



**HAL**  
open science

## Aider les internes à mieux accompagner les patients en fin de vie grâce à un atelier d'expression

Catherine Perrot, Carole Pelissier, Georges Arbuz, Aurélie Buisson, Régis Gonthier, Etienne Ojardias, Thomas Celarier

### ► To cite this version:

Catherine Perrot, Carole Pelissier, Georges Arbuz, Aurélie Buisson, Régis Gonthier, et al.. Aider les internes à mieux accompagner les patients en fin de vie grâce à un atelier d'expression. *Médecine Palliative*, 2020, 19, pp.223 - 228. 10.1016/j.medpal.2019.06.006 . hal-03491622

**HAL Id: hal-03491622**

**<https://hal.science/hal-03491622v1>**

Submitted on 22 Aug 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

# Aider les internes à mieux accompagner les patients en fin de vie grâce à un atelier d'expression

## Preparing junior doctors support end-of-life patients through an expression workshop

**Catherine PERROT<sup>1</sup>, Carole PELISSIER<sup>2</sup>, Georges ARBUZ<sup>3</sup>, Aurélie BUISSON<sup>1</sup>, Régis GONTHIER<sup>1</sup>, Etienne Ojardias<sup>1</sup>, Thomas CELARIER<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Service de gérontologie clinique, CHU de Saint-Etienne, Faculté de médecine Jacques Lisfrance, COMU Lyon, France, 0477427034 ; <[thomas.celarier@chu-st-etienne.fr](mailto:thomas.celarier@chu-st-etienne.fr)>

<sup>2</sup> Univ Lyon, Univ Lyon 1, IFSTTAR, UMRESTTE, UMR T9405, 69008 Lyon, France; Service de Médecine et Santé au Travail, Hospices Civils de Lyon, Lyon 69002, France. 04788861568 ; [carole.pelissier@chu-lyon.fr](mailto:carole.pelissier@chu-lyon.fr)

<sup>3</sup> Centre d'Etudes Gérontologiques Ville-Hôpital de l'Hôpital Bretonneau, Paris, France. 06 14 83 90 10 ; [arbuz@club-internet.fr](mailto:arbuz@club-internet.fr)



**Résumé.** Les décès sont potentiellement fréquents à l'hôpital et notamment en gériatrie. Les internes en médecine se déclarent en difficulté pour assurer un accompagnement médical de qualité dans les situations de fin de vie. Afin de les soutenir dans leur formation clinique nous rapportons l'expérience d'ateliers d'expression mensuels, neutres, confidentiels pour leur permettre d'adapter leur pratique et prévenir les risques psychosociaux inhérents à la confrontation avec la mort.

**Mots clés :** formation pratique, risques psychosociaux, soins palliatifs, stratégie d'adaptation, groupe, psychologue.

#### **Points-clés**

- La confrontation à la mort en médecine gériatrique est fréquente et peut induire des facteurs de risques psychosociaux pour les internes, tels que : l'écart entre l'idéal de l'interne et le « vrai » travail, le contexte traumatique de certains décès, le poids des attentes réelles ou fantasmées des patients et de leurs proches.

-Pour bien accompagner le patient au terme de sa vie ainsi que ses proches, il est essentiel que les jeunes médecins soient eux-mêmes étayés psychiquement dans leurs interrogations et leurs ressentis.

-Exprimer son ressenti dans un cadre spécifique (avec des conditions d'assiduité, de non-jugement et de confidentialité), partager les expériences avec des pairs, travailler sur les représentations de la fin de vie favorise une meilleure adaptation pour faire face au stress (coping).

## Introduction

De tout temps, la confrontation avec la mort a fait partie du quotidien du médecin. Mais depuis plusieurs années, les bouleversements sociétaux questionnent le sens de nos pratiques soignantes (1), et la littérature scientifique décrit les situations de fin de vie comme pouvant être des situations de stress et à caractère de Risques Psychosociaux (RPS), au sens de «risques pour la santé, mentale et physique, créés au moins en partie par le travail à travers des mécanismes sociaux et psychiques »(2). Dans ce contexte, un travail de prévention du burnout des internes en médecine s'avère nécessaire (3).

Alors qu'une faible place lui est donnée dans le cursus médical, la mort du patient est une situation fréquente dans un service de gériatrie. Si depuis plusieurs années, des dispositifs d'écoute et de soutien sous forme d'Analyse des Pratiques Professionnelles sont proposés aux équipes de soin de ces unités, en revanche jusqu'à ce jour, l'impact psychologique et émotionnel sur les jeunes médecins y réalisant leur internat a été peu évalué et pris en compte. Or **face aux angoisses et nombreuses questions liées aux situations de fin de vie qui se posent à lui, comment le jeune médecin peut-il alors contribuer à un meilleur accompagnement de la fin de la vie du sujet âgé ?**

Consciente des difficultés rencontrées par les internes confrontés à ces situations, l'équipe médicale du service de Médecine gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne, en collaboration avec la Faculté de médecine et le service de Soins Palliatifs a mis sur pied à leur intention un dispositif pour prévenir le stress lié à la fin de vie, fondé sur l'expression des ressentis et un travail de réflexion.

## Méthodologie

Nous avons proposé aux internes du service de Médecine Gériatrique, soit à 10 étudiants étant majoritairement en première année d'internat de DES de gériatrie ou de médecine générale, de participer à un dispositif d'écoute groupale sous forme d'atelier d'expression médiatisé d'1h30, se déroulant 1 fois par mois tout au long du semestre.

Pour faciliter la verbalisation et la communication de ressentis de situations difficiles, d'« idées non formulées jusque-là » (M.), nous avons choisi d'utiliser la médiation Photolangage®(4). Cet outil est en effet une aide à la mise en représentation d'éprouvés difficiles, « au partage avec d'autres de ce qui pouvait être indicible » (L.), tout en respectant les défenses de chacun. Le Photolangage® favorise une mise en lien du registre cognitif avec celui du registre de l'affectivité, un travail de réflexion et un changement des représentations des participants. Un psychologue accompagne le travail du groupe, veille à la confidentialité et au non-jugement, assure une écoute de qualité, respectueuse de l'expression de chacun. L'obligation d'assiduité portée par l'équipe médicale encadrante, soutient l'engagement et l'implication des internes. Chaque séance est organisée à partir d'une question faisant cadre (ex : « ce qui est positif/négatif pour moi dans les situations de fin de vie ? », « les liens avec les familles du sujet âgé mourant », « ai-je l'impression de pouvoir concilier l'éthique avec ma pratique actuelle ? », « que m'enseigne le sujet âgé mourant ? », « qu'est-ce qui fait obstacle pour moi, quelles sont mes ressources face à la mort ? »). Se définissant par une « non-évaluation » et l'absence d'attente de performance et de résultats, cet espace de parole permet un véritable travail psychique au sens de capacité à faire des liaisons intrapsychiques, créant de la pensée (5).

Dans notre approche d'orientation analytique, nous considérons qu'il s'agit d'un processus de formation dans le sens où l'écoute des ressentis et leur accompagnement en groupe va favoriser la modification du cadre interne (6) de ces jeunes médecins.

Après une phase d'expérimentation, ce dispositif semble être voué à s'inscrire dans la durée et faire partie intégrante du cadre du stage dans le service de Médecine gériatrique. Ces ateliers d'expression prennent leur place parmi d'autres supports d'analyse médicale des cas cliniques et de réflexion éthique proposés aux internes.

## Résultats

Le dispositif de groupe a permis aux participants de présenter et de réfléchir à des situations de fin de vie, actuelles et passées, dans lesquelles ils se sont sentis en position d'impuissance ou qu'ils ont vécues comme des situations d'échec, une défaillance interne. Par l'expression des ressentis et l'analyse, il a permis de traiter différents points de difficulté ou obstacles pouvant être des facteurs de mal-être pour les internes.

### Écart entre l'idéal de l'interne et le « vrai » travail

Les séances d'atelier ont permis aux participants d'évoquer les premières expériences de mort auxquelles ils ont pu être confrontés et qui ont malmené leur idéal soignant. Lorsque cet idéal a été effracté, la déstabilisation narcissique a été intense, les faisant passer d'une posture imaginaire de toute-puissance à la désillusion : « avant d'aller en cancérologie, je pensais tous les sauver », « maintenant je suis fataliste ». La confrontation abrupte avec la réalité de la fin de la vie les a obligés à s'adapter, avec le risque que le réaménagement interne vis-à-vis de cet idéal se fasse de manière inadéquate et brutale, au prix de mécanismes défensifs inadaptés : banalisation, détachement émotionnel, clivage ou désengagement affectif : « je suis blindé », « on essaie de ne pas y penser »...Le jeune interne a pu alors être tenté de fonctionner sur un mode opératoire, de se déconnecter de ce moment « existentiel » que vivent le patient et sa famille, de prendre ses distances avec ceux qu'il soigne.

L'idée de la « mort idéale » a également été interrogée et a cheminé pour chacun au cours du travail groupal : les situations cliniques d'accompagnement de fin de vie parfois complexes rencontrées les ont amenés à prendre conscience et à formuler que « toutes les souffrances ne peuvent pas être apaisées ». Enfin, lors d'une séance portant sur l'articulation entre leurs valeurs avec la réalité du terrain, ils semblent avoir repéré que c'est sur une réflexion éthique partagée qu'ils devaient s'appuyer, notamment pour savoir répondre avec discernement et résister aux pressions sociales actuelles dont peuvent être porteuses les familles et les patients âgés eux-mêmes, à travers les demandes d'euthanasie, de suicide assisté en augmentation dans notre société (7).

Le groupe a favorisé un meilleur ajustement entre des représentations empreintes d'idéal et la réalité de la clinique du grand âge, ce dont a témoigné ce jeune interne lors de la séance-bilan portant sur « que m'a enseigné le sujet âgé mourant ? » : « pour moi la mort n'est plus un échec ».

### Contexte traumatique de la mort

L'atelier d'expression a permis d'élaborer à plusieurs des situations de fin de vie particulièrement stressantes. Lorsqu'on leur en a donné l'occasion et la légitimité, les jeunes professionnels sont revenus sur les situations traumatiques faisant trace pour eux.

Annoncer un pronostic défavorable ou une mauvaise nouvelle à une famille a déjà été source de stress pour l'interne, mal préparé à accueillir l'émotion ou l'angoisse provoquée par son annonce (8). Parfois, le jeune médecin a du faire face à une mort violente : son patient est décédé de manière brutale, « inattendue ». Mais voir leur patient « se dégrader jour après jour », lors d'une agonie qui durait, tout en devant soutenir l'attente anxieuse de la famille, a été aussi difficile pour les internes qui ne pouvaient s'appuyer sur une longue expérience. Certains décès ont été particulièrement effractants, comme le suicide d'un patient (défenestration) ou ceux survenant lors des gardes de nuit (patient qui a étouffé), où le ressenti de solitude a prédominé, lorsqu'ils n'ont pas pu s'appuyer sur un senior, ou quand ils ont manqué d'éléments d'information (directives anticipées, consignes). Difficulté ressentie également lorsqu'ils devaient faire face à une situation de perte de maîtrise comme dans le cas du syndrome de glissement, où le patient échappe littéralement à toute tentative de soin, mettant le soignant dans un vécu d'impuissance. Des participants du groupe ont enfin mentionné des contextes portant atteinte à leurs valeurs humaines et éthiques : ainsi

lorsqu'ils ont assisté à des décès de sujets âgés, seuls, sur des brancards dans des services d'urgence, le vécu honteux ou la colère sourde étant restés jusqu'ici indicible. Certaines expériences ont eu de réels effets traumatiques d'après les reviviscences que certains internes ont pu rapporter, même à distance de l'évènement : le support des photos a favorisé l'association avec des scènes antérieures les ayant profondément marqués (« je repense toujours à cet homme de 50 ans que j'accompagnais qui a fait un arrêt cardiaque dans l'ambulance, que l'on n'a pas pu ranimer, et à sa famille qui l'attendait et à laquelle j'ai dû annoncer qu'il était mort »).

### **Le poids des attentes réelles ou fantasmées des patients et de leurs proches vis-à-vis du médecin**

Une grande part du mal-être et du stress professionnel ressentie par les internes a découlé de la posture de responsabilité ressentie ou fantasmée face à la mort : par exemple le jeune médecin a pu être identifié et désigné par les autres (famille du patient, parfois équipes) comme celui sensé retarder, voire empêcher, la dégradation de l'état du patient, et au final, la mort du patient. L'importance des projections défensives de la part des familles, dans l'attente d'une intervention omnisciente et omnipotente, a renforcé la pression sur le jeune médecin. Les internes nous ont dit découvrir que, contrairement à ce qu'ils s'imaginaient, pour la famille du sujet âgé, la souffrance liée à la séparation que représente la mort à venir du parent pouvait être aussi importante que pour un sujet plus jeune (9). Par ailleurs le ressenti de responsabilité du professionnel a été interrogé en fonction de son interprétation des faits : l'interprétation de la situation s'est révélée être en effet décisive sur le stress : nous pouvons l'illustrer par le cas amené par l'un des participants du groupe, un décès brutal d'un patient venant des urgences qu'il a dû gérer peu de temps après son entrée dans son service ; d'abord assez catastrophé, l'interne a pu réinterroger avec ses pairs les conditions de mutation du service des urgences, ce qui l'a amené à faire une autre lecture du contexte d'hospitalisation à la lumière de la grande fragilité de ce patient, une lecture plus objective des conséquences de la mutation, permettant plus de distance et le délestant ainsi du sentiment de culpabilité et d'incapacité dans lequel il s'était trouvé de prime abord.

## **Discussion**

Un des freins à une action préventive visant à diminuer la « souffrance au travail » de ces médecins, est une trop grande « psychologisation », c'est-à-dire la tendance à l'individualisation des problèmes et le risque de stigmatisation du professionnel facilement qualifié de fragile. L'erreur serait d'interpréter les souffrances ressenties dans l'exercice de leur fonction comme des faiblesses individuelles, et de les requalifier en vulnérabilité personnelle (10). L'écoute de ces jeunes médecins a révélé que tout un chacun peut être soumis au stress lié à la fin de vie de son patient.

De plus, selon le contexte institutionnel, il peut y avoir un véritable emboîtement des crises (11), qui risque de peser pour une large part sur l'équipe médicale, exposant tout particulièrement l'interne qui ne dispose pas toujours d'un suffisant ancrage au sein de l'équipe soignante.

Une approche psychosociale de repérage des RPS, et le travail d'écoute d'inspiration psychanalytique (12) se rejoignent et peuvent s'articuler pour mieux comprendre les enjeux de ce travail d'accompagnement que nous nous proposons de faire.

### **Le risque d'une souffrance invisible**

Pour des auteurs comme Yves Clôt, les RPS résultent de l'intériorisation de contradictions qui ne sont pas débattues à l'extérieur et qui déchirent l'individu ; le problème est l'impossibilité d'en discuter ; pour lui, c'est aussi le sentiment de défaillance personnelle qui peut aller jusqu'à la honte, qui n'est pas partageable avec d'autres (13).

Les situations de fin de vie des patients âgés donnent lieu à des points de souffrance difficiles à exprimer, à confier tels que : l'atteinte narcissique, l'altération de la confiance en soi, le sentiment d'impuissance répété,

qui peuvent être au majorés par le sentiment d'isolement psychique auquel participe le non-dit : « j'ai l'impression d'être le seul à ne pas pouvoir gérer ». Les ateliers d'expression ont mis en évidence le risque pour le jeune médecin dès le début de sa formation d'aménager partiellement une posture en faux-self, c'est-à-dire une forme défensive de dissociation psychique pour s'accommoder aux exigences de son environnement (14) en imitant un idéal de performance et de maîtrise pouvant perdurer ensuite durant sa carrière médicale.

**Le non-traitement des émotions, la répression des affects dépressifs ou d'angoisse découlant de ces situations est délétère.** L'impossibilité de leur élaboration psychique, c'est-à-dire de leur transformation et de leur intégration est source de stress et de souffrance psychique (15). Le jeune professionnel peut alors recourir à des traitements (anxiolytiques, antidépresseurs), à des conduites addictives (sport, alcool) pour soulager l'angoisse ressentie, ou exprimer la souffrance psychique par divers symptômes, dans des espaces tels que la famille, le couple. Le besoin de refuge dans des lieux sécurisants ou des espaces d' « évaison » est également prégnant. Face à une souffrance qui le plus souvent « s'invisibilise » pour répondre aux normes et aux exigences sociales (« il faut montrer qu'on est fort », « le médecin doit maîtriser le processus »), l'atelier met en pratique l'intention de l'équipe médicale encadrante de soutenir les jeunes internes dans leur tâche d'accompagnement de sujets mourants.

### **Les facteurs de protection des RPS mobilisables dans un dispositif d'écoute**

Selon Y. Clot, la prévention des RPS va consister à rechercher des ressources psychosociales, c'est-à-dire à renforcer la capacité des sujets à faire face à des situations sources de tensions internes. Il est de plus en plus reconnu que la mise en place d'espaces de parole favorise ces ressources (16). Outre le soutien technique apporté par un expert (support et apports des seniors, cours sur les soins palliatifs, reprise et analyse des situations cliniques sur un plan médical), **le soutien social apporté par les échanges et le partage des émotions dans un espace adapté, est reconnu comme un outil favorisant et renforçant les capacités de COPING**, c'est-à-dire « les stratégies cognitives et comportementales mobilisées pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées comme consommant ou excédant ses ressources » (17). Il contribue au renforcement des ressources psychologiques des internes en médecine pour faire face au stress.

### **La fonction- dépôt du groupe : « j'ai pu poser quelques valises » ( C.)**

Il s'agit d'abord dans ce groupe d' « écouter pour soulager ». Nous avons pu entendre l'importante angoisse de mort portée par ces jeunes médecins venant se déposer dans le cadre de l'atelier. Cette angoisse ne peut se partager, s'exprimer en tant que telle par ailleurs, la plupart du temps par auto-censure. Ce dispositif spécifique est suffisamment contenant pour l'accueillir et que tout vécu éprouvant puisse se dire sans crainte : annonce d'un décès à une famille dans un contexte compliqué, vécu difficile lorsque l'interne n'est pas parvenu à soulager la douleur physique et/ou morale du patient et de sa famille, « lorsqu'on n'arrive pas à le rendre confortable », sentiment de culpabilité et effraction psychique lorsque la mort survient brutalement, émotion des proches qui peut submerger, difficulté de savoir et décider quand arrêter les traitements.

Pour les participants, cet espace de parole permet un partage des ressentis, « ce qui n'aurait pas pu être fait autrement ». Ils ont évoqué une liberté de pouvoir « exprimer ses craintes, ses peurs » avec un « sentiment de confiance ». Les participants à ce travail de groupe ont exprimé l'importance de « l'intérêt porté à ce qui est ressenti » dans ce dispositif ; l'authenticité, la sensibilité, la confiance en l'autre, ont pu s'y déployer. Cela a permis d'aborder, de toucher des « sujets délicats », des « points sensibles » dont nous savons bien que ce sont précisément ceux-là qui vont agir comme des points aveugles dans le contre-transfert du professionnel (notamment dans les mécanismes d'identification et leurs écueils : absence d'identification ou au contraire suridentification avec le patient, ses proches); d'explorer des éléments personnels qui perturbent le lien,

souvent de façon inconsciente ( ex : réactualisation du lien aux figures parentales ou grands-parentales, réactivation d'un vécu traumatique lié à la fin de vie d'un parent proche, deuils personnels compliqués..). Le médecin est également soumis au processus particulier de deuil du patient, qui induit de la souffrance psychique s'il y avait une distance et un attachement affectif inadaptes. L'écoute d'un tiers est ici un facteur pouvant aider le jeune médecin à mener une analyse de ses propres réactions, afin de l'aider repérer ce qui fait (ou a fait) obstacle pour lui sur un plan psychologique, afin de l'intégrer, plutôt que le refouler, et ainsi s'adapter plus authentiquement, avec ses limites et ses ressources, à cette réalité que lui impose l'état du patient.

### **La transmission horizontale par les pairs**

Le groupe « favorise la réflexion personnelle » en s'appuyant sur la dimension groupale : « réfléchir avec les autres », « se confier à des pairs », « écouter les expériences des autres » constitue ici un support identificatoire. Dans un groupe où la règle est la confidentialité et le non-jugement, les membres du groupe sont des porte-paroles les uns pour les autres et des supports d'identification dans cette tâche exigeante de formation professionnelle. Cette transmission par identification « horizontale » au sein d'un groupe de pairs est précieuse; décrit comme un « lieu d'échanges et de soutien », le groupe de pairs vient apporter la réassurance narcissique dont tout professionnel de soin a besoin pour maintenir un investissement de son travail auprès du patient. La recherche de restauration narcissique est en effet très présente, et le groupe de pairs constitue en ce sens un étayage pertinent : échanger avec d'autres ressentant et traversant les mêmes difficultés que soi est réellement rassurant. Par ailleurs le sentiment d'appartenance à un groupe, même temporaire, peut constituer un étayage interne sur lequel s'appuyer; ainsi, le jeune médecin peut être seul dans certaines situations (ex : décès lors de gardes de nuit), mais cela constituera un stress moins débordant, car il pourra s'appuyer mentalement sur le groupe de pairs (« On peut être seul à certains moments, mais on peut mieux le supporter »).

Enfin, ce travail avec les pairs favorise une « prise de distance » nécessaire par la prise en compte d'expériences et de points de vue différents ; il enrichit la réflexion via la perception différente apportée par les autres membres du groupe. Les pairs vont jouer alors une fonction de régulation et soutenir le jeune médecin dans le processus d'intégration des limites, qui se nourrit de l'expérience et de la confrontation à la réalité. Ainsi cette interne plus avancée dans le cursus, témoigne-t-elle lors d'une séance, de son évolution personnelle vis-à-vis du patient en fin de vie : « d'abord on se dit : « je vais le tirer d'affaire » (1<sup>er</sup> semestre en oncologie), puis on se demande : « qu'est-ce que je peux améliorer pour son confort? » ( 2<sup>e</sup> semestre en soins palliatifs) ; enfin on intègre qu'« il faut bien accepter l'idée qu'il va mourir, ce n'est pas un échec » (3<sup>e</sup> semestre en gériatrie); ce jour-là, cette participante a pu transmettre à ses pairs l'expérience fondamentale que c'est le deuil d'une posture idéalisée et son changement de position interne, qui lui a permis de s'adapter à la réalité de la fin de vie et à ses limites.

### **Le travail sur les représentations**

Deux dimensions vont enfin être déterminantes en ce qui concerne l'impact émotionnel et affectif de la mort chez le professionnel : l'interprétation de la situation stressante, et la représentation que le jeune professionnel a de la fin de vie d'un sujet âgé.

Selon une approche cognitivo-comportementale, le risque ou le contexte de mort constitue un stressor qui joue sur les cognitions, qui jouent à leur tour sur les émotions et les comportements du professionnel. Dans son interprétation des situations, peuvent intervenir des biais cognitifs tels que le locus de contrôle interne qui l'amène à penser que tout ce qui passe (l'état de santé du patient, son évolution péjorative) est de sa responsabilité et il peut être ainsi dans la surinterprétation : « je n'ai pas fait ce qu'il fallait », « j'aurais sûrement pu faire quelque chose de mieux pour éviter cela ». Ce sentiment de responsabilité induit ou

augmente considérablement le stress chez le jeune médecin (18). Le travail groupal peut ici aider à un décentrage qui va l'apaiser.

Un autre facteur de protection est le sens que le sujet donne (ou redonne) à son travail, ici, à son action de médecin avec des sujets âgés ; lors d'une séance de groupe, les internes peuvent s'interroger plus largement sur ce que représente la mort d'un sujet âgé : le décès d'un patient âgé hospitalisé n'est pas plus banal que celui d'un sujet plus jeune, mais en revanche il peut prendre un autre sens : au cours des échanges dans l'atelier, à l'aide des photos, émerge la question du « cycle de la vie » ; le groupe resitue alors le sujet âgé dans le cycle normal de la vie : « on naît, on vit, on meurt ». Lors de ce moment élaboratif, le groupe va également produire lui-même l'idée que si l'on ne peut pas empêcher un adulte très âgé de mourir, on peut prendre soin de lui et de sa famille, et du lien affectif lors des derniers moments d'accompagnement (19). En pensant la vie en terme d'une histoire individuelle et familiale qui se transmet, d'une vie psychique qui se perpétue au-delà de l'individu, la mort n'apparaît alors plus comme un « anéantissement » et se relie à une autre représentation plus acceptable pour le médecin. L'élaboration groupale amène ses participants à prendre conscience que l'on peut soutenir la pulsion de vie même au moment de la mort du sujet : en se rappelant que lorsque le patient âgé décède, tout ne meurt pas avec lui, la vie continue avec les générations suivantes. En appui sur ce changement des représentations que chacun en avait, le sens donné à la mort du sujet âgé n'est alors plus le même et devient compatible avec une idée plus réaliste et raisonnable du soin.

## Conclusion

La confrontation avec la mort est à intégrer dans les possibles du métier de médecin tout en étant ce contre quoi il doit lutter ou retarder dans le cas du sujet âgé. Mais cette confrontation est une situation facteur de stress qui demande à être mieux prise en compte. Les internes en médecine exerçant en médecine gériatrique sont particulièrement exposés à cette mise en tension, à quoi s'ajoute le changement idéologique et culturel de notre époque, où l'être humain cherche à nier ou maîtriser la mort (20). De par leur âge et leur position générationnelle dans le monde d'aujourd'hui, ils sont acteurs de la rencontre complexe non seulement entre deux subjectivités, mais aussi entre un monde passé qui s'en va et un monde actuel empreint d'un idéal de performance et de dépassement de toutes les limites ( y compris celle de la mort, selon les tendances au transhumanisme).

Alors que sur un plan sociétal, « l'idée que la médecine puisse être confrontée à un échec devient de plus en plus insupportable, tant pour les équipes médicales que pour nos contemporains » et que « la fin de vie est perçue par certains comme une défaillance de la médecine » (21), pour le groupe d'expression que nous avons expérimenté, le sujet âgé dont la mort est inexorable, remplit une fonction essentielle de témoin et « garde-fou » : rappelant par sa présence, notre condition d'être mortel et les limites de notre existence, sans lesquelles il n'y a ni dynamique, ni perspective, ni sens à donner à sa vie. Ce qui pouvait être mortifère et source de souffrance psychique chez le jeune professionnel peut ainsi devenir transmission d'expérience et source de vie psychique.

L'atelier d'expression médiatisé mis en place au CHU de Saint Etienne fait partie selon nous des outils permettant aux internes de mieux faire face au stress survenant lors des situations de fin de vie du sujet âgé. Armé de nouvelles représentations, « animé » par de nouvelles images internes, le jeune médecin va modifier de fait sa posture interne et réorienter son objectif : soutenir ce qui reste de vie chez le patient sans aller contre la mort.

**Liens d'intérêt :** Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

## Références

- (1) Balasubramaniam M, Rational suicide in elderly adults : a clinician's perspective, J AM Geriatr Soc 2018;66:988-1001.
- (2) Coutrot T, Mermilliod C, Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles, Dares Analyses, 81, Décembre 2010.
- (3) Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pr. 2013 Mar 1;63(608):217–224.
- (4) Besliles C, Le Photolangage, communiquer en groupe avec des photographies. Chronique Sociale, 2014. 198 p.
- (5) Bion W.R, Recherche sur les petits groupes, Puf, 2002, 160p.
- (6) Jaïtin R, Théories et méthodes de formation à l'école de Pichon Rivière (Buenos Aires), Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2002, 39(2) :141-179.
- (7) Dzeng E, Social causes of rational suicide in older adults, J Am Geriatr Soc 2018; 66:853-855.
- (8) Arbuz G, Feldman E, Annoncer une mauvaise nouvelle, les pièges de l'entretien d'information, Le Concours Médical, 2000 ; 14 :975-979.
- (9) Myslinski M, Famille et vieillissement. Réflexions cliniques sur quelques points névralgiques du réseau, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2003 ;2(31):74-87.
- (10) Dyrbye L, Shanafelt T, A narrative review on burnout experienced by medical students and residents, Med Educ, 2016 ;50(1) :132-49.
- (11) Kaës R, Bleger J, Enriquez E, Fustier P, Roussillon R, Vidal J et al. L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques, Dunod, 2012, 219 p.
- (12) Pichon-Rivière E, Le processus groupal, Erès, 2004, 271p.
- (13) Clot Y, Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, La Découverte, 192p.
- (14) Winnicott D.W, Processus de maturation chez l'enfant, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1974
- (15) Fortino S, Jeantet A, Tcholakova A, Émotions au travail, travail des émotions, La nouvelle revue du travail, 2015, 6.
- (16) Ruzniewski M, Le groupe de parole à l'hôpital, Dunod, 1999, 176 p.
- (17) Lazarus R.S, Folkman S, Stress, appraisal and coping, Springer-Verlag, 1984.
- (18) Rascle N, Irachabal S, Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé, 2001, Le travail humain ; 64(2), 97-118.
- (19) Arbuz G, Sens et finalité des liens entre générations à l'approche de la mort. Gérontologie et Société 2008, 127:67-84.
- (20) Balasubramaniam M, rational suicide in elderly adults : a clinician's perspective, J Am geriatr Soc 2018 ;66 :988-1001.
- (21) Sicard D, La nouvelle aventure de la médecine, Laennec, 2016 ; 4 :19-28.