professionnels de santé sont confrontés au quotidien à la question de la perte; le professionnel endeuillé peut être dans l'identification projective, c'est-à-dire qu'il peut reconnaître dans les situations qu'il rencontre dans son activité professionnelle des caractéristiques

qui lui appartiennent et le renvoient à sa propre histoire. Sa subjectivité se trouve alors décuplée, rendant sa régulation émotionnelle plus compliquée, avec des risques de débordement le fragilisant. Le professionnel peut être traversé par des mouvements psychiques importants, générant d'éventuels phénomènes de surprotection vis-à-vis de l'autre, de mise à distance, d'agressivité, de colère, laissant souvent l'équipe déroutée. Ces phénomènes, tout à fait propres à la période du deuil, peuvent être exacerbés dans le champ du soin. Cela suppose, si ce n'est un accompagnement spécifique, au moins une attention particulière afin de prévenir d'éventuelles complications de deuil.

Les besoins des soignants dans le soutien au deuil

Si le deuil est universel, les réponses apportées à l'accompagnement de ce processus et de cet état ne peuvent l'être. En revanche, des points de repère, développés ci-après, pourraient permettre à ceux exerçant des fonctions managériales de s'ajuster aux besoins premiers des professionnels de santé touchés par ces situations. Plus encore, nous envisageons ces dispositions, au-delà de leur dimension humaniste et solidaire, comme un socle préventif des éventuelles complications du deuil au sens large, et comme un point d'ancrage du lien de confiance entre tous les acteurs de l'institution. Quelle que soit la nature de la perte et des deuils qu'elle génère, les soignants rapportent toujours unanimement en priorité le besoin d'être soutenus, accueillis dans ce dont ils ont à témoigner, écoutés dans leur éprouvé, compris dans leurs difficultés, respectés dans leur rythme et dans leurs limites. Le deuil, en tant que processus, est un mouvement perpétuel fait d'intégration et de régression, nécessitant un accordage constant. C'est à cette délicate fonction que sont attendus les encadrants et dirigeants de l'institution: une posture qui contient, reçoit, écoute, sans chercher en première intention à modifier la perception que chacun peut avoir de la situation. Cette première étape est fondamentale puisqu'elle est inaugurale de la mise en mots, de la possibilité de rendre pensable l'impensable, et nommable l'indicible. Partagée, la souffrance du professionnel en deuil peut enfin résonner dans le cadre d'un échange qui, en lui donnant sa juste place, évite qu'elle envahisse tout l'espace. Il paraît essentiel qu'une figure connue et familière de l'institution soit en première ligne de ces échanges (cadre, cadre supérieur(e), direction des soins...), plutôt que d'inclure en première intention une figure étrangère, ce qui pourrait être vécu comme un défaussement, quand bien même l'intention serait toute autre. Cette figure représentative de l'institution doit pouvoir s'appuyer sur les ressources internes, en sollicitant par exemple les psychologues de la structure, afin de recueillir leurs éclairages, leurs conseils et de préparer ces temps d'échanges collectifs qui pourront être menés en coanimation.

Lorsqu'un professionnel a perdu un proche, il est important de voir avec lui-même ce qu'il souhaite transmettre comme informations à ses collègues. Les besoins sont alors propres à chacun: pour certains, il s'avère important de partager ce moment difficile, d'être soutenus par les collègues; pour



INFORMATION

Un webinaire pour les équipes de direction et d'encadrement

Le mardi 21 mai, de 12 h à 13 h, le groupe de travail Deuil de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) animera un webinaire spécial à destination des directions (directeurs, DRH, DSI) et encadrants (cadres de santé) de structures hospitalières et médico-sociales.

Plusieurs objectifs:

- donner des connaissances et des repères sur le deuil, en particulier chez les professionnels de santé,
- identifier les ressources institutionnelles et des professionnels confrontés au deuil directement ou indirectement,
- comprendre la dimension collective du deuil dans l'organisation des institutions.

Information/Inscriptions : <https://www.sfap.org/journee-thematique/web-seminaire-le-professionnel-de-sante-endeuille-quels-reperes-pour-les>

d'autres, cette perte étant dans la sphère intime, le cloisonnement des espaces permet au contraire de « souffler » en n'abordant pas ce sujet dans le milieu professionnel. Quel que soit le choix du professionnel, il est à respecter afin de ne pas générer une certaine forme de violence. Néanmoins, cela ne doit pas écarter une préoccupation et une vigilance au moment du retour du professionnel sur son lieu de travail. Il faudra être attentif, si le professionnel a choisi de ne pas en parler dans son équipe, au risque potentiel des « bruits de couloir ». Il convient de trouver une juste information tenant compte du souhait de discrétion du professionnel et de la nécessité d'en dire quelque chose aux équipes d'une façon simple et factuelle.

À la reprise du travail du professionnel endeuillé, des informations concernant le droit au congé deuil, prévu dans le cadre du droit du travail et selon les conventions applicables à chaque établissement, pourront lui permettre de s'absenter de son poste plus sereinement. Des droits divers selon les situations peuvent être accessibles : capital décès, pension de réversion, allocation veuvage, allocation de soutien familial, capital spécifique, mutuelles... Les démarches administratives consécutives à un deuil sont complexes. Il est pertinent de pouvoir faire appel à un soutien social pour faire face aux lourdeurs administratives et apporter un appui et un espace de parole supplémentaire.

Dans la situation plus spécifique d'un passage à l'acte suicidaire, qu'il concerne un patient ou un collègue, la priorité devra être donnée au soutien et au débriefing de l'équipe, afin d'éviter les effets posttraumatiques (sidération, dissociation traumatique, flashes et réminiscences...), tout en renforçant les capacités et ressources de chacun pour intégrer l'événement et le dépasser. Si les directions sont par ailleurs elles-mêmes confrontées à d'autres problématiques (obstacles médico-légaux et enquête de police, plainte déposée par la famille...), il nous semble pertinent que la recherche d'un responsable n'apparaisse pas comme étant le premier objectif de ces temps d'écoute et d'échanges. Il sera plus aisé d'aller du côté de la remise en question institutionnelle s'il y a eu reconnaissance de la violence ressentie par l'équipe de professionnels.

Annoncer ces pertes, évoquer ces deuils

Véritable acte fondateur de l'élaboration collective et de la confrontation au réel, l'annonce est un moment aussi nécessaire que redouté. Si l'établissement d'un protocole d'annonce ne nous paraît pas réaliste tant les situations singulières nécessitent des ajustements spécifiques, nous souhaiterions néanmoins proposer quelques balises favorables à sa réalisation :

- le choix de l'annonceur : comme il interviendra lui-même en qualité de messenger de la mauvaise nouvelle, il conviendra d'interroger au préalable l'impact du décès sur lui-même. Connaît-il le défunt ? Présente-t-il un lien d'attachement professionnel avec lui ? Y a-t-il une résonance affective professionnelle ou personnelle incompatible avec cette charge ?
- la réalité de la mort doit être nommée sans métaphore ni évitement langagier, de manière à rendre explicite l'évènement. L'enjeu est alors d'explicitier ce dernier pour limiter la production de fantasmes : la mort amène bien souvent son

lot de déliaison psychique, engendrant rumeurs et bruits de couloir. Les faits transmis doivent être factuels, sans interprétation ni supposition. Chacun tissera collectivement et individuellement la trame d'un récit pour se raconter les faits, à sa manière, trame elle-même colorée de la subjectivité de chacun. Mettre en mots ce récit le fait exister, le rend nommable, dicible et surtout partageable, pour soi et pour l'équipe ;

- la question du cadre est à réfléchir en amont de toute annonce : dans le contexte du décès d'un patient, celui-ci est en général réalisé dans et par le service de soin. En revanche, dans le cadre de l'annonce d'un suicide, le lieu est à définir pour optimiser l'effet de contenance et symboliser la portée collective d'un tel événement (s'il s'agit d'une annonce à un grand groupe, privilégier l'intérieur plutôt qu'un hall ou l'extérieur), avec des moyens techniques au niveau du son (pour que chacun puisse entendre réellement ce qui est dit et non répété par le voisin). Si cela est annoncé par mail, il faut veiller à avoir réfléchi à la *mailing list* en amont pour n'oublier personne et rédiger le texte à plusieurs pour s'assurer de sa clarté. Si l'annonce concerne le décès d'un collègue, une réflexion sur le cadre devra être menée au préalable et prise en considération. Connaître la date des obsèques, si les proches sont d'accord pour la communiquer, pourra permettre à ceux qui le souhaitent de s'y rendre ou de réfléchir à une action commune (envoi de fleurs, courrier de condoléances...).

Ces différentes situations nécessitent une réflexion d'équipe pour créer ses propres fonctionnements. Ainsi, si l'on peut identifier la pertinence de protocoles pour ne rien oublier dans la démarche, face à la survenue d'un décès qui vient faire rupture, il s'agit avant tout de formaliser ce que « faire équipe » veut dire. Le protocole, en ce sens, ne s'inscrit pas dans une démarche purement formelle, appelant à respecter des règles de façon non consciente, mais suppose, en amont, une réflexion éthique collective sur les pratiques de soin et les enjeux de l'accompagnement, pour une équipe

singulière: pourquoi avons-nous besoin de normes collectives pour aborder ce type de situation? Que faire pour bien faire? Lorsqu'un décès vient faire rupture dans une équipe, la démarche éthique sous-jacente au suivi d'un protocole met à l'épreuve ce qui tient l'équipe ensemble et permet d'aborder la question du sens, mais aussi des conditions et des moyens pour «bien» faire. Il semble alors pertinent de lier la question des repères que l'on peut se donner dans ce type de situation avec une démarche éthique initiée dans l'équipe ou dans l'établissement, que ce soit au sein d'un

groupe de travail institutionnel ou d'une réflexion collective et participative permettant d'établir un modèle de protocole. Il est question par-là d'explorer des pistes étayées pour l'équipe (en se reposant sur un cadre auquel on a contribué à participer), qui soient contributives d'une démarche éthique en accord avec les recommandations les plus récentes (certification des établissements de santé 2023).

Quels dispositifs de soutien?

Le repérage des besoins de chacun devrait par ailleurs constituer une seconde priorité pour évaluer les dispositifs de soutien les plus adaptés. Si l'on a parfois coutume de vouloir organiser des groupes de parole lorsqu'un décès est survenu au sein d'un service de soin, reste à définir si cette proposition répond aux attentes et besoins de chacun. Dans les situations à fort potentiel traumatogène (un suicide par exemple ou un décès particulièrement violent), la pertinence de ces groupes de défusing ou débriefing se vérifie s'ils sont mis en œuvre dans un délai très court (dans les heures qui suivent pour le défusing et dans les 24 à 72 heures pour le débriefing); au-delà de ce délai, ils perdront une partie des bénéfices qu'ils sont supposés apporter (déchoquage, prévention du stress posttraumatique, intégration de l'événement d'un point de vue neuro-psycho-émotionnel). Des groupes organisés à trop longue distance des événements douloureux risquent d'être peu investis, ou investis de manière ambivalente ou désabusée. Cela pourrait être l'expression symptomatique du non-sens de cette proposition, en décalage d'une part avec les besoins, d'autre part avec la perception qu'il est désormais «trop tard» pour métaboliser ce qui n'a pu l'être, de la même manière qu'un garrot posé plusieurs heures après une hémorragie perdrait de son intérêt premier.

Lorsque le décès concerne un membre du groupe professionnel, il paraît nécessaire de faire appel à une ressource extérieure (psychologue d'un autre service de soin ou d'un établissement voisin) puisque tous les acteurs en présence seront pris dans des enjeux affectifs trop importants pour occuper une place de tiers dans la conduite de ces groupes. Enfin, lorsque le deuil concerne une perte personnelle et non professionnelle, plusieurs orientations seront envisagées en fonction des besoins de l'endeuillé et de l'intensité des symptômes qui l'animent: consultation auprès de la médecine du travail et/ou du psychologue du travail; relais auprès des centres médico-psychologiques; associations dédiées à l'accompagnement du deuil, ligne d'écoute téléphonique; psychologues et psychiatres libéraux sensibilisés à cette problématique.

Pour conclure, nous avons souhaité mettre en avant le caractère pluriel du deuil et la subjectivité de son vécu, qui impliquent que celui-ci ne fasse pas l'objet de procédures désincarnées de la réalité de ce terrain particulier que représente le champ du soin. Le soutien des professionnels de santé est à envisager comme un des moyens de prévenir des risques psychosociaux. Il convient à chaque institution de co-construire son propre dispositif afin qu'il soit le plus adapté possible aux besoins de ses professionnels. ●

BIBLIOGRAPHIE

Pour aller plus loin

- M. Baussant, A. Bercovitz, « Accompagner le deuil : des repères pour les soignants », *Médecine palliative*, juin 2011, vol. 10, n° 3, p. 125-129.
- P. Brillon, *Entretenir ma vitalité d'aidant. Guide pour prévenir la fatigue compassionnelle et la détresse professionnelle*, Éditions de l'homme, 2021.
- I. Godard Auray, *Vivre le deuil autrement. Relation de soin : un espace de transition et d'accompagnement*, Chronique sociale, 2018.
- E. Goldenberg, « Comment aider des soignants en souffrance ? », *Soins infirmiers*, 1998, n°5, p. 11-15.
- P. Jenny, « La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs », *Info Kara, revue francophone de soins palliatifs*, 2007, vol. 22, n°1, p. 3-11.
- M. Maubon, *Deuil de soignants : une souffrance à penser*, Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon, 2011.
- L. Rolland-Piègue, S. Träger, *Rester soignant devant la mort*, Le Coudrier, 2024.
- F. Schepens, *Les Soignants et la Mort*, Érès, 2016.

ZOOM

La Chaire de Philosophie à l'hôpital

Dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury, cette chaire hospitalo-académique est liée au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. À travers un dispositif recherche et enseignement, de formation et diplomation, d'expérimentation et déploiement, cette chaire aspire à inventer la fonction soignante en partage et l'alliance efficiente des humanités et de la santé.

Ses thématiques de recherche s'articulent autour de cinq pôles: Philosophie clinique et savoirs expérientiels/ Santé connectée et intelligence artificielle/Design capacitaire/Résilience et clinique du développement/ Nature et patrimoine en santé. La chaire abrite par ailleurs un espace doctoral composé de douze doctorants.

Les prochains articles porteront, entre autres sujets, sur les arts visuels comme soin en chirurgie pédiatrique, la recreation du lien entre nos aînés les plus vulnérables, la population et le territoire, le bilan de compétences après cancer, la sensibilisation du grand public aux «derniers secours», les transformations de la chirurgie...

www.chaire-philos.fr

