

## CONTENIR LA MORT COMME LE FRUIT SON NOYAU



Dre Michèle Gennart

Psychologue spécialiste en psychothérapie  
Centre médical de la Source  
Av. Vinet 30 – 1004 Lausanne  
gennart@bluewin.ch

Lors d'un dernier groupe Balint, la situation suivante avait été amenée: une femme du sud de l'Italie, dans la septantaine, atteinte de diverses pathologies suivies de près par son généraliste à travers les années, avait interpellé celui-ci avec une

virulence un brin menaçante: «Docteur, sachez que je ne veux pas mourir; faites tout ce qu'il faut, mais je ne veux pas mourir!»

Cette interpellation avait bien sûr touché notre collègue, qui partage avec nous la question: comment aider cette patiente âgée à accepter sa mort inéluctable et à profiter en suffisance du temps de vie qui lui serait encore imparti à l'avenir? Une discussion animée s'ensuit entre nous. L'un interroge le trouble anxieux qui pourrait sous-tendre ce rejet de la mort et suggère de l'investiguer plus avant. Mais pour quelle bonne raison cette patiente transmet-elle son «Sachez que je ne veux pas mourir!» à ce moment

précis à son médecin traitant? Si elle exprime quelque chose de l'ordre du déni ou du refus de la mort, a-t-elle aussi la perception d'un danger plus imminent – qui pourrait être nommé par son médecin? Exprime-t-elle à la fois sa volonté de vivre et sa crainte de mourir, dans une coexistence d'émotions contrastées qui mériterait d'être légitimée? Nous échangeons autour de l'opportunité de contrer le tabou de la mort chez cette patiente: elle rejette catégoriquement les invitations de son médecin traitant en ce sens – notamment celle de préparer des directives anticipées. Le non semble être sa seule manière de parler de la mort – manière

malgré tout bien parlante... Une collègue confie que, pour sa part, et depuis son enfance, elle pense chaque jour à la mort – comme une compagne de l'ombre sur son chemin de vie. Mais en définitive, nous demandons-nous, est-il vraiment si indispensable d'accepter la mort? Ne devons-nous pas, nous, faire un certain deuil de l'idéal de «la bonne mort»: celle dans laquelle nos patients glisseraient en plein accord, dans un sage consentement, porteurs d'un bilan de vie apaisé? Ceux qui l'acceptent trop, cette fameuse mort, qui la veulent, la cherchent, s'y élancent, ne nous inquiètent-ils pas davantage encore que ceux qui n'en veulent pas? Cette femme, venue toute

## ZOOM

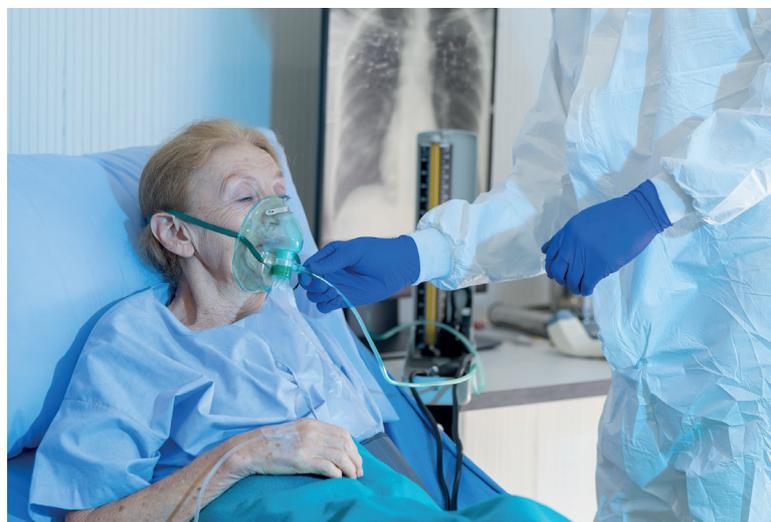
## Pneumonies communautaires sévères: utilité des corticostéroïdes

**La pneumonie acquise en communauté (PAC) reste un problème majeur de santé publique. Dans le monde, 489 millions d'infections des voies respiratoires inférieures ont été recensées en 2019. Dans les pays à haut revenu, le taux de décès chez les patients hospitalisés pour PAC est d'environ 10 à 12%. Chez les patients nécessitant une ventilation mécanique, le taux de mortalité peut atteindre 30%, d'où l'importance de connaître le gain des corticostéroïdes en telles situations.**

**Méthode:** étude de phase 3, multicentrique (31 sites en France entre 10.2015 et 03.2020) randomisée et contrôlée, en double aveugle. Inclusion: patients de  $\geq 18$  ans admis aux soins intensifs pour une PAC sévère. Gravité de la pneumonie définie par au moins l'un des critères suivants: ventilation mécanique (invasive ou non); administration d' $O_2$  par lunettes nasales à haut débit avec rapport  $PaO_2/FiO_2 < 300$ , et  $FiO_2 > 50\%$ ; PSI (Pulmonary Severity Index)  $> 130$ . Exclusion: directive anticipée «ne pas intuber», pneumonie grippale (sécurité vis-à-vis des corticostéroïdes) et choc septique (facteur confondant). Intervention: tous/toutes les patient-e-s ont reçu un traitement selon les règles de

l'art, comprenant antibiotiques et soins de soutien. Les patient-e-s du groupe «traitement» ont reçu 200 mg d'hydrocortisone par voie IV pendant 8 ou 14 jours, selon l'amélioration clinique, dose progressivement réduite sur 8 ou 14 jours. Issue primaire: décès toutes causes confondues à J28.

**Résultats:** 800 patients randomisés lorsque l'essai a été interrompu (Covid-19). Les données de 795 patients inclus (âge médian 67 ans; femmes: 29,4% dans le groupe hydrocortisone; 31,4% dans le groupe placebo). À J28, décès chez 25/400 (6,2%) dans le groupe hydrocortisone et chez 47/395 (11,9%) dans le groupe placebo ( $p = 0,006$ ). Parmi les patients sans ventilation mécanique



au départ, l'intubation orotrachéale (IOT) a été réalisée chez 40/222 (18,0%) du groupe hydrocortisone et 65/220 (29,5%) du groupe placebo. Parmi les patients initialement sans vasopresseurs, un tel traitement a été instauré à J28 chez respectivement 55/359 (15,3%) et 86/344 (25,0%) (hydrocortisone vs placebo). La fréquence des infections nosocomiales et des

hémorragies gastro-intestinales était similaire dans les deux groupes; les patients du groupe hydrocortisone ont reçu des doses quotidiennes d'insuline plus élevées lors de la première semaine de traitement, conséquence des effets pharmacologiques des corticostéroïdes.

**Discussion et interprétation:** cette étude montre donc que



© gettyimages/thomaslusth

Les enfants en avaient une petite, les adultes une grande. Les femmes la portaient dans leur sein, les hommes dans leur poitrine. On l'avait bien sa mort, et cette conscience vous donnait une dignité singulière, une silencieuse fierté.»<sup>1</sup>

Sans doute son médecin peut-il poursuivre sereinement comme il l'a fait jusque-là: écouter la révolte de cette femme tenaillée par la maladie et la mortalité, tout en soignant ses troubles qui ne guériront pas et en l'accompagnant sans faillir dans son style d'être farouche – à la vie, à la mort.

<sup>1</sup> Rilke RM. *Les Cahiers de Malte Laurids Bridge*, in: *Cœuvres 1, Prose*. Trad. fr. de M. Betz. Paris: Seuil, 1966, p. 553.

jeune des contrées siciliennes, seule et sans formation, qui a su affronter tous les récifs de la migration et se tailler une modeste place en Suisse grâce à toute la fougue de sa combativité, devons-nous attendre d'elle qu'elle consente aujourd'hui à disparaître? Serait-elle encore vivante s'il lui appartenait de

consentir à s'éteindre? Ou est-il plutôt dans son style d'existence d'aborder la vie – et la mort – avec cette ardeur protestataire (que son médecin affectionne par ailleurs)?

Me revient une réflexion de Rilke, ce poète qui a pensé si profondément notre rapport à la mort à travers son œuvre et

qui écrit: «Jadis l'on savait – ou peut-être s'en doutait-on seulement – que l'on contenait sa mort comme le fruit son noyau.

Announce

l'administration d'hydrocortisone à des patients admis aux soins intensifs pour PAC sévère réduit le risque de décès à J28 par rapport au placebo. Les résultats sont aussi cohérents pour les analyses de sous-groupes relatives à la nécessité d'IOT et à l'usage des vasopresseurs.

**Conclusion:** dans cette étude, les patients recevant de l'hydrocortisone pour une PAC sévère aux soins intensifs avaient un risque de décès plus faible à J28. Cependant, on note dans une autre étude publiée en 2022 (double aveugle, randomisée et contrôlée par placebo), portant sur 584 patients avec une PAC sévère, que l'administration de doses faibles de méthylprednisolone au long cours (40 mg IV de J1 à J7, puis schéma dégressif jusqu'à J20) ne réduit pas de manière significative la mortalité à J60 par rapport au placebo (OR ajusté: 0,90; IC 95%: 0,57-1,40). Par contre, une méta-analyse (16 études, 3842 patients) publiée tout récemment révèle que la corticothérapie est associée à

une nécessité moindre de ventilation mécanique chez les patients hospitalisés pour une PAC, mais n'a pas d'impact sur la mortalité. Tout tient peut-être à la molécule et à la dose des corticostéroïdes utilisés...

**Pr Pierre-Alexandre Bart**

**Avec la collaboration du groupe**

**MIA**jour, Service de médecine interne Centre hospitalier universitaire vaudois Lausanne

Dequin PF, et al. Hydrocortisone in severe community-acquired pneumonia. *New Engl J Med*. 2023 Mar 21. DOI: 10.1056/NEJMoa2215145

Meduri GU, et al. Low-dose methylprednisolone treatment in critically ill patients with severe community-acquired pneumonia. *Intensive Care Med* 2022;48:1009-23. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06684-3>.

Saleem N, et al. Effect of Corticosteroids on Mortality and Clinical Cure in Community-Acquired Pneumonia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of Randomized Control Trials. *Chest* 2023;163(3):484-97. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.08.2229>.



**CŒUR DE LA TOUR**  
FONDATION POUR LA RECHERCHE  
CARDIOVASCULAIRE

La Fondation Cœur de la Tour annonce :

## UN PRIX DE RECHERCHE CARDIOVASCULAIRE

Ce prix annuel, créé en 2006, récompense un projet de recherche clinique publié ou accepté pour publication en 2022/2023, dans un journal à politique éditoriale. Dix mille francs suisses seront attribués au premier auteur de la publication choisie.

Les candidat(e)s doivent travailler en Suisse dans le domaine clinique de la médecine cardiovasculaire ou être de nationalité suisse travaillant à l'étranger pour leur formation postgraduée. Seules les publications concernant la recherche clinique seront prises en compte.

Les manuscrits doivent être soumis avant le 31 octobre 2023 et l'évaluation des travaux sera faite par un jury de 6 membres. Chaque candidat(e) ne peut soumettre qu'un seul manuscrit. Le (la) lauréat(e) sera averti(e) en janvier 2024 et invité(e) à donner une présentation orale de son travail lors du colloque mensuel du Dépt Cardiovasculaire de l'Hôpital de la Tour au printemps 2024 à Genève.

Adresse pour soumission :  
Dre Tomoe Stampfli, présidente du Jury  
Fondation Cœur de la Tour  
Av. Maillard 1 – 1217 Meyrin  
[info@coeurdelatour.ch](mailto:info@coeurdelatour.ch)