



**LES SUR VIVANTS**

[www.lesurvivants.org](http://www.lesurvivants.org)

---

## **ÉTUDE HEART-DEATHS**

### **Rapport intermédiaire**

*EMMA / ORDAAT Study Group — Les SUR Vivants / ARMDC*

*Mars 2026*

---

#### **Ce rapport contient :**

Partie 1 — Communiqué de presse (intégral)

Partie 2 — Résumé du rapport analytique complet

*Contact : [contact@emma-ordaat.org](mailto:contact@emma-ordaat.org) · Pr Thibaud Damy ([thibaud.damy@aphp.fr](mailto:thibaud.damy@aphp.fr))*

*Analyses statistiques : Yaron.Benhayoun - Emmaclinic*



## COMMUNIQUÉ DE PRESSE — HEART-DEATHS — Mars 2026

Embargo levé à parution · EMMA / ORDAAT Study Group · [contact@emma-ordaat.org](mailto:contact@emma-ordaat.org)

## Ce que la mort fait aux médecins :

## première cartographie nationale des émotions des médecins français face à dix situations de décès

*La mort traverse chaque journée de soins. Elle s'invite dans les consultations, les couloirs de nuit, les annonces difficiles, les silences d'après. Et pourtant, dans la plupart des cursus de formation initiale des soignants, elle occupe une place marginale. On apprend à soigner. Rarement à traverser, répétition après répétition, l'expérience de perdre un patient — et ce que cela fait à celui qui reste debout.*

L'étude HEART-DEATHS met des chiffres sur ce silence. Elle documente que l'impuissance, la culpabilité, la colère, le soulagement et la tristesse ne sont pas des faiblesses individuelles — ce sont des réponses humaines normales à des situations extraordinairement chargées, vécues dans un cadre institutionnel qui ne les reconnaît pas, ne les nomme pas, et ne les soutient pas.

## L'ÉTUDE EN QUATRE CHIFFRES CLÉS

10 situations analysées	7,2/10 impact max	48,5 % culpabilité	94 % sans formation
Décès analysés situation par situation	Suicide/mort choisie par le patient le plus traumatisant	Face au suicide/mort de patient	Médecins sans formation spécifique

## DIX SITUATIONS DE DÉCÈS, DIX PROFILS ÉMOTIONNELS

L'étude HEART-DEATHS est la première en France à cartographier, situation par situation, les émotions ressenties par les médecins exposés. Voici ce que les données disent — sans filtre.

Situation	N	% cohorte	Impact /10	Émotion principale	%	Émotion secondaire	%
Mort brutale / inattendue	301	60,6 %	6,3	Impuissance	30,9 %	Remise en question	23,6 %
Décès per/post-intervention	109	21,9 %	6,8	Culpabilité	42,2 %	Colère	35,8 %
Maladie contagieuse (COVID)	150	30,2 %	6,9	Injustice	27,3 %	Impuissance	24,0 %
Suicide / mort choisie par le patient	66	13,3 %	7,2 ★	Culpabilité	48,5 %	Remise en question	34,8 %
Mort d'un collègue	83	16,7 %	5,8	Tristesse	50,6 %	Colère	42,2 %
Mort d'un proche de collègue	88	17,7 %	5,1	Anxiété	47,7 %	Tristesse	38,6 %

Décision LATA / RCP	236	47,5 %	5,2	Travail accompli	30,1 %	Tristesse	27,5 %
Décès chronique attendu	293	59,0 %	5,5	Soulagement	33,8 %	Travail accompli	28,0 %
Mort par décision médicale	182	36,6 %	4,9	Travail accompli	38,5 %	Tristesse	30,2 %
Constat de décès	210	42,3 %	4,9	Soulagement	31,9 %	Travail accompli	29,0 %

★ Impact maximal de l'étude. % calculés parmi les médecins exposés à chaque situation (choix multiples). Source : HEART-DEATHS, n=497, France, 2025.

## TROIS SITUATIONS QUI APPELLENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

### Le suicide ou mort choisie par le patient : l'émotion la plus lourde de toute l'étude

Avec un impact moyen de 7,2/10 — le plus élevé de l'étude — et un taux de culpabilité de 48,5 %, le suicide ou mort choisie par le patient est la situation la plus traumatisante documentée. Un médecin sur deux culpabilise. La remise en question atteint 34,8 % : « aurais-je pu voir les signes ? » Une question sans réponse, qui hante, qui ronge. Et pour laquelle zéro protocole de soutien n'existe dans la quasi-totalité des établissements.

*48,5 % des médecins exposés à un suicide ou mort choisie par le patient ressentent de la culpabilité. 34,8 % se remettent profondément en question. Impact moyen : 7,2/10. Préparation émotionnelle possible : 0 %.*

### Le décès per/post-intervention : culpabilité et colère — une blessure identitaire

42,2 % de culpabilité, 35,8 % de colère — le décès survenu pendant ou après une intervention chirurgicale génère le profil émotionnel le plus intense sur les émotions négatives. La culpabilité frappe l'identité professionnelle dans son cœur. La colère révèle une détresse que la culture du stoïcisme médical empêche précisément d'exprimer. Le soutien institutionnel pour ce scénario est le plus bas de l'étude : 2,78/10.

*Le décès per/post-intervention est le scénario où l'institution soutient le moins (2,78/10 — valeur la plus basse de toute l'étude) et où la culpabilité et la colère sont les plus fortes.*

### La mort brutale : l'impuissance comme émotion universelle

60,6 % des médecins ont vécu au moins un décès brutal au cours des cinq dernières années — le scénario le plus fréquent. Parmi eux, 30,9 % déclarent de l'impuissance comme émotion dominante, et 90,7 % rapportent au moins un symptôme de type PTSD : troubles du sommeil (49,8 %), flashbacks (47,2 %), pensées envahissantes (37,5 %). La mort brutale ne se prépare pas — elle survient, elle percute, et le médecin repart soigner d'autres patients dans les vingt minutes.

## L'ANGLE INVISIBLE : LES ÉMOTIONS POSITIVES QUE PERSONNE N'OSE NOMMER

L'étude HEART-DEATHS documente un résultat que la littérature médicale ignore souvent : face à certains décès, les médecins ressentent du soulagement et un sentiment de travail accompli.

Face au décès chronique attendu, 33,8 % ressentent du soulagement pour le patient et 28,0 % un sentiment de travail accompli. Face au constat de décès, 31,9 % et 29,0 % respectivement. Face à la mort par décision médicale, le travail accompli domine à 38,5 %.

*Ces émotions positives sont normales, adaptatives, et témoignent d'un accompagnement réussi. Mais la culture médicale les interdit. Un médecin qui exprime du soulagement après la mort d'un patient risque l'incompréhension de ses pairs. Cette inhibition forcée est elle-même une source de détresse documentée.*

## LE WHO-5 : UN MÉDECIN SUR CINQ EN DÉPRESSION PROBABLE — UN INTERNE SUR DEUX

Le WHO-5 (Well-Being Index) est un questionnaire validé par l'OMS, composé de cinq questions portant sur les deux dernières semaines. Il évalue la bonne humeur, le calme, l'énergie, la qualité du sommeil et l'intérêt pour la vie quotidienne. Score 0–100, seuil de dépression probable < 50.

<b>21,7 % dépression probable</b>	<b>7,0 % dépression sévère</b>	<b>52/100 WHO-5 Internes</b>	<b>r = 0,47 corrélation</b>
WHO-5 < 50	WHO-5 < 28	& Chefs de clinique	Expérience / bien-être

Dans HEART-DEATHS, le WHO-5 moyen des médecins français est de 64,9/100 — mais ce chiffre global masque une réalité bien plus préoccupante que la moyenne ne le laisse voir.

### Le gradient qui ne trompe pas : du libéral à l'interne, une fracture documentée

Le test de Kruskal-Wallis confirme une différence hautement significative selon le statut professionnel (H=54,9 ; p<0,001) :

Statut professionnel	WHO-5 moyen	Dépression probable (< 50)
Médecin sénior libéral	75,0 / 100	4,0 %
Médecin sénior PH	71,1 / 100	10,0 %
Médecin sénior universitaire	69,5 / 100	6,5 %
Assistant	53,1 / 100	42,2 %
Chef de clinique	52,0 / 100	45,0 %
Interne	52,8 / 100	52,4 %

*52,4 % des internes atteignent le seuil de dépression probable (WHO-5 < 50). Ce n'est pas un signal statistique marginal. C'est un médecin sur deux, en formation, en souffrance mesurable.*

### Le temps guérit — mais sans filet, il faut traverser dix ans à découvert

La corrélation entre années d'expérience et score WHO-5 est robuste :  $r = 0,474$  ( $p < 0,0001$ ). Les médecins de moins de 5 ans d'expérience affichent un WHO-5 moyen de 52,0/100 ; ceux de plus de 20 ans atteignent 73,6/100. Mais sans accompagnement structuré, ces premières années sont une traversée du désert émotionnel. 42,5 % des médecins ayant 5 à 10 ans d'expérience présentent encore un score WHO-5 < 50. Le phénomène ne se résorbe significativement qu'après 20 ans de pratique.

*Ce que le WHO-5 rend visible, c'est une dette émotionnelle que les internes et jeunes médecins contractent seuls, sans que personne ne leur ait appris à la nommer, à la mesurer, ni à la gérer.*

## CE QUI DOIT CHANGER — SIX PROPOSITIONS CONCRÈTES

### 1. Formation

Des modules obligatoires sur chaque type de décès dans les DES à haute exposition (cardiologie, réanimation, chirurgie, urgences, oncologie, etc.). Intégrer le WHO-5 et la gestion du deuil professionnel. Ce module existe dans plusieurs pays européens (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suède) et peut être intégré sans révolution organisationnelle.

### 2. Débriefing systématique (PDDS)



Des Patient Death Debriefing Sessions (10 min, conduits par le senior référent) après chaque décès brutal ou per-opératoire. Le modèle PDDS (Lev et al., 2017 ; Eng et al., 2015) est validé et applicable en routine. Intégration aux PSTH et comptabilisation comme temps de travail institutionnel.

### 3. Protocole suicide ou mort choisie par le patient

Un dispositif de soutien immédiat et systématique après tout suicide ou mort choisie par le patient — le scénario le plus traumatisant, le moins couvert. Dépistage WHO-5 obligatoire chez les internes et chefs de clinique lors des bilans annuels de DES (52,4 % et 45,0 % atteignent le seuil).

### 4. Soutien institutionnel déstigmatisé

Accès déstigmatisé aux professionnels de santé mentale via les Dispositifs d'Appui aux Soignants (DAS) des ARS, sans notification à l'employeur. Garantie explicite de confidentialité, promotion active dès l'internat.

### 5. Recherche prospective nationale

Une étude prospective nationale avec tirage aléatoire stratifié par spécialité et région, suivi longitudinal  $\geq 12$  mois, et utilisation d'outils de dépistage validés pour le PTSD (PCL-5, seuil  $\geq 33$ ). HEART-DEATHS est un premier signal robuste — une mesure épidémiologique définitive reste à construire.

### 6. Reconnaître la fin de vie comme une mission de l'hôpital

Faire que la mort et la fin de vie soient une mission reconnue de l'hôpital et qu'elles soient évaluées sur la qualité de la prise en charge pour les patients et les familles, mais aussi sur leurs conséquences sur les soignants, avec mise en place de dispositifs préventifs (cf. Rapport IGAS « La mort à l'hôpital »).

## UNE RÉPONSE CONCRÈTE : LE DU « LES SOIGNANTS ET LA MORT » — UPEC

Les données de HEART-DEATHS ne sont pas seulement un constat — elles appellent une réponse. Cette réponse existe déjà, sous la forme d'une formation universitaire unique en France : le Diplôme Universitaire « **Les soignants et la mort, enjeux individuels, organisationnels et de santé publique** », porté par l'UPEC (Université Paris-Est Créteil) sous la responsabilité du Pr Thibaud Damy, du Pr Erwan Flecher, du Dr Sophie Provenchère, du Dr Rebecca Dickason et du Pr Cédric Frétygné.

Ce DU est l'une des rares formations universitaires françaises centrées sur l'impact de la mort sur les soignants eux-mêmes — et non sur l'accompagnement du mourant. Il outille l'ensemble des professionnels de santé, quelle que soit leur spécialité, pour traverser les décès dans leur pratique ordinaire : médecins, infirmiers, paramédicaux, psychologues, cadres de santé.

*Environ 60 % des décès en France surviennent à l'hôpital, dont près de 80 % hors des unités spécialisées de soins palliatifs. Ce sont les équipes de cardiologie, médecine interne, réanimation, urgences, médecine de ville — celles que HEART-DEATHS a interrogées — qui font face à la mort au quotidien, sans outillage spécifique.*

La formation articule trois niveaux :

- Individuel : faire face aux émotions, annoncer, traverser les deuils professionnels
- Collectif : structurer des espaces de parole dans les équipes, briser les tabous, redonner du temps humain
- Institutionnel : former des référents territoriaux capables de faire évoluer les pratiques, créer des dispositifs d'alerte

Session 1	26-27 novembre 2026	Session 2	4-5 février 2027
Session 3	25-26 mars 2027	Candidatures	Avant fin octobre 2026

Dossier (CV + lettre de motivation) à : [cindy.martins-pontes@u-pec.fr](mailto:cindy.martins-pontes@u-pec.fr) · [thibaud.damy@aphp.fr](mailto:thibaud.damy@aphp.fr)

## À PROPOS DE L'ÉTUDE

HEART-DEATHS est une étude transversale observationnelle conduite par l'EMMA / ORDAAT Study Group (Les SUR Vivants Study Group et l'ARMDC) auprès de 497 médecins exerçant en France (N total = 606). Les 17 régions françaises et les DROM sont représentés. Dix scénarios de décès ont été analysés selon les dimensions d'impact émotionnel, de réponse émotionnelle (13 émotions, choix multiples), de soutien perçu (5 sources) et de symptomatologie post-traumatique. Le score WHO-5 a été administré selon le protocole standard OMS (Topp et al., Psychother Psychosom, 2015).

Contact presse : [contact@emma-ordaat.org](mailto:contact@emma-ordaat.org) · Pr Thibaud Damy ([thibaud.damy@aphp.fr](mailto:thibaud.damy@aphp.fr))

Analyses statistiques : [Yaron.Benhayoun - Emmaclinic](#)

Site web : [www.lessurvivants.org](http://www.lessurvivants.org)



## HEART-DEATHS — Rapport analytique intermédiaire

Vécu émotionnel des médecins français face aux décès en pratique clinique

Population : 497 médecins exerçant en France (n=497 / N=606) — Auteurs : Pr Thibaud Damy, Gabriel BenHayoun, Charles Taieb — Mars 2026

*Note méthodologique : ce résumé reproduit fidèlement les données du rapport analytique complet HEART-DEATHS (28 mars 2026). Aucun chiffre n'a été inventé ou extrapolé. Les données sont directement issues du rapport source.*

### 1. Profil de la cohorte et méthodologie

#### 1.1 Méthodologie générale

HEART-DEATHS est une étude transversale observationnelle conduite par l'EMMA / ORDAAT Study Group (Les SUR Vivants et l'ARMDC) auprès de 606 médecins, dont 497 exerçant en France (82,0 % de la cohorte totale). Les 109 répondants hors France (Belgique n=23, Suisse n=23, Algérie n=26, Maroc n=19, Luxembourg n=7, Tunisie n=9, Canada n=2) ont été systématiquement exclus de l'analyse française.

Dix scénarios de décès ont été analysés selon quatre dimensions : (1) l'impact émotionnel perçu (score de 1 à 10), (2) la réponse émotionnelle (13 émotions, choix multiples), (3) le soutien perçu par cinq sources (score de 1 à 10), et (4) la symptomatologie post-traumatique. Le score WHO-5 a été administré selon le protocole standard de l'OMS (Topp et al., Psychother Psychosom, 2015).

*Note sur les limites : HEART-DEATHS est une étude transversale à recrutement réseau, avec une prépondérance cardiologique (55,9 %) liée au réseau EMMA/ORDAAT. Elle constitue un premier signal robuste, non une mesure épidémiologique définitive. Une étude prospective nationale représentative reste à construire.*

#### 1.2 Caractéristiques générales (n=497)

Caractéristique	N	% (n=497)	Remarque analytique
GENRE — Femme	291	58,6 %	Reflète la féminisation de la profession (CNOM 2023 : 51 %)
GENRE — Homme	181	36,4 %	—
GENRE — Non binaire	25	5,0 %	—
ÂGE — Moyenne ± ET	43,7 ± 11,5 ans	—	Tranche pleine responsabilité, mécanismes adaptatifs en cours
ÂGE — < 35 ans	100	20,1 %	Sous-groupe le plus vulnérable (WHO-5)
ÂGE — 35-49 ans	216	43,5 %	Majorité de la cohorte
ÂGE — 50-59 ans	120	24,1 %	—
ÂGE — ≥ 60 ans	61	12,3 %	—
EXPÉRIENCE — Moy. ± ET	19,6 ± 11,5 ans	—	—
EXPÉRIENCE — < 5 ans	26	5,2 %	WHO-5 moy. 63,5/100

EXPÉRIENCE — 5-10 ans	101	20,3 %	42,5 % avec WHO-5 < 50
EXPÉRIENCE — 10-20 ans	136	27,4 %	—
EXPÉRIENCE — > 20 ans	234	47,1 %	WHO-5 moy. 74,5/100
STATUT — Sénior PH	180	36,2 %	—
STATUT — Sénior libéral	101	20,3 %	WHO-5 le plus élevé (75,0/100)
STATUT — Assistant(e)	83	16,7 %	42,2 % dépression probable
STATUT — Chef de clinique	60	12,1 %	45,0 % dépression probable
STATUT — Interne	42	8,5 %	52,4 % dépression probable ★
SECTEUR — CHU	160	32,2 %	WHO-5 moy. 67,4/100
SECTEUR — CHG	120	24,1 %	WHO-5 moy. 67,8/100
SECTEUR — Cabinet libéral	95	19,1 %	WHO-5 moy. 76,4/100
SPÉCIALITÉ — Cardiologie	278	55,9 %	Biais de recrutement réseau EMMA
SPÉCIALITÉ — Urgences/Réa	75	15,1 %	—
SPÉCIALITÉ — Chirurgie	74	14,9 %	—
SPÉCIALITÉ — Médecine int./Onco.	70	14,1 %	—

★ La concentration des statuts interne et chef de clinique (20,6 % combinés) dans les tranches les plus vulnérables représente le signal de santé publique le plus urgent de l'étude : 1 médecin en formation sur 2 présente un risque de dépression probable.

### 1.3 Distribution géographique

Les 17 régions françaises sont représentées, conférant à l'étude une portée nationale rare dans la littérature française sur le vécu émotionnel médical. L'Île-de-France regroupe 24,1 % des répondants (n=120), suivie d'Auvergne-Rhône-Alpes (12,5 % ; n=62), Nouvelle-Aquitaine (11,1 % ; n=55), Occitanie (9,1 % ; n=45) et PACA (8,9 % ; n=44). Les DROM représentent 0,8 % (La Réunion, Martinique, Guadeloupe).

La concentration francilienne reflète la surreprésentation des grands centres universitaires dans les réseaux de recherche médicale. Les régions sous-représentées (Bourgogne-Franche-Comté 3,4 %) concentrent probablement des médecins dans des structures plus petites, avec un isolement professionnel plus marqué — facteur de risque documenté pour le PTSD médical.

## 2. Bien-être psychologique — Score WHO-5

### 2.1 Score global et distribution

Le score WHO-5 moyen est de 64,9/100 ( $\pm 19,0$  ; médiane 68 ; étendue 20–100 ; IQR 52–76). La distribution est asymétrique à gauche, avec une minorité significative de scores très bas. Ces médecins sont probablement invisibles dans leurs services — la culture du stoïcisme médical conduit à la normalisation de la détresse.

Catégorie de bien-être	Seuil WHO-5	N	% (n=497)
Bon bien-être	$\geq 72/100$	222	44,7 %
Bien-être intermédiaire	50–71/100	167	33,6 %
Dépression probable	$< 50/100$	108	21,7 %
Dépression sévère probable	$< 28/100$	35	7,0 %

### 2.2 Analyse item par item

L'analyse item par item révèle une dissociation cliniquement significative entre motivation intacte et régulation émotionnelle dégradée — caractéristique du « travail émotionnel » (Hochschild, 1983).

Item WHO-5	Tout le temps	La plupart	Score moy.	Interprétation
1. Bonne humeur ★	99 (20%)	95 (19%)	2,60/5	Dimension la plus altérée
2. Calme/tranquille ★	144 (29%)	97 (20%)	2,95/5	2e dimension la plus altérée
3. Plein d'énergie	210 (42%)	89 (18%)	3,37/5	—
4. Frais/dispos au réveil ↑	271 (55%)	95 (19%)	3,63/5	2e mieux préservée
5. Vie quotidienne intéressante ↑	286 (58%)	76 (15%)	3,68/5	Dimension la mieux préservée

Ce profil — bonne humeur et calme dégradés, engagement professionnel préservé — rend la détresse des médecins invisible aux yeux de leurs collègues et supérieurs, et difficile à auto-reconnaître. C'est précisément ce qui retarde la demande d'aide.

### 2.3 Gradient selon le statut professionnel — la fracture documentée

Le test de Kruskal-Wallis confirme une différence hautement significative selon le statut ( $H=54,9$  ;  $p<0,001$ ). Ce gradient n'est pas une fragilité individuelle — c'est une vulnérabilité institutionnelle construite par l'accumulation de trois facteurs : exposition aux décès sans formation, responsabilité croissante avec autonomie encore limitée, et absence de soutien institutionnel.

Statut professionnel	N	WHO-5 moy. ±ET	Médiane	< 50 n(%)	≥ 72 n(%)
Sénior libéral ↑	101	75,0 ± 13,7	76	4 (4,0 %)	67 (66,3 %)
Sénior PH	180	71,1 ± 14,5	72	18 (10,0 %)	101 (56,1 %)
Universitaire	31	69,5 ± 14,7	72	2 (6,5 %)	16 (51,6 %)
Assistant(e)	83	53,1 ± 20,6	64	35 (42,2 %)	20 (24,1 %)
Interne ↓	42	52,8 ± 19,8	64	22 (52,4 %)	10 (23,8 %)
Chef de clinique ↓	60	52,0 ± 18,4	60	27 (45,0 %)	8 (13,3 %)

La corrélation WHO-5 / expérience est robuste :  $r = 0,474$  ( $p < 0,0001$ ). Les médecins de moins de 5 ans affichent un WHO-5 moyen de 63,5/100 ; ceux de plus de 20 ans atteignent 74,5/100. Il faut en moyenne plus de 10 ans d'exercice pour atteindre un bien-être ≥70/100. Sans dispositifs d'accompagnement, ces dix années sont une traversée du désert émotionnel. 42,5 % des médecins ayant 5 à 10 ans d'expérience présentent encore un score WHO-5 < 50.

*Le WHO-5 ne mesure pas une fatigue abstraite : il capture l'impact cumulatif des morts vécues. Chaque situation de mort laisse une empreinte émotionnelle spécifique — impuissance, culpabilité, soulagement — et c'est leur répétition, sans accompagnement, qui altère le bien-être des médecins.*

## 3. Vécu personnel de la mort et poly-exposition

### 3.1 Expositions personnelles antérieures

Indicateur	N	% (n=497)	Lecture analytique
Décès personnel d'un proche	413	83,1 %	La théorie du deuil non résolu (Bowlby, 1980) suggère que des deuils personnels non traités peuvent être réactivés par les décès professionnels

Décès de patient affectant	372	74,8 %	74,8 % portent une blessure mémorielle spécifique liée à un patient
Exposition ≥ 1 décès / 5 ans	438	88,1 %	Quasi-universalité de l'exposition dans la pratique médicale courante
Trauma transgénérationnel (Oui)	145	29,2 %	Facteur de vulnérabilité à l'activation lors des expositions cliniques
Trauma transgénérationnel (NSP)	101	20,3 %	20 % supplémentaires en zone d'incertitude

### 3.2 Poly-exposition aux décès professionnels

La poly-exposition est la norme, non l'exception. 73,8 % des médecins ont traversé au moins 3 types de décès qualitativement différents en cinq ans. La médiane est de 4 types (Moy.  $3,5 \pm 1,9$  ; max : 9).

Nombre de types de décès / 5 ans	N	% cohorte	Cumul (%)
0 type (aucune exposition)	59	11,9 %	11,9 %
1 type	48	9,7 %	21,5 %
2 types	22	4,4 %	26,0 %
3 types	90	18,1 %	44,1 %
4 types	133	26,8 %	70,8 %
5 types	87	17,5 %	88,3 %
6 types ou plus	58	11,7 %	100,0 %

Cette accumulation qualitative crée ce que Figley (1995) appelle la « fatigue compassionnelle cumulée » : l'épuisement progressif de la capacité à répondre émotionnellement de manière adaptée. La reprise immédiate du travail après chaque événement empêche tout traitement émotionnel entre les expositions, amplifiant cet effet cumulatif.

## 4. Les dix scénarios de décès — exposition, impact et réponse émotionnelle

### 4.1 Vue d'ensemble

Chaque scénario génère un profil émotionnel spécifique et irréductible. L'analyse révèle que la mort brutale et le décès chronique dominant en fréquence — deux situations aux profils émotionnels diamétralement opposés (impuissance vs soulagement). Cette dualité invalide toute politique de soutien unique : des dispositifs différenciés selon le type de décès sont nécessaires.

Scénario	N exposés	% expo.	Impact moy.	Préparation	Émotion principale
Mort brutale/inattendue	301	60,6 %	$6,3 \pm 1,8$	24,9 %	Impuissance (30,9 %)
Per/post-intervention	109	21,9 %	$6,8 \pm 2,0$	11,9 %	Culpabilité (42,2 %)
Décès chronique attendu	293	59,0 %	$5,5 \pm 1,7$	90,8 %	Soulagement (33,8 %)
Décision LATA/RCP	236	47,5 %	$5,2 \pm 1,8$	70,8 %	Travail accompli (30,1 %)
Maladie contagieuse COVID	150	30,2 %	$6,9 \pm 1,5$	34,0 %	Injustice (27,3 %)
Constat de décès	210	42,3 %	$4,9 \pm 2,0$	38,1 %	Soulagement (31,9 %)
Mort par décision médicale	182	36,6 %	$4,9 \pm 1,4$	59,9 %	Travail accompli (38,5 %)
Suicide/mort choisie ★	66	13,3 %	$7,2 \pm 2,1$	0 %	Culpabilité (48,5 %)

Mort d'un collègue	83	16,7 %	5,8 ± 1,8	0 %	Tristesse (50,6 %)
Mort d'un proche de collègue	88	17,7 %	5,1 ± 1,1	27,3 %	Anxiété (47,7 %)

★ Impact maximal de l'étude — 0 % de préparation émotionnelle possible.

Le taux de préparation émotionnelle varie de 90,8 % (décès chronique attendu) à 0 % (suicide du patient, mort d'un collègue). Certains décès peuvent être anticipés émotionnellement, réduisant leur impact traumatique ; d'autres surgissent sans aucune possibilité d'ajustement préalable. L'absence de formation pour ces situations non-anticipables constitue la défaillance curriculaire la plus grave.

## 4.2 Les trois situations prioritaires

### Le suicide/ décision de mourir du patient ou — l'émotion la plus lourde de l'étude

*Impact moyen : 7,2/10 (maximum de l'étude). Culpabilité : 48,5 %. Remise en question : 34,8 %. Préparation émotionnelle possible : 0 %. Soutien institutionnel formalisé : 0 %.*

Le suicide du patient est la situation la plus traumatisante documentée par l'étude. Un médecin sur deux culpabilise. La question « aurais-je pu voir les signes ? » hante, ronge, sans réponse possible. L'analyse différentielle révèle un paradoxe contre-intuitif : la culpabilité culmine chez les seniors ( $\geq 56$  ans : 58,3 %), dépassant les jeunes médecins ( $\leq 35$  ans : 31,2 %). Ce phénomène s'explique par la théorie du patient suicide survivor : le senior pense avoir les compétences pour détecter les signaux d'alerte — et leur absence perçue est vécue comme une faute professionnelle irréparable.

### Le décès per/post-intervention — blessure identitaire

*Impact moyen : 6,8/10. Culpabilité : 42,2 %. Colère : 35,8 %. Soutien institutionnel : 2,78/10 (nadir absolu de l'étude).*

Le décès per/post-intervention génère le profil émotionnel négatif le plus intense. La culpabilité frappe l'identité professionnelle dans son cœur : perdre un patient que l'on opère crée une blessure narcissique qui résiste aux mécanismes d'adaptation habituels. La colère révèle une détresse que la culture du stoïcisme médical empêche d'exprimer. Paradoxalement, les seniors présentent l'impact le plus élevé pour ce scénario ( $7,5 \pm 2,0/10$ ) et le taux de reprise immédiate du travail le plus fréquent (72,7 %).

C'est précisément là où la culpabilité est la plus intense que l'institution est la plus absente (2,78/10). Les réunions de morbi-mortalité (RMM) répondent à « qu'est-ce qui s'est passé techniquement ? » sans jamais demander « comment allez-vous ? ».

### La mort brutale — l'impuissance comme émotion universelle

*Scénario le plus fréquent (60,6 % exposés). Impact : 6,3/10. PTSD-like  $\geq 1$  symptôme : 90,7 %. Troubles du sommeil : 49,8 %. Flashbacks : 47,2 %.*

La mort brutale est le scénario le plus exposant de l'étude. Elle ne se prépare pas — elle survient, elle percute, et le médecin repart soigner d'autres patients dans les vingt minutes. Les jeunes médecins ( $\leq 35$  ans) présentent le taux de PTSD-like le plus élevé de toute l'étude pour ce scénario (96,6 %) et un WHO-5 dégradé (63,2/100). Le taux diminue avec l'âge mais reste très élevé chez les seniors (83,6 %) — la mort brutale ne s'approprie pas complètement avec l'expérience.

## 4.3 Les émotions positives — angle invisible



L'étude HEART-DEATHS documente un résultat que la littérature médicale ignore souvent : face à certains décès, les médecins ressentent du soulagement et un sentiment de travail accompli. Face au décès chronique attendu, 33,8 % ressentent du soulagement et 28,0 % un sentiment de travail accompli. Face au constat de décès : 31,9 % et 29,0 %. Face à la mort par décision médicale, le travail accompli domine à 38,5 %.

*Ces émotions positives sont normales, adaptatives, et témoignent d'un accompagnement réussi. Mais la culture médicale les interdit. Un médecin qui exprime du soulagement après la mort d'un patient risque l'incompréhension de ses pairs. Cette inhibition forcée est elle-même une source de détresse documentée.*

#### 4.4 La gestion immédiate des émotions — la reprise du travail comme mode universel

La reprise immédiate du travail constitue le mode de gestion dominant pour tous les scénarios, tous âges confondus. Elle traduit trois dynamiques simultanées : (1) la pression institutionnelle — d'autres patients attendent ; (2) la norme professionnelle du stoïcisme — la maîtrise émotionnelle reste valorisée en France comme signe de compétence ; (3) l'évitement comme mécanisme de défense — reprendre le travail empêche la rumination, mais aussi le traitement cognitif de l'événement, alimentant le PTSD différé.

Scénario	Mode dominant (n, %)	Mode secondaire	Annonce décès (%)
Mort brutale	Reprise travail (197, 65 %)	Isolement (86)	244/301 (81 %)
Per/post-intervention	Reprise travail (94, 86 %)	Débriefing méd. (21)	80/109 (73 %)
Décès chronique	Reprise travail (142, 48 %)	Discussion équipe (130)	234/293 (80 %)
LATA/RCP	Reprise travail (162, 69 %)	Discussion équipe (71)	180/236 (76 %)
COVID	Reprise travail (81, 54 %)	Discussion équipe (50)	120/150 (80 %)
Constat de décès	Reprise travail (139, 66 %)	Discussion équipe (59)	164/210 (78 %)
Suicide patient/décision de mourrir	Reprise travail (40, 61 %)	Isolement (21)	54/66 (82 %)
Mort d'un collègue	Reprise travail (43, 52 %)	Discussion équipe (24)	62/83 (75 %)

## 5. Soutien perçu par cinq sources — le déficit institutionnel

### 5.1 Soutien agrégé toutes situations (1 718 observations)

Le déficit institutionnel est le résultat qui mérite le plus d'attention analytique. Il ne s'agit pas d'une insatisfaction subjective — c'est le reflet d'une absence structurelle de dispositifs formels. La hiérarchie des scores suit exactement celle de la proximité affective.

Source de soutien	Score moy. ± ET (1-10)	Médiane	Δ vs Institution	p (Wilcoxon)
Équipe soignante	6,20 ± 2,34	7	+2,53	< 0,001
Famille / entourage	6,16 ± 2,35	7	+2,49	< 0,001
Pairs / collègues	5,79 ± 2,38	6	+2,12	< 0,001
Supérieur hiérarchique	4,81 ± 2,30	5	+1,14	< 0,001

Institution ★ nadir	3,67 ± 2,21	3	— (réf.)	—
---------------------	-------------	---	----------	---

Le gap pairs (5,79/10) vs supérieur hiérarchique (4,81/10) est riche d'enseignements : parler à un collègue du même niveau est perçu comme sûr — parler à son supérieur implique un risque de jugement sur sa solidité professionnelle. Ce gap confirme l'importance des espaces de parole horizontaux entre pairs comme premier levier d'intervention à faible coût et à fort impact.

## 5.2 Soutien institutionnel par scénario

Scénario	n expo.	Inst. moy.±ET	Pairs moy.	Équipe moy.	Δ Inst-Pairs
Per/post-intervention ★ nadir	109	2,78 ± 2,04	5,8	6,5	-3,0
COVID/contagieuse	150	3,23 ± 1,85	5,6	6,1	-2,4
Décès chronique	293	3,59 ± 2,29	5,7	6,2	-2,1
LATA/RCP	236	3,61 ± 2,14	5,7	6,2	-2,1
Mort brutale	301	3,67 ± 2,25	5,9	6,3	-2,2
Constat de décès	210	3,72 ± 2,10	5,7	6,0	-2,0
Mort par décision médicale	182	3,83 ± 2,32	5,8	6,2	-2,0
Mort proche de collègue	88	4,25 ± 2,37	5,9	6,3	-1,7
Mort d'un collègue	83	4,31 ± 2,12	8,0	8,0	-3,7
Suicide/mort choisie	66	4,44 ± 2,29	5,4	5,9	-1,0

Le delta institution-pairs est systématiquement négatif — dans tous les scénarios, les pairs soutiennent plus que l'institution. Le nadir per/post-intervention (2,78/10) révèle un paradoxe institutionnel majeur : c'est précisément là où la culpabilité est la plus intense que l'institution est la plus absente.

## 5.3 Soutien aux apprenants — une chaîne pédagogique à construire

Environ 1 médecin sur 5 seulement initie une démarche de soutien envers les apprenants (étudiants, infirmiers) présents lors d'un décès : 20,5 % pour la mort brutale et la décision LATA/RCP, 19,9 % pour la mort par décision médicale, 17,5 % pour le constat de décès. Ces 20 % sont le terreau sur lequel construire une culture institutionnelle du soutien. L'enjeu est de transformer ce comportement minoritaire en norme culturelle — par la formation, la reconnaissance institutionnelle et la valorisation du « prendre soin de ceux qui prennent soin ».

## 6. Symptômes post-traumatiques (PTSD-like)

*Rappel méthodologique : ces données documentent des symptômes cliniquement reconnus sans constituer un diagnostic de PTSD (qui requiert les 4 clusters DSM-5 et des outils validés comme le PCL-5). Le terme « PTSD-like » traduit cette nuance. Une étude prospective avec PCL-5 reste nécessaire pour quantifier la prévalence diagnostique réelle.*

### 6.1 Mort brutale — détail des symptômes (n=301 exposés)

Parmi les 301 médecins exposés à une mort brutale, 273 (90,7 %) ont déclaré au moins un symptôme post-traumatique.

Symptôme	N (sur 301)	% (n=301)	Lecture clinique
----------	-------------	-----------	------------------

Troubles du sommeil	150	49,8 %	Porosité entre sphère professionnelle et personnelle
Flashbacks — revivre l'événement	142	47,2 %	Mémoire traumatique : le corps se souvient (Van der Kolk, 1994)
Pensées ou images envahissantes	113	37,5 %	Rumination cognitive différée
Recours à un(e) psychologue	74	24,6 %	Remarquable dans un milieu où cette démarche reste stigmatisée
Cauchemars répétitifs	53	17,6 %	Traitement nocturne non abouti
Besoin de consommer de l'alcool	31	10,3 %	Auto-médication socialement acceptée, jamais abordée dans les bilans
Détresse psychologique intense	19	6,3 %	—
Réactions physiologiques	17	5,6 %	Sueurs, tachycardie, tremblements
Besoin de consommer des toxiques	9	3,0 %	—
Aucun symptôme	28	9,3 %	—
≥ 1 symptôme (total)	273	90,7 %	Tableau clinique cohérent avec PTSD subclinique (DSM-5, critères B et D)

## 6.2 Prévalence PTSD-like par scénario

Scénario	n exposés	n ≥ 1 symptôme	% PTSD-like	Commentaire
Mort brutale/inattendue	301	273	90,7 %	Priorité d'intervention absolue
Per/post-intervention	109	51	46,8 %	Blessure identitaire — impact sur l'identité professionnelle
Mort d'un collègue	83	36	43,4 %	Perte d'un pair et d'un repère
Décision LATA/RCP	236	102	43,2 %	Élevé malgré la préparation possible (70,8 %)
Suicide/mort choisie	66	27	40,9 %	0 % de préparation — trauma radical
Constat de décès	210	48	22,9 %	—
Maladie contagieuse COVID	150	32	21,3 %	—
Décès chronique attendu	293	59	20,1 %	—
Mort par décision médicale	182	0	0 %	Deuil différencié, non traumatique
Mort d'un proche de collègue	88	0	0 %	Deuil différencié, non traumatique

La hiérarchie des traumatismes est contre-intuitive : le per/post-intervention génère un taux de PTSD-like (46,8 %) proportionnellement élevé malgré un impact absolu moindre que la mort brutale. La distinction entre PTSD élevé et nul illustre une réalité clinique fondamentale : certains décès génèrent un trauma soudain (mort brutale) tandis que d'autres génèrent un deuil normal ou anticipé (mort par décision médicale). Ces deux processus ne répondent pas aux mêmes interventions.

## 7. Distribution globale des émotions — toutes situations confondues

Émotion principale	N réponses	% / 1 718	Rang	Catégorie	Signification clinique
Tristesse	268	15,6 %	1er	Négative	Résonance empathique avec la perte
Impuissance	222	12,9 %	2e	Négative	Confrontation aux limites de la médecine
Sentiment de travail accompli	210	12,2 %	3e	Positive	Accompagnement réussi
Soulagement pour le patient	192	11,2 %	4e	Positive	Fin d'une souffrance — tabou
Culpabilité	172	10,0 %	5e	Négative	Auto-accusation identitaire
Colère	144	8,4 %	6e	Négative	Détresse que le stoïcisme empêche d'exprimer
Anxiété	138	8,0 %	7e	Négative	Anticipation d'une récurrence, peur du jugement
Remise en question	104	6,1 %	8e	Mixte	Questionnement professionnel / personnel
Injustice	~88	~5,1 %	9e	Négative	Atteinte du sens face à la mort
Identification / Projection	~75	~4,4 %	10e	Mixte	Engagement identitaire fort envers le patient

*Émotions positives (travail accompli + soulagement) = 23,4 % des réponses. Émotions négatives ≈ 65 %. La coexistence d'émotions positives et négatives invalide le mythe du médecin stoïque ou perpétuellement en détresse. Ce qui devient pathologique, c'est l'impossibilité de nommer, de partager ou de traiter ces émotions — que la culture du silence médical impose structurellement.*

## 8. État émotionnel de la famille lors de l'annonce — une double exposition traumatique

Les scores d'effondrement familial perçu par les médecins varient de 7,9 à 8,4/10 selon les scénarios — tous proches de l'effondrement sévère. Cette donnée révèle une charge longtemps négligée : le médecin est simultanément confronté à sa propre détresse ET à celle de la famille. C'est une double exposition traumatique dont on mesure mal la contribution cumulative au PTSD médical.

Scénario	n annonces gérées	Score moy. état émotionnel	Interprétation clinique
LATA/RCP	180	8,4 / 10	Effondrement sévère — mort perçue comme évitable
Mort brutale/inattendue	244	8,3 / 10	Effondrement sévère — mort non préparée
Maladie contagieuse COVID	120	8,2 / 10	Effondrement sévère — mort déshumanisée
Per/post-intervention	80	8,1 / 10	Effondrement sévère — mort perçue comme faute
Décès chronique attendu	234	8,0 / 10	Effondrement élevé — même préparé, le choc reste
Constat de décès	164	8,0 / 10	Effondrement élevé
Mort par décision médicale	141	7,9 / 10	Effondrement élevé

Suicide/mort choisie	54	7,9 / 10	Effondrement élevé — culpabilité familiale intense
----------------------	----	----------	--

Gérer l'annonce dans ces conditions — sans formation, sans protocole — constitue une exposition traumatique secondaire documentée (Redinbaugh et al., BMJ, 2003). Les 20–27 % de médecins n'ayant pas géré d'annonce malgré l'exposition correspondent soit à des décès annoncés par un tiers, soit à un évitement — mécanisme de protection compréhensible mais qui laisse la famille sans accompagnement professionnel.

## 9. Formation aux situations de décès — un vide curriculaire documenté

*94 % des médecins français n'ont reçu aucune formation spécifique aux situations de décès. 0 % est satisfait de la formation reçue. 67 % souhaitent une formation supplémentaire. Ce vide curriculaire n'est pas une fatalité — c'est un choix institutionnel que rien ne justifie.*

Indicateur de formation	N (%)	Lecture analytique
Formation spécifique reçue : AUCUNE	≈468 (94 %)	Absence totale dans les DES, ECN, formations initiales
Formation jugée insuffisante	198 (39,8 %)	Parmi les rares ayant reçu quelque chose
Ne peut se prononcer (n'en a pas reçu)	299 (60,2 %)	« Violence symbolique de l'absence » (Bourdieu) : on ne manque que ce dont on a eu connaissance
Satisfait de la formation	0 (0 %)	Zéro réponse positive documentée
Souhait de formation supplémentaire	≈333 (67 %)	Signal d'une génération prête à s'engager

La demande de 67 % signale que cette génération de médecins est prête à s'engager dans un développement professionnel intégrant la dimension émotionnelle — si seulement l'institution leur en donnait les outils. La France dispose d'un système de formation médicale initiale et continue qui pourrait intégrer ces modules sans révolution organisationnelle, à l'image de ce qui existe déjà au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède.

## 10. Analyse différentielle par tranche d'âge — les dix scénarios

Le rapport analytique complet décompose systématiquement les réponses émotionnelles selon trois tranches d'âge représentant les grands stades de la trajectoire professionnelle médicale : les jeunes médecins ( $\leq 35$  ans,  $n=146$ ), les médecins en milieu de carrière (36–55 ans,  $n=251$ ) et les médecins seniors ( $\geq 56$  ans,  $n=100$ ). Voici les principaux enseignements par scénario.

### 10.1 Mort brutale/inattendue

Indicateur	$\leq 35$ ans ( $n=88$ , 60 %)	36-55 ans ( $n=152$ , 61 %)	$\geq 56$ ans ( $n=61$ , 61 %)
Impact émotionnel moy.	6,4 $\pm$ 1,8	6,3 $\pm$ 1,8	6,0 $\pm$ 1,9
WHO-5 moy. / dépression	63,2/100 (<50 : 16 %)	71,6/100 (<50 : 4 %)	72,1/100 (<50 : 3 %)
Émotion principale	Impuissance (28 %)	Impuissance (19 %)	Impuissance (21 %) / Tristesse (18 %)
PTSD-like $\geq 1$ symptôme	97 %	90 %	84 %
Gestion dominante	Reprise travail (43 %)	Reprise travail (45 %)	Reprise travail (34 %)

Les jeunes médecins présentent le taux de PTSD-like le plus élevé de toute l'étude (97 %) — détresse identitaire intense face à leurs propres limites avant d'avoir eu le temps de construire des

mécanismes adaptatifs. Le taux diminue avec l'âge mais reste très élevé chez les seniors (84 %) : la mort brutale ne s'apprivoise pas complètement avec l'expérience.

## 10.2 Décès per/post-intervention

Indicateur	≤ 35 ans (n=31, 21 %)	36-55 ans (n=56, 22 %)	≥ 56 ans (n=22, 22 %)
Impact émotionnel moy.	6,7 ± 1,8	6,6 ± 2,1	7,5 ± 2,0 ★
WHO-5 moy. / dépression	62,1/100 (<50 : 23 %)	73,2/100 (<50 : 4 %)	73,8/100 (<50 : 0 %)
Culpabilité (multi)	45 %	38 %	50 % ★
PTSD-like ≥ 1 symptôme	64 %	46 %	23 %
Reprise travail	52 %	61 %	73 % ★

Paradoxalement, les seniors présentent l'impact le plus élevé (7,5 ± 2,0/10) et la culpabilité maximale (50 %), mais le PTSD-like le plus bas (23 %) — révélant des mécanismes de dissociation plus efficaces, pas nécessairement plus sains. La reprise immédiate du travail est la plus fréquente chez eux (72,7 %), reflétant une culture du stoïcisme plus ancrée.

## 10.3 Décès chronique attendu

Indicateur	≤ 35 ans (n=92, 63 %)	36-55 ans (n=140, 56 %)	≥ 56 ans (n=61, 61 %)
Impact émotionnel moy.	5,6 ± 1,6	5,4 ± 1,7	5,7 ± 1,6
WHO-5 moy. / dépression	65,2/100 (<50 : 14 %)	71,0/100 (<50 : 6 %)	73,5/100 (<50 : 3 %)
Soulagement (multi)	28 %	36 %	36 %
Culpabilité (multi)	28 % ★	19 %	23 %
PTSD-like ≥ 1 symptôme	16 %	23 %	20 %

Le décès chronique attendu génère une ambivalence émotionnelle caractéristique chez les jeunes : soulagement, travail accompli et culpabilité quasi à égalité (≈28 % chacun). Cette coexistence d'émotions positives et négatives témoigne d'un conflit entre la reconnaissance de la mort comme délivrance et la culpabilité d'éprouver du soulagement.

## 10.4 Suicide du patient

Indicateur	≤ 35 ans (n=16, 11 %)	36-55 ans (n=38, 15 %)	≥ 56 ans (n=12, 12 %)
Impact émotionnel moy.	6,9 ± 2,6	7,4 ± 2,1	6,7 ± 1,3
Culpabilité (multi)	31 %	53 % ★	58 % ★
Remise en question (multi)	38 % ★	29 %	50 % ★
PTSD-like ≥ 1 symptôme	19 %	47 %	50 %
Préparation possible	0 %	0 %	0 %

Scénario sans préparation possible dans toutes les tranches. La culpabilité augmente avec l'expérience (31 % chez les jeunes vs 58 % chez les seniors) — phénomène contre-intuitif expliqué par la théorie du patient suicide survivant : le senior pense avoir les compétences pour détecter les signaux, et leur absence perçue est vécue comme une faute professionnelle irréparable.

## 10.5 Mort d'un collègue

Indicateur	≤ 35 ans (n=27, 18 %)	36-55 ans (n=40, 16 %)	≥ 56 ans (n=16, 16 %)
------------	-----------------------	------------------------	-----------------------

Impact émotionnel moy.	5,7 ± 2,0	6,0 ± 1,7	5,6 ± 1,9
WHO-5 moy. des exposés	61,2/100 (<50 : 18 %) ★	72,8/100 (<50 : 2 %)	74,2/100 (<50 : 0 %)
Colère (multi)	59 % ★	35 %	31 %
Tristesse (multi)	44 %	50 %	62 % ★
Injustice (multi)	22 %	38 %	50 % ★

La mort d'un collègue génère la colère la plus forte chez les jeunes (59,3 % — taux le plus élevé de toute l'étude) et la tristesse la plus intense chez les seniors (62,5 %). Pour les jeunes, perdre un pair signifie perdre un repère et se confronter à sa propre vulnérabilité professionnelle. Leur WHO-5 des exposés (61,2/100) est le plus bas de toutes les tranches pour ce scénario.

## 10.6 Décision LATA/RCP

Indicateur	≤ 35 ans (n=62, 42 %)	36-55 ans (n=122, 49 %)	≥ 56 ans (n=52, 52 %)
Impact émotionnel moy.	5,2 ± 2,0	5,3 ± 1,7	5,0 ± 1,7
Impuissance + culpabilité + RQ + travail accompli	29 % chacun ★	Tristesse 33 % / Travail 29 %	Travail 35 % / Tristesse 27 %
PTSD-like ≥ 1 symptôme	53 %	43 %	31 %
Préparation possible	71 %	72 %	67 %

Chez les jeunes médecins (≤ 35 ans), la décision LATA génère une distribution parfaitement ambivalente : impuissance, culpabilité, remise en question et travail accompli atteignent tous exactement 29 % — témoignant de la complexité éthique que ces situations représentent pour des praticiens dont l'autonomie décisionnelle est encore limitée. Le profil s'apaise avec l'expérience : le travail accompli domine chez les seniors (35 %).

## 10.7-10.10 Autres scénarios — points saillants

- COVID (maladie contagieuse) : l'injustice et l'anxiété dominant dans toutes les tranches. Les seniors présentent le taux de « aucune émotion » le plus élevé (17,1 %), suggérant une saturation émotionnelle ou une dissociation développée. Impact homogène entre tranches (6,9–7,0/10) : le COVID a frappé tous les âges sans distinction.
- Constat de décès : scénario le mieux intégré — impact décroissant avec l'âge (5,1 / 4,8 / 4,6/10). Les émotions positives (soulagement, travail accompli) dominant dans toutes les tranches. Le PTSD-like paradoxalement légèrement plus élevé chez les seniors (27 %), peut-être lié à des contextes de constat plus complexes.
- Mort par décision médicale : seul scénario de l'étude présentant 0 % de PTSD-like dans toutes les tranches — la décision médicale délibérée et assumée génère un deuil normal, non un trauma. Le travail accompli culmine en milieu de carrière (47,3 %).
- Mort d'un proche de collègue : anxiété dominante dans toutes les tranches — le médecin accompagne son collègue endeuillé sans avoir les ressources pour gérer simultanément sa propre résonance émotionnelle. Zéro PTSD-like dans toutes les tranches.

## 11. Synthèse générale — tableau de bord des indicateurs clés

#	Domaine	Résultat clé	Test stat.	Priorité
1	Bien-être global	WHO-5 moy. 64,9/100 — 21,7 % dépression probable	—	Surveillance

2	Jeunes médecins	Interne 52,8/100 — Chef clinique 52,0/100 — 45-52 % dépression probable	KW H=54,9 p<0,001	★★★ URGENTE
3	Corrélation exp./bien-être	r=0,474 p<0,0001 — +2,1 pt WHO-5 / 5 ans d'expérience	Pearson	Formation précoce
4	Poly-exposition	74 % ≥ 3 types / 5 ans — 29 % ≥ 5 types — médiane 4	Descriptif	★★ Préventif
5	Mort brutale — exposition	60,6 % exposés — impact 6,3/10 — 0 % préparés	—	★★★ Débriefing
6	Mort brutale — PTSD	90,7 % ≥ 1 symptôme — 50 % troubles sommeil — 47 % flashbacks	Descriptif	★★★ Dépistage
7	Soutien institutionnel	3,67/10 — nadir per/post 2,78/10	Wilcoxon p<0,001	★★★ URGENTE
8	Déficit soutien	Δ = -2,53 vs équipe — -2,49 vs famille	Wilcoxon p<0,001	★★ Structurel
9	Formation	94 % sans formation — 0 % satisfait — 67 % demandent	—	★★★ DES urgent
10	Gestion par évitement	Reprise travail = mode dominant dans TOUS les scénarios	Descriptif	★★ Culturel

## 12. Recommandations prioritaires — cadre HEART-DEATHS

Le tableau de synthèse ci-dessus est une feuille de route pour l'action. Les trois indicateurs « URGENTE » (vulnérabilité des jeunes médecins, soutien institutionnel, formation) forment un triangle de causalité : les jeunes médecins sont vulnérables parce qu'ils ne sont pas formés et parce que l'institution ne les soutient pas. Ces trois défaillances se renforcent mutuellement — toute intervention isolée sera insuffisante.

La logique des recommandations suit une progression temporelle : formation initiale (prévention primaire) → débriefings post-décès (intervention immédiate) → dépistage WHO-5 (surveillance) → accès DAS (réhabilitation) → étude prospective (évaluation).

### Recommandation 1 — Formation initiale et continue

Intégrer des modules de gestion du deuil professionnel dans les DES à haute exposition mortelle (cardiologie, réanimation, chirurgie, urgences, oncologie). Contenu minimal : communication autour du décès, gestion émotionnelle, prévention de la fatigue compassionnelle, protocoles post-décès. Ce module existe dans plusieurs pays européens (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suède) et peut être intégré sans révolution organisationnelle.

### Recommandation 2 — Débriefings systématiques (PDDS)

Instaurer des Patient Death Debriefing Sessions (PDDS) systématiques après chaque décès brutal ou per-interventionnel (~10 minutes, conduit par le senior référent). Le modèle PDDS (Lev et al., 2017 ; Eng et al., 2015) est validé et applicable en routine. Intégration aux Plans de Santé au Travail Hospitaliers (PSTH) et comptabilisation comme temps de travail institutionnel.

### Recommandation 3 — Protocole spécifique suicide patient

Un dispositif de soutien immédiat et systématique après tout suicide de patient — le scénario le plus traumatisant (impact 7,2/10, culpabilité 48,5 %) et le moins couvert (0 % de préparation, 0 % de protocole). Dépistage WHO-5 obligatoire chez les internes et chefs de clinique lors des bilans annuels de DES : 52,4 % et 45,0 % atteignent le seuil de dépression probable.

### Recommandation 4 — Soutien institutionnel déstigmatisé

Accès déstigmatisé aux professionnels de santé mentale via les Dispositifs d'Appui aux Soignants (DAS) des ARS, sans notification à l'employeur. Garantie explicite de confidentialité, promotion active dès l'internat. La suppression de toute barrière administrative est une condition sine qua non de leur efficacité.

### Recommandation 5 — Recherche prospective nationale

Une étude prospective nationale représentative (cohorte multicentrique, tirage aléatoire stratifié par spécialité et région, suivi longitudinal  $\geq 12$  mois) utilisant des outils de dépistage validés (PCL-5, seuil  $\geq 33$  pour le PTSD ; CAPS-5 pour les cas sévères). HEART-DEATHS est un premier signal robuste — une mesure épidémiologique définitive reste à construire.

### Recommandation 6 — Reconnaître la fin de vie comme mission de l'hôpital

Faire que la mort et la fin de vie soient une mission reconnue et évaluée de l'hôpital, sur la qualité de la prise en charge pour les patients et les familles, mais aussi sur ses conséquences pour les soignants. Mise en place de dispositifs préventifs conformes aux recommandations du Rapport IGAS « La mort à l'hôpital » (2009).

## Glossaire des abréviations

Abréviation	Signification complète	Contexte d'utilisation dans l'étude
ARS	Agence Régionale de Santé	Autorité de santé régionale en France. Les DAS (Dispositifs d'Appui aux Soignants) sont déployés via les ARS.
ARMDC	Association pour la Recherche sur la Mort et le Deuil dans les Carrières médicales	Co-porteur de l'étude HEART-DEATHS avec Les SUR Vivants / EMMA-ORDAAT.
CAPS-5	Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5	Entretien clinique structuré, outil de référence pour le diagnostic de PTSD. Non utilisé dans HEART-DEATHS (étude de dépistage populationnel).
CHG	Centre Hospitalier Général	Établissement hospitalier public de taille intermédiaire, hors CHU.
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	Établissement hospitalier public de grande taille, associé à une faculté de médecine.
COVID	Coronavirus Disease 2019	Maladie infectieuse causée par le SARS-CoV-2. Dans l'étude : scénario de décès lié à une maladie contagieuse (COVID).
DAS	Dispositif d'Appui aux Soignants	Structure d'aide psychologique et de soutien aux professionnels de santé, déployée par les ARS.
DES	Diplôme d'Études Spécialisées	Formation post-internat définissant la spécialité médicale (ex : DES de cardiologie, de réanimation, etc.).
DFASM	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales	Deuxième cycle des études médicales (4e, 5e et 6e années de médecine).
DFGSM	Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales	Premier cycle des études médicales (1re, 2e et 3e années).
DPC	Développement Professionnel Continu	Obligation de formation continue pour tous les professionnels de santé.
DROM	Départements et Régions d'Outre-Mer	La Réunion, Martinique, Guadeloupe — représentés dans la cohorte HEART-DEATHS (n=4).
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e édition	Manuel de référence américain pour le diagnostic des troubles psychiatriques, dont le PTSD.

DU	Diplôme Universitaire	Formation universitaire diplômante non inscrite au Répertoire National des Certifications Professionnelles. Dans ce rapport : DU « Les soignants et la mort » (UPEC).
ECN	Épreuves Classantes Nationales	Concours de fin de deuxième cycle des études médicales permettant le choix de spécialité.
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing	Thérapie psychologique validée pour le traitement du PTSD. Mentionnée parmi les possibilités thérapeutiques dans le DU.
EMMA	Étude Multicentrique sur les Médecins et Accompagnateurs	Réseau de recherche co-porteur de l'étude HEART-DEATHS.
ET	Écart-Type	Mesure de dispersion statistique autour de la moyenne. Noté $\pm$ dans les tableaux.
FMC	Formation Médicale Continue	Formation continue obligatoire des médecins (intégrée dans le DPC depuis 2013).
HEART-DEATHS	Health Emotional Affect Research Trial — Doctor Emotional Affect and Trauma from Healthcare Situations	Nom de l'étude. Première cartographie nationale française des émotions des médecins face aux décès.
IQR	Intervalle InterQuartile	Mesure de dispersion : écart entre le 25e et le 75e percentile d'une distribution.
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales	Organe d'inspection et d'évaluation des politiques sociales et de santé. Auteur du rapport « La mort à l'hôpital » (2009).
LATA	Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives	Décision médicale collégiale de ne pas initier ou d'arrêter des traitements curatifs, en faveur d'une approche palliative. Encadrée par la loi Claeys-Leonetti (2016).
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique	Désigne les services hospitaliers aigus non spécialisés en soins palliatifs.
NICE	National Institute for Health and Care Excellence	Agence britannique de référence pour les recommandations cliniques et de santé publique.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	Agence spécialisée des Nations Unies pour la santé. Le WHO-5 est un outil validé par l'OMS.
ORDAAT	Observatoire de Recherche sur le Deuil et l'Accompagnement des soignants et des Thanatologues	Co-porteur de l'étude avec EMMA.
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5	Questionnaire auto-administré de 20 items pour le dépistage du PTSD. Seuil diagnostique : $\geq 33/80$ . Non utilisé dans HEART-DEATHS — recommandé pour une étude prospective future.
PDDS	Patient Death Debriefing Session	Séance de débriefing structurée (~10 minutes) après un décès en service, conduite par le senior référent. Modèle validé (Lev et al., 2017 ; Eng et al., 2015).
PH	Praticien Hospitalier	Statut de médecin salarié titulaire d'un établissement public hospitalier.
PSTH	Plan de Santé au Travail Hospitalier	Document stratégique des établissements hospitaliers définissant les actions de prévention des risques professionnels.
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder (trouble de stress post-traumatique)	Trouble psychiatrique défini par le DSM-5 : quatre clusters (intrusion, évitement, altérations cognitives, hyperactivation) présents > 1 mois avec retentissement fonctionnel.

RCP	Réanimation Cardio-Pulmonaire	Ensemble des manœuvres de secours en cas d'arrêt cardiaque. Dans l'étude : associé au scénario LATA/RCP — décision de ne pas initier ou d'arrêter une RCP.
RMM	Réunion de Morbi-Mortalité	Réunion d'analyse des complications et décès en service hospitalier, à visée d'amélioration des pratiques (sans objectif de soutien émotionnel explicite).
SUR Vivants (Les)	Les Survivants — Association de patients et de soignants	Site web : <a href="http://www.lesurvivants.org">www.lesurvivants.org</a> . Co-porteur de l'étude HEART-DEATHS.
UPEC	Université Paris-Est Créteil	Université française portant le DU « Les soignants et la mort, enjeux individuels, organisationnels et de santé publique ».
WHO-5	World Health Organization Well-Being Index (indice de bien-être de l'OMS)	Questionnaire de 5 items évaluant le bien-être psychologique sur les 2 dernières semaines. Score de 0 à 100. Seuil de dépression probable : < 50. Seuil de dépression sévère probable : < 28.

Sources : DSM-5 (APA, 2013) ; WHO-5 (Topp et al., *Psychother Psychosom*, 2015) ; Loi Claeys-Leonetti n°2016-87 du 2 février 2016 ; Rapport IGAS « La mort à l'hôpital » (2009) ; PDDS (Lev et al., 2017).

## 12. Conclusion

HEART-DEATHS n'est pas une étude de plus sur le burnout médical. C'est la première cartographie française systématique de ce que les médecins vivent intérieurement — émotion par émotion, situation par situation — au contact de la mort de leurs patients. Quatre résultats méritent d'être gravés dans les politiques institutionnelles françaises :

- La mort professionnelle est universelle et répétée : 74 % des médecins ont traversé au moins 3 types de décès qualitativement différents en cinq ans.
- Chaque mort génère son propre profil émotionnel irréductible : toute politique de soutien uniforme est structurellement inadaptée.
- Le soutien institutionnel est absent là où il est le plus nécessaire : nadir à 2,78/10 pour le décès per/post-interventionnel, scénario le plus culpabilisant.
- La formation est inexistante pour 94 % des médecins : ce vide curriculaire n'est pas une fatalité — c'est un choix institutionnel que rien ne justifie.

*Former les soignants à mieux vivre avec la mort n'est pas une question de sensibilité personnelle. C'est une question de santé professionnelle, de qualité des soins et de cohésion des équipes. Les données sont là. Les outils commencent à exister. Il reste à décider que la santé des soignants est une priorité institutionnelle — et à agir en conséquence.*

HEART-DEATHS — Les SUR Vivants / ARMDC / EMMA-ORDAAT Study Group — Mars 2026

Contact : [contact@emma-ordaat.org](mailto:contact@emma-ordaat.org) · Pr Thibaud Damy ([thibaud.damy@aphp.fr](mailto:thibaud.damy@aphp.fr))

Analyses statistiques : Yaron.Benhayoun - Emmaclinic

Site web : [www.lesurvivants.org](http://www.lesurvivants.org)

