



Les émotions des personnels soignants des services de médecine aiguë face au décès de leurs patients : cas de l'Hôpital Général de Référence de Bagira et de Kadutu, à l'Est de la République Démocratique du Congo

The emotions of healthcare personnel in acute medicine departments facing the death of their patients: case of the General referral Hospital of Bagira and Kadutu, in the East of the Democratic Republic of Congo

SHUKURU LOSSA Daniel¹, NSHOBOLE BIRINGANINE Bertille², LUBALA CHIHYOKA Achille³, AHADI KABWENDE Didier⁴, BWINJA MWENYIHERI Hippolyte³, BORA UZIMA Salomon⁴, GRACE KAHEMBE Jacob⁵, DJAKISA URINGI Ernest¹, MATABARO MUKEMBANYI Charles⁶, KASORORO MWAKAME Alphonse⁴

1. Section Sciences Infirmières (Enseignement et Administration en Soins Infirmiers), Institut Supérieur des Techniques Médicales de Nyankunde, Bunia, République Démocratique du Congo
2. Section Anesthésie et Réanimation, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo
3. Département de la Pédiatrie, Clinique privée, Hôpital Provincial Général de Référence de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo
4. Section Sciences Infirmières (Enseignement et Administration en Soins Infirmiers), Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo
5. Apprenant à Master complémentaire en Section Anesthésie et Réanimation, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo
6. Section Sciences Infirmières (Enseignement et Administration en Soins Infirmiers), Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kabare, Sud Kivu, République Démocratique du Congo

Résumé

La mort d'un patient constitue un moment de crise pour les soignants, face au auquel ils ne sont pas préparés, ce qui provoque chez ces derniers le sentiment de détresse, de doute et de la remise en cause de leurs capacités à guérir (Lambotte et al., 2007). La présente étude avait pour objectifs d'identifier les émotions dominantes que ressentent les soignants et les stratégies de gestion utilisées face au décès de leurs patients, d'évaluer la formation des soignants, et de dégager les comportements affichés par ces derniers face au décès de leurs patients.

L'étude était descriptive transversale à approche quantitative. La population d'étude était constituée de tous les personnels soignants des services de médecine aiguë de l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Kadutu et de Bagira. La taille d'échantillon était de 43 soignants enquêtés. Les principaux résultats ont montré que la majorité des soignants avait bénéficié de cours à caractère de fin de vie durant leur cursus académique ou scolaire, mais ne bénéficiait pas de formation continue. Les émotions négatives dominantes ressenties étaient la tristesse et la colère pour lesquelles, ils adoptaient comme stratégie de gestion le partage avec les collègues. La plupart des soignants affichait le comportement de repli sur soi face aux décès de leurs patients.

Les soignants ressentaient le plus souvent la tristesse et la colère face au décès de leurs patients à l'HGR de Kadutu et de Bagira. Il est important que les gestionnaires de ces deux structures veillent sur la santé mentale de leurs travailleurs en leur octroyant un service spécial de détraumatisation.

Mots-clés : Emotion; soignants; décès de patient; médecine aiguë; RD Congo

Abstract

The death of a patient is a moment of crisis for caregivers in view of which they are not prepared, causing them to feel distressed, doubtful and questioning their ability to heal (Lambotte et al., 2007). The objectives of this study were to identify the dominant emotions felt by caregivers and the management strategies used in the face of the death of their patients, to evaluate the training of caregivers, and to identify the behaviors displayed by the latter in the face of the death of their patients.

The study was descriptive, cross-sectional with a quantitative approach. The study population consisted of all health care staff who worked in the acute medicine departments at the General Referral Hospital (GRH) of Kadutu and Bagira. The sample size was 43 caregivers surveyed. The main results showed that the majority of caregivers had benefited from end-of-life courses during their academic or school studies, but did not benefit from continuing education. The dominant negative emotions felt were, sadness and anger for which, they adopted as a management strategy the sharing with colleagues. Most caregivers showed the self-absorption behavior when their patients died.

Caregivers most often felt sadness and anger at the death of their patients at GRH of Kadutu and Bagira. It is important that the managers of these two structures take care of the mental health of their workers by providing them a special psychotherapy service.

Keywords: Emotion; caregivers; patient death; acute medicine; Democratic Republic of Congo

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.14679782>

1. INTRODUCTION

Parmi tous les malades qui meurent en milieu hospitalier en Genève, 15% interviennent dans le service de soins intensifs. Les soignants qui travaillent dans ce service prennent en charge les patients les plus malades et sont régulièrement confrontés à la mort (Chevrolet, 2022). En France les départements de soins palliatifs sont considérés comme les endroits où sont dispensés les soins aux patients en fin de vie. Le domaine des soins palliatifs offre ainsi une opportunité d'explorer un environnement professionnel où les acteurs, et plus particulièrement les soignants, sont constamment exposés aux risques de dégradation professionnelle et de fatigue psychologique causés par la confrontation probable à la mort (Castra, 2004).

La relation entre la fin de vie et la mort au service d'oncologie constitue une situation effrayante pour les professionnels de santé et est à la base de leur stress professionnel (Mapoko *et al.*, no date). Elle fait naître chez les soignants un sentiment de mal-être et de culpabilité (Fourques, 2018), parfois un sentiment d'impuissance, d'échec thérapeutique, de prise de distance (Reyt, 2021), un sentiment de honte et de souffrance (Karcher, 2022; Kalocsai *et al.*, 2020). La mort est une épreuve cruciale pour l'humanité. Personne n'en sort complètement sain et sauf. La solidarité et le soutien du groupe peuvent soutenir l'être humain à faire face à cette situation. Les médecins et les infirmiers ne sont pas exclus de ce processus douloureux (Gaudier, 2022, Roynette, 2020). La mort d'un patient constitue pour les soignants un moment de crise au vu duquel ils ne sont pas préparés provoquant, ainsi chez ces derniers le sentiment de détresse, de doute et de la remise en cause de leurs capacités à guérir (Lambotte *et al.*, 2007). Par contre l'effet Miroir de la mort rend les soignants conscients de la nécessité de la relation aux autres et leur permet de se consacrer sur les choses qui ont des valeurs (Drillaud, 2021).

Il y a fréquemment des préjugés non clairs, parfois en désaccord, sur la mort et la fin de vie des seniors. Ces préconceptions visent tantôt à normaliser le rapport à la mort, voir à considérer que l'âge favorise une plus grande tranquillité face au décès, ou au contraire à présenter la proximité (chronologique) à la mort comme une source d'angoisse (Balard, Moulin and Schrecker, 2020). On assiste de plus à plus aux services de soins palliatifs et des gériatries à la demande anticipée de la mort de la part des patients, ce qui traduit leur souhait de mettre fin à leur souffrance (Rochas, 2021). Ces situations ne laissent pas indifférents les soignants et les proches des patients, et provoquent chez eux un comportement de replis sur eux et des sentiments de tristesse, de colère et d'impuissance (Phan *et al.*, 2022).

La maternité désigne le lieu où la vie est donnée. Cependant, cela ne s'applique pas toujours à certaines mères qui font face à la perte de leur enfant. Selon l'étude réalisée au Togo par Pack Douti, il a observé que les soignants interrogés éprouvaient une peur du décès néonatal en salle d'accouchement et cela se traduisait par la violence verbale et parfois physique du personnel médical envers les femmes enceintes. Selon les soignants, ces comportements sont légitimés par le désir de préserver la vie du nourrisson, car les femmes enceintes ne travaillent pas toujours en collaboration pendant l'accouchement (Douti, 2020).

Le monde fait face depuis des siècles à des maladies contagieuses qui nécessitent des mesures de précaution spécifiques adaptées pour restreindre leur propagation. La pandémie de Covid-19 a récemment bouleversé le monde et épuisé les professionnels de santé avec ses multiples vagues et mortalités engendrant chez ces derniers de profonde détresse, de culpabilité et de peur (Faure, 2022). La crise sanitaire causée par la COVID-19 a profondément perturbé le fonctionnement global du secteur hospitalier. Un afflux massif de patients nécessitant une prise en charge en soins intensifs a débordé les hôpitaux, très vite, la dangerosité du virus, le taux de mortalité et le risque de contracter la maladie ont perturbé les professionnels de santé dans son ensemble (Pitchot, 2020). Cependant, de nombreux professionnels de santé ont témoigné également du nombre de personnes qui ont perdu leur vie dans ces circonstances qui leur ont

été insupportables (Marin, 2021). Inquiets eux-mêmes, ils ont reconnu avoir ressenti de profonde tristesse (Marin, 2018).

Lors de notre stage professionnel en 2016 au service de Médecine Interne (soins intensifs) à l'Hôpital Général de Référence de Bunia en Ituri (RDC), nous avons assisté une nuit au décès d'un patient. Après sa mort, il nous a été recommandé par notre responsable de service à réaliser les soins du corps avant de le transporter à la morgue. Malheureusement, pendant que nous étions en train de réaliser les soins au défunt, la coupure de l'électricité s'était produite. Pris de panique, nous avons crié et fui la chambre de soins.

Les décès des patients dans les structures sanitaires en général, et particulièrement à l'Hôpital Général de Référence de Kadutu et Bagira, peuvent avoir des effets émotionnels et psychologiques non négligeable sur les personnels soignants. Entre temps, peu de recherches ont été menées pour comprendre la manière dont ces événements affectent les personnels soignants dans le contexte particulier de ces deux structures sanitaires. La compréhension de ces aspects est nécessaire pour améliorer le bien-être des soignants, les conditions de travail, et évidemment la qualité des soins prodigués. Au vu de ce qui précède, nous cherchons à apporter les réponses aux questions suivantes :

- Quelles émotions dominantes ressentent les personnels soignants face au décès de leurs patients ?
- Quelles sont les stratégies de gestion adoptées par les personnels soignants pour faire face à ces émotions?
- Les soignants sont-ils formés à faire face au décès de leurs patients
- Quels sont les comportements affichés par les soignants face au décès de leurs patients ?

Pour essayer de répondre à ces questionnements, la présente étude se fixe comme objectifs d'identifier les émotions dominantes que ressentent les soignants et les stratégies de gestion utilisées face au décès de leurs patients, évaluer la formation des soignants, et de dégager les comportements affichés par ces derniers face au décès de leurs patients.

2. METHODOLOGIE

2.1. Description du terrain d'étude

La présente étude s'est déroulée au sein de l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Kadutu et de Bagira, situés tous dans la ville de Bukavu en Province du Sud Kivu, à l'Est de la République Démocratique du Congo.

2.2. Type d'étude, population cible, technique de l'échantillonnage

La présente étude était du type descriptif transversal à approche quantitative dont la population était constituée de tous les personnels soignants qui travaillaient dans les services de la médecine aiguë de l'Hôpital Général de Référence de Kadutu et de Bagira, notamment le service de soins intensifs, service d'urgence et de bloc opératoire. Les échantillons ont été sélectionnés de manière non probabiliste à travers un échantillonnage exhaustif. Ainsi, la taille de l'échantillon était de 43 soignants enquêtés dans ces deux structures sanitaires sur un total de 84 soignants. Ont été inclus dans la présente étude tous les personnels soignants des services de médecine aiguë de l'Hôpital Général de Référence de Kadutu et de Bagira qui étaient disponibles et prêts à répondre à notre questionnaire d'enquête, pendant la période de récolte des données allant du 30 octobre au 23 décembre 2024.

2.3. Technique de collecte, traitement et analyse des données

Les données ont été collectées sur base d'un questionnaire d'enquête distribué et complété par les personnels soignants. En suite elles ont été saisies et encodées dans une base des données du logiciel Excel, puis elles ont été exportées dans le logiciel Epi Info version 3.5 en vue de traitement et analyse en %.

2.4. Considérations éthiques

Pour le présent travail une autorisation de la recherche a été sollicitée et obtenue de la part des autorités de la direction générale de la recherche de l'Institut Supérieur des Techniques Médicale de Bukavu et approuvée par les autorités de l'Hôpital Général de Référence de Kadutu et de Bagira. C'est ce qui nous a permis de nous présenter aux enquêtés, de montrer la nécessité et l'importance de cette étude. Pour mener cette étude, nous avons rassuré les personnels sur l'anonymat et respect strict de leur intégrité, afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé à participer à cette recherche.

3. RESULTAT

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

VARIABLES	STRUCTURES					
	HGR BAGIRA		HGR KADUTU		Total	
	n=26	%	n=17	%	n=43	%
Age (année)						
18-28	8	30,8	9	52,9	17	39,5
29-38	7	26,9	4	23,5	11	25,6
39-49	9	34,6	1	5,9	10	23,3
>49	2	7,7	3	17,7	5	11,6
Sexe						
Masculin	8	30,8	10	58,8	18	41,9
Féminin	18	69,2	7	41,2	25	58,1
Etat civil						
Marié	14	53,8	8	47,0	22	51,2
Célibataire	9	34,6	7	41,2	16	37,2
veuf/ve	2	7,7	0	0,0	2	4,6
Divorcé	1	3,8	2	11,8	3	7,0
Profession						
Infirmier	14	53,8	7	41,2	21	48,9
Anesthésiste	0	0,0	3	17,6	3	7,0
Médecin	8	30,8	5	29,4	13	30,2
Psychologue	0	0,0	1	5,9	1	2,3
Sage-femme	4	15,4	1	5,9	5	11,6
Ancienneté (année)						
<5	11	42,3	11	67,7	22	51,2
5 -10	11	42,3	1	5,9	12	27,9
11-16	1	3,8	0	0,0	1	2,3
> 16	3	11,5	5	29,4	8	18,6

Il ressort du tableau 1 qu'en général les enquêtés avaient l'âge compris entre 18 et 28 ans dont l'âge dominant se situait entre 39 et 49 ans à HGR Bagira, et entre 18 et 28 ans à HGR Kadutu. En prédominance, ils étaient mariés, de sexe féminin (de sexe féminin à HGR de Bagira et de sexe masculin à HGR de Kadutu), exerçant la profession infirmière avec une ancienneté inférieure à 5 ans.

3.2. Formation des soignants sur les décès des patients

Tableau 2 : Formation des soignants pour la gestion de cas de décès

VARIABLES	STRUCTURES					
	HGR BAGIRA		HGR KADUTU		Total	
	n=26	%	n=17	%	n=43	%
Assisté aux cas de décès						
Oui	26	100,0	17	100,0	43	100,0
Bénéficiaire des cours préparant à faire face aux décès de patients						
Oui	23	88,5	12	70,6	35	81,4
Non	3	11,5	5	29,4	8	18,6
Bénéficiaire des formations pour faire face aux décès des patients						
Inexistant	17	65,4	9	53,0	26	60,5
Parfois	8	30,8	4	23,5	12	27,9
Souvent	1	3,8	4	23,5	5	11,6

Le tableau 2 montre que 100% des soignants avaient déjà assisté au cas de décès en milieu hospitalier durant leurs exercices professionnels, dont la majorité avait bénéficié des cours durant leurs parcours académiques ou scolaires au sujet de décès en milieux hospitaliers. La plupart d'enquêtés ont évoqué l'inexistence de formation continue au sein de leur structure ayant pour objectif la remise à niveau des soignants à faire face aux décès de leur patients.

3.3. Les émotions des soignants face au décès de leurs malades

Tableau 3 : Emotions dominantes ressenties, ses impacts sur le travail et stratégies de gestion

VARIABLES	STRUCTURES					
	HGR BAGIRA		HGR KADUTU		Total	
	n=26	%	n=17	%	n=43	%
Fréquence des émotions négatives						
Jamais	1	3,8	0	0,0	1	2,3
Rarement	4	15,4	2	11,8	6	14,0
Parfois	7	26,9	6	35,3	13	30,2
Souvent	6	23,1	5	29,4	11	25,6
Toujours	8	30,8	4	23,5	12	27,9
Emotions dominantes ressenties						
Anxiété/peur et surprise	5	19,2	7	41,2	12	27,9
Tristesse/colère	16	61,5	9	52,9	25	58,1
Tristesse/culpabilité	3	11,5	1	5,9	4	9,3
Déni/Résignation/Indifférence	2	7,6	0	0,0	2	4,7
Stratégies de gestion des émotions						
Partage avec les collègues	19	73,1	12	70,6	31	72,1
La foi à la religion	4	15,4	2	11,8	6	14,0
Psychothérapie	1	3,8	3	17,6	4	9,3
Partage avec la famille	2	7,7	0	0,0	2	4,6
Avoir eu un impact psychologique négatif						
Oui	23	88,5	11	64,7	34	70,1
Non	3	11,5	6	35,3	9	20,9
Bénéficier de psychothérapie						
	n=23		n=11		n=34	
Jamais	12	52,2	7	63,6	19	55,9
Rarement	3	13,0	3	27,3	6	17,6
Parfois	5	21,8	1	9,1	6	17,6
Souvent	3	13,0	0	0,0	3	8,9
Impact négatifs sur le travail						
Très faible	3	11,5	3	17,6	6	14,0
Faible	9	34,6	3	17,6	12	27,9
Modéré	11	42,3	10	58,9	21	48,8
Elevé	2	7,7	1	5,9	3	7,0
Très élevé	1	3,8	0	0,0	1	2,3
Existence de service spécial de détraumatisation						
Oui	12	46,2	8	47,1	20	46,5
Non	14	53,8	9	52,9	23	53,5
Souhait d'arrêt de soins par les malades						
Oui	23	88,5	16	94,1	39	90,7
Non	3	11,5	1	5,9	4	9,3
Attitude face au souhait négatif de malade						
	n=23		n=16		n=39	
Compréhension	6	26,1	5	31,2	11	28,2
Incompréhension/ indifférence	3	13,0	2	12,5	5	12,8
Refus/colère/anxiété	8	34,8	8	50,0	16	41,0
Soutien	6	26,1	1	6,3	7	18,0

Il découle du tableau 3 que les enquêtés ressentait parfois des émotions négatives en cas de décès de leur patient. Les émotions négatives dominantes ressenties étaient la tristesse et la colère, suivies d'anxiété, de peur et de surprise pour lesquelles, ils adoptaient comme moyen de gestion le partage avec les collègues. Selon la plupart d'enquêtés, les cas de décès des patients assistés ont eu des impacts psychologiques négatifs sur eux, et des impacts négatifs modérés sur leur travail. Ils ont déclaré de n'avoir jamais bénéficié de psychothérapie, suite au manque de service spécialisé. La majorité d'enquêtes avait déjà été en contact avec des malades qui souhaitaient interrompre leurs soins et développaient d'anxiété, de colère et de refus face à ces situations.

3.4. Comportement des soignants face au décès de leurs patients

Tableau 4 : Comportement face au décès, stratégies de gestion et suggestions

VARIABLES	STRUCTURES					
	HGR BAGIRA		HGR KADUTU		Total	
	n=26	%	n=17	%	n=43	%
Comportement faces aux décès assistés						
Evitement/agitation	4	15,3	0	0,0	4	9,3
Replis sur soi	17	65,4	10	58,8	27	62,8
Peur intense	1	3,8	2	11,8	3	7,0
Insomnie	4	15,4	5	29,4	9	20,9
Stratégie de sortie						
Partage avec les collègues	20	76,9	11	64,7	31	72,1
La foi à la religion	3	11,6	1	5,9	4	9,3
Psychothérapie	2	7,7	5	29,4	7	16,3
Partage avec la famille	1	3,8	0	0,0	1	2,3
Impact de décès sur la relation avec les autres						
Oui	16	61,5	13	76,5	29	67,4
Non	10	38,5	4	23,5	14	32,6
Impact sur la relation avec les autres						
	n=16		n=13		n=29	
Amour inconditionnel du prochain	6	37,5	6	46,2	12	41,4
Toujours garder la bonne relation	9	56,2	7	53,8	16	55,2
Fidélité à Dieu	1	6,3	0	0,0	1	3,4
Suggestions des soignants						
Offrir aux soignants un service de détraumatisation	6	23,1	4	23,5	10	23,3
Organiser des formations continues	19	73,1	12	70,6	31	72,1
Préparation spirituelle des soignants	1	3,8	1	5,9	2	4,6

Le tableau 4 montre que la majorité d'enquêtés développait un comportement de repli sur soi face aux décès de leur patient, qu'ils géraient à travers les partages avec leurs collègues de service. Selon la plupart des enquêtés avoir vu mourir les patients a eu un impact positif sur leurs relations avec leurs entourages, car il leur a permis de toujours garder de bonnes relations avec leur entourages. En prédominance les soignants ont suggéré de leur offrir un service de détraumatisation.

4. DISCUSSION

4.1. La formation des soignants sur les décès des patients

100% des soignants avaient déjà assisté aux cas de décès en milieu hospitalier durant leurs exercices professionnels, dont la majorité avait bénéficié des cours durant leurs parcours académiques ou scolaires à caractère d'attitude des soignants face aux décès en milieux hospitaliers (81,4%). La plupart d'enquêtés ont évoqué l'inexistence de formation continue au sein de leur structure ayant pour objectif la mise en niveau des soignants à faire face aux décès de leur patients (60,5%).

Les résultats du travail de Mechkour. A et al (2010) sont contraire à ceux trouvaient dans notre travail. En effet, elles ont trouvé que la majorité de soignants qui avait une bonne connaissance et maîtrise de soi face au décès de leurs patients les avaient acquises par la formation continue en milieu de travail (54,0%) et en revanche 46,0% n'avaient pas été préparés à aborder les situations de décès. Près de la moitié avait bénéficié de cours à caractères de la thématique abordée.

Par ailleurs, Karcher, B. (2022) dans son article intitulé « La honte d'être soignant face à la mort annoncée en oncologie », a évoqué les paroles douloureuses d'une soignante : « Je me sens nulle, je suis rien... ». Dans ces affirmations cette professionnelle de santé remet clairement en question ses connaissances et ses compétences, malgré tous ses efforts pour sauver la vie de son patient, mais malheureusement en vain. De plus, Gaudier (2022) souligne que les soignants non spécialement formés peuvent avoir du mal à aborder l'incertitude de la guérison, la souffrance et la mort probable de patient, ce qui peut devenir l'objet même de leurs propres souffrances et de la distanciation. Selon Kalocsai et al (2020) les personnels soignants accordent un soutien empathique au membre de familles endeuillé, mais ne peuvent pas toujours s'engager auprès de celui-ci à cause de leurs rôles et de leurs responsabilités. Cependant, leur engagement est conditionné par leur disponibilité, leur éducation et leur aptitude à gérer leurs propres émotions face à la mort.

4.2. Les émotions ressenties par les soignants face aux décès de leurs patients et les stratégies de gestion

Les enquêtés ressentaient parfois des émotions négatives en cas de décès de leur patient (30,2%). Les émotions négatives dominantes ressenties étaient la tristesse et la colère (58,1%), suivies d'anxiété, de peur et de surprise (27,9%), qu'ils partageaient plus avec leurs collègues (72,1%). Selon la plupart des enquêtés, les cas de décès des patients assistés ont eu des impacts négatifs sur leur santé mentale (70,1%) et des impacts négatifs modérés sur leur travail (48,8%), pour lesquels, ils n'ont jamais bénéficié de psychothérapie (55,9%), suite au manque de service spécialisé (53,5%).

Par contre, (Mapoko *et al.*, no date) ont trouvé dans leur étude portant sur « Gestion de la souffrance psychologique du personnel soignant du service d'oncologie médicale au Cameroun » que les émotions dominantes mentionnées par les soignants étaient entre autres les dénis et les souffrances, pour lesquels, ils adoptaient comme stratégies de gestion le partage avec leurs collègues de service, l'exercice physique, l'humour, l'humeur joyeuse, la prière,... Par ailleurs l'Interview réalisée par Béchu & Riazuelo (2023) auprès d'une soignante expérimentée de 29 ans dans sa fonction, a révélé que cette dernière était régulièrement confrontée aux souffrances et aux angoisses face au décès de ses patients, tout en ayant un impact considérable sur sa santé psychologique. Mechkour. A et al (2010) ont montré que les soignants confrontés aux décès de leur patient ressentaient plus de tristesse (71,0%) et de colère

(14,0%) qu'ils discutaient avec leurs collègues. La majorité d'entre eux soutenait les patients qui souhaitaient interrompre leur traitement (58,7%).

Le décès constitue un événement peineux pour les humains. Les personnels sanitaires ne sont pas exclus de ces situations provoquées par la mort des patients.

A ce stade établir une bonne relation entre l'équipe de soins s'avère très capital, afin d'aider les soignants confrontés à la mort d'un malade à la surmonter (Gaudier, 2022). En ce sens, Karcher B(2022) dans son rapport après des entretiens avec une soignante, indique clairement que les personnels de santé ne sont pas indifférents à la mort de leurs patients. « J'aurais voulu disparaître, j'aurais aimé ne jamais être né, j'ai l'impression de ne pas être humain, j'ai tellement honte... » Ces sentiments représentent l'appel ontologique que le sujet s'adresse à lui-même. « *Suis-je humain ?* » Les difficultés à gérer émotionnellement les antécédents médicaux et les antécédents de décès d'un patient ont un impact significatif sur la santé mentale des soignants. La résilience est possible grâce à la formation (Gaudier, 2022).

Par ailleurs, les résultats de Castra (2004) issus d'entretiens avec des professionnels travaillant dans des unités de soins palliatifs révèlent un épuisement moral et un stress relationnel mobilisés par les équipes soignantes. Plus troublant encore, un affrontement spécial avec la maladie ou la mort peut susciter des sentiments de peur, de tristesse et de culpabilité. Et l'approche de la mort constitue une menace pour leur santé psychologique et physique. À cet égard, augmenter les séances de rencontres entre les soignants (communication entre de travail, équipe de discussion) représente une évidence pour faire face à ces situations traumatisantes provoquées par le décès des patients.

4.3. Les comportements des soignants face aux décès de leurs patients

La majorité des enquêtés développait un comportement de repli sur soi face aux décès de leur patient (62,8%), qu'ils géraient à travers les partages avec leurs collègues de service (72,1%). Selon la plupart des enquêtés avoir vu mourir les patients a eu un impact positif sur leurs relations avec leur entourage (67,4%), car il leur a permis de toujours garder de bonnes relations avec leur entourage (55,2%). En prédominance les soignants ont suggéré de leur offrir un service de détraumatisation (72,1%).

Quant à cette thématique notre résultat est similaire à celui de Mapoko et al.,(s. d.) qui a montré que les soignants avaient développé face aux décès de leurs patients le comportement de repli sur soi qu'il partageaient plus avec leurs collègues de service. Afin d'aider les soignants qui sont régulièrement confrontés aux décès, les propositions d'amélioration formulées par ces derniers reposaient sur plusieurs éléments notamment, l'amélioration de la communication interpersonnelle, réaliser la psychothérapie chez les professionnels de santé, la formation continue des professionnels de santé, la relaxation, une motivation élevée,... Par contre Ida (2018) dans son étude portant sur «L'annonce de la maladie et la mort des enfants souffrant d'un cancer à Dakar. Entre soins, silences et pouvoir médical » a constaté que les jeunes soignants confrontés à la mort affichaient souvent des comportements craintifs et anxieux en raison de leurs relations établies avec les patients et leurs familles, et par crainte d'être considérés comme n'ayant pas de connaissances requises. Il est largement reconnu que rencontrer des expériences douloureuses peut aider les gens à leur donner un sens. Parce que chaque histoire crée de l'ordre plutôt que du chaos, établit un consensus plutôt que la discorde et d'aider les soignants à collaborer humblement avec leurs collègues (Gaudier, 2022).

5. Conclusion

Le décès constitue une situation effrayante pour les humains. Aucun individu n'en sort complètement intouché. Les soignants ne sont pas exclus de ces situations douloureuses. La présente recherche menée dans le but de comprendre les émotions dominantes et les stratégies de gestion, et les comportements des personnels soignants face au décès de leurs clients au sein de l'Hôpital Général de Référence de Kadutu et de Bagira dévoile plusieurs éléments nécessaires concernant l'effet psychologique de la mort des patients sur les professionnels de santé.

L'étude des données mentionne que la majorité des enquêtés a été confrontés aux décès de leurs patients durant leurs exercices professionnels; malgré que la plupart aient reçu des cours académiques ou scolaires au sujet de décès en milieu hospitalier, cependant, il n'existe pas des stratégies mise en place par les gestionnaires, afin d'assurer les formations au sujet de la mort. Les soignants éprouvent divers sentiments face au décès de leurs malades, notamment la tristesse, la colère, l'anxiété, la peur et la surprise. Ces sentiments influencent significativement leur bien-être psychologique et leur performance professionnelle. En réaction à ces sentiments, les tactiques les plus fréquentes incluent la communication avec leurs collègues de service. De plus, les comportements face aux décès des patients varient en fonction des soignants. Cependant, la majorité d'entre eux manifestent un comportement de repli sur soi, parfois accompagné d'insomnie. Néanmoins, certaines personnes signalent des impacts bénéfiques sur leurs relations interpersonnelles, mettant en avant une augmentation de l'empathie et de la solidarité. En somme, les professionnels de santé proposent l'établissement de services de détraumatisation et d'éducation continue en vue d'optimiser leur prise en charge du décès et d'améliorer leur santé psychologique face aux difficultés affectives associées au décès des patients. Ces conclusions mettent en lumière la nécessité d'établir des stratégies institutionnelles pour accompagner les professionnels de santé dans le traitement des décès. Des formations continues appropriées, des services d'accompagnement psychologique et des dispositifs de détraumatisation seraient nécessaires.

6. Conflit d'intérêts : aucun

REFERENCES

- [1] Balard, F., Moulin, P. and Schrecker, C. (2020) 'Finir sa vie, hâter la mort au grand âge', *Gérontologie et société*, 42(3), pp. 9–28.
- [2] Béchu, A. and Riazuelo, H. (2023) 'La mort à l'hôpital: comment les soignant\cdot es en parlent?', *Cliniques*, 25(1), pp. 148–162.
- [3] Castra, M. (2004) 'Faire face à la mort: réguler la «bonne distance» soignants-malades en unité de soins palliatifs', *Travail et emploi*, 97, pp. 53–64.
- [4] Chevrolet, J.-C. (2022) 'Les soins palliatifs: l'affaire de tous?' Available at: <https://www.cairn.info/revue-infokara-2010-3-page-121.htm> (Accessed: 17 July 2024).
- [5] Douiti, P. (2020) '«Si tu ne pousses pas, tu vas tuer ton enfant!» Sages-femmes et mères face aux morts périnatales au Togo', *Sante Publique*, 1(S1), pp. 93–104.
- [6] Drillaud, F. (2021) 'La toilette mortuaire en soins palliatifs: une mise en corps et en espace de la mort', *Essais. Revue interdisciplinaire d'Humanités*, (17), pp. 97–102.

- [7] Faure, N. (2022) 'Les soignants et les familles confrontés à la mort due à la Covid-19', *L'Aide-Soignante*, 36(234), pp. 19–20.
- [8] Fourques, C. (2018) 'Rester vivant à l'aube de la mort. Clinique du quotidien en ehpad 1', *Cliniques*, 15(21), pp. 118–133.
- [9] Gaudier, I. (2022) 'Dispositif d'écriture à l'intention des soignants autour des souhaits de fin de vie.', *Éducation, Santé, Sociétés*, 8(2), p. p-171.
- [10] Ida, A. (2018) 'L'annonce de la maladie et la fin de vie des enfants atteints d'un cancer à Dakar. Entre soins, silences et pouvoir médical', *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Preprint], (17). Available at: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/3749> (Accessed: 26 April 2024).
- [11] Kalocsai, C. *et al.* (2020) 'Critical care providers' support of families in bereavement: a mixed-methods study', *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 67(7), pp. 857–865. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01645-0>.
- [12] Karcher, B. (2022) 'La honte d'être soignant face à la mort annoncée en oncologie', *Psycho-Oncologie*, 16(3), p. 319.
- [13] Lambotte 1, I., De Coster 2, L. and De Gheest 3, F. (2007) '«Le traumatisme de la mort annoncée»: transmissions entre soignants et parents face à la maladie grave d'un enfant', *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (1), pp. 099–115.
- [14] Mapoko, B.S.E. *et al.* (no date) 'Gestion de la souffrance psychologique du personnel soignant du service d'oncologie médicale au Cameroun: expérience de l'Hôpital Général de Yaoundé', *Rev. Med. Pharm.* 2023; 13 (1): 1592, 1598. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Esther-Dina-Bell/publication/378040859_ARTICLE_ORIGINAL/links/65c47aa634bbff5ba7f55b01/ARTICLE-ORIGINAL.pdf (Accessed: 17 July 2024).
- [15] Marin, C. (2018) 'Empathie et vulnérabilité: Accueillir une détresse jusque-là sans mot', *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, (2), pp. 95–104.
- [16] Marin, C. (2021) 'Le soignant imaginaire', *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, (2), pp. 7–13.
- [17] Mechkour, A, Yolande, A, Floriane D.A & Marie-Anne.R (2010). Ressentis du personnel soignant face au décès d'un patient. Faculté de Médecine. Université de Genève
- [18] Phan, J. *et al.* (2022) 'La confrontation au deuil d'un pair chez une AJA atteinte de cancer. Une analyse phénoménologique interprétative', *Psycho-Oncologie*, 16(2), p. 243.
- [19] Pitchot, W. (2020) 'Impact de la pandémie de la COVID-19 sur la santé psychologique du personnel soignant', *Rev Med Liege*, 75, pp. S62–S66.
- [20] Reyt, É. (2021) 'Un chirurgien est-il vulnérable?', *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, (2), pp. 73–81.
- [21] Rochas, B. (2021) 'La demande de mort anticipée: une crise partagée', *Revue des sciences philosophiques et théologiques*, (4), pp. 7–14.
- [22] Roynette, O. (2020) 'Blessés et soignants face à la violence du combat en 1870-1871: un tournant sensible?', *Revue d'histoire du XIX e siècle*, pp. 145–162.