

DEUIL ET CANCER : 7 situations autour du deuil

09/10/2020

CONTRIBUTEURS

Coordination

LOMBARD Isabelle (Psychologue AFSOS, Bordeaux)

SOULIE Ophélie (Psychiatre SFFPO, Paris)

HARITCHABALET Isabelle (Psychologue SFAP, Pau)

Soutien méthodologique et logistique

Réseau Onco-Nouvelle-Aquitaine (**DIGUE** Laurence, Médecin coordinateur, **BARRAU** Sylvie, Chef de projets)

Membres du groupe de travail

CECCALDI Joël (Hématologue, Libourne), **HARITCHABALET** Isabelle (Psychologue SFAP, Pau), **HERGAUX** Pauline (Psychologue, Montfermeil), **KIRAKOSYAN** Voskan (Psychologue, Bordeaux), **LOMBARD** Isabelle (Psychologue, Bordeaux), **PREAUBERT-SICAUD** Christine (Infirmière en oncologie, Montauban), **SOULIE** Ophélie (Psychiatre SFFPO, Paris)

CONTRIBUTEURS

Relecteurs nationaux

BACQUE Marie-Frédérique (Psychologue, Strasbourg), **BAUCHETET** Chantal (Cadre de santé retraitée, AFSOS), **BEERBLOCK** Karine (Oncologue Médicale et Enseignante en Thérapie Sportive, Paris), **BLANCHARD** Françoise (bénévole), **BLANQUIER** Patricia (Infirmière clinicienne libérale, Lapalud), **BLOQUE** Mélanie (Psychologue clinicienne, Chartres), **BOLOMEY** Charlotte (Stagiaire Psychologue L3), **BONNOT** Martine (Psychologue, Mâcon), **BOQUET Christèle**, (Psychologue clinicienne), **BRONNIMANN** Charlotte (Neuro-oncologue, Bordeaux), **BROUSSE** Annie (Présidente association Vivre Comme Avant), **CAILLEUX** Marine (Psychologue en soins palliatifs, Rouen), **CAPDEPONT** Françoise (Bénévole Accompagnante, Pau), **CLAVERE** Pierre Frédéric (PUPH, Limoges), **COLLIN** Amandine (Médecin 3C, Bordeaux), **COUILLET** Audrey (Psychiatre, Lyon), **DELANGHE** Mireille (Psychologue clinicienne, Toulouse), **DOLLE** Mathilde (Psychologue, hypnothérapeute et formatrice, région Hauts-de-France), **EMPEREUR** Fabienne (Médecin Coordinateur ONCOPL, Nantes), **FABRE** Huguette (Bénévole, Pau), **FASSE** Léonor (Psychologue, Villejuif), **GOBERT** Emmanuelle (psychologue, Toulouse), **JAULMES** Dominique (Médecin retraitée, Paris), **LANTHEAUME** Sophie (Psycho-oncologue, Ardèche), **LARIGAUDERIE** Laurence (IDE, Orléans), **LECLÈRE-CONDIS** Bénédicte (Ide de coordination en pneumologie, Lyon), **LEPLUS-HABENECK** Jean-Sébastien (Psychologue, Périgueux), **LEROY** Maïlis (Psychologue coordinatrice, Marseille), **MAYEUR** Didier (Oncologue Médical, Dijon), **MIGNON** Edeline (Médecin, Boulogne sur Mer), **MILHAU** Marie-Claude (présidente URPS IDE, Corse), **ORDRONNEAU** Pascale (Psychologue clinicienne, Besançon), **PATERNOSTRE** Bernard (Médecin, Médecine palliative, Bordeaux), **QUEVAL** Claire (Cadre, Créteil), **ROLLAND** Lydie (Psychologue clinicienne, Argonay), **TOURMANN** Patrick (Psychologue Clinicien, Rochefort sur Nenon, Lons-le-Saunier), **ZAMITH-CHAVANT** Marion (Psychologue clinicienne, Toulouse)

Approbateurs (Participants à l'atelier des J2R du 02/07/2020)

BEY Emilie (Chef de projet référentiels et soins oncologiques de support, Besançon), **BRIKHOU** Tahar (Oncologue, Saida – Algérie), **CECCALDI** Joël (Hématologue, Libourne), **DEBONNET** Géraldine (Sophrologue et directrice d'un organisme de formation pour professionnels de santé, Toul), **FARSI** Fadila (Médecin et directrice du RRC Onco Aura, Lyon), **GARDIEN** Pierre (Odontologue, Clermont-Ferrand), **JAULMES** Dominique (Médecin hématologue, Paris), **KRAKOWSKI** Ivan (Oncologue et président de l'AFSOS, Bordeaux), **NIMUBONA** Donavine (Médecin coordinateur, Rennes), **PREAUBERT-SICAUD** Christine (IDE oncologie, Occitanie), **STUDER** Noémie (Médecin de la douleur, Neuilly-sur-Seine)

SOMMAIRE

- **RAPPEL (cf. partie 1)** p. 5
- **POURQUOI CE REFERENTIEL ? (cf. partie 1)** p. 6
- **POUR QUI? (cf. partie 1)** p. 7
- **COMMENT ? (cf. partie 1)** p. 8
- **Situation Clinique 1 « Dire ou ne pas dire » (cf. partie 1)** p. 9
- **Situation Clinique 2 « Toujours trop tôt... » (cf. partie 1)** p. 18
- **Situation Clinique 3 « Double perte, double peine » (cf. partie 1)** p. 28
- **Situation Clinique 4 « Gare au cumul des mandats »** p. 39
- **Situation Clinique 5 « Passer la main ? »** p. 48
- **Situation Clinique 6 « Quand trop, c'est trop ! »** p. 56
- **Situation Clinique 7 « Deuil au pays des Samouraïs »** p. 64
- **CONCLUSION** p. 72

Situation Clinique 4

« Gare au cumul des mandats »



SITUATION CLINIQUE 4

Gare au cumul des mandats

Un infirmier travaille dans un service de cancérologie et y accompagne son frère cadet atteint d'un cancer du poumon en phase palliative.

Très présent auprès de lui, il est sa «personne de confiance».

C'est lui qui transmet à l'entourage les informations sur l'évolution de sa situation médicale. Il a dû aussi leur annoncer le décès.

NB: Son frère avait écrit ses directives anticipées.


Problématiques

- **Facteurs de risque :**
 - référent pour informer la famille jusqu'à la mort
 - double posture : frère / soignant
 - place en tant que personne de confiance

➔ Cumul des rôles : un facteur de risque supplémentaire

- **Risques de complication du deuil**

Référent pour informer jusqu'à la mort



Communication rendue plus complexe entre le frère soignant et la famille:

- Superposition des rôles et des places
- Décalage des savoirs

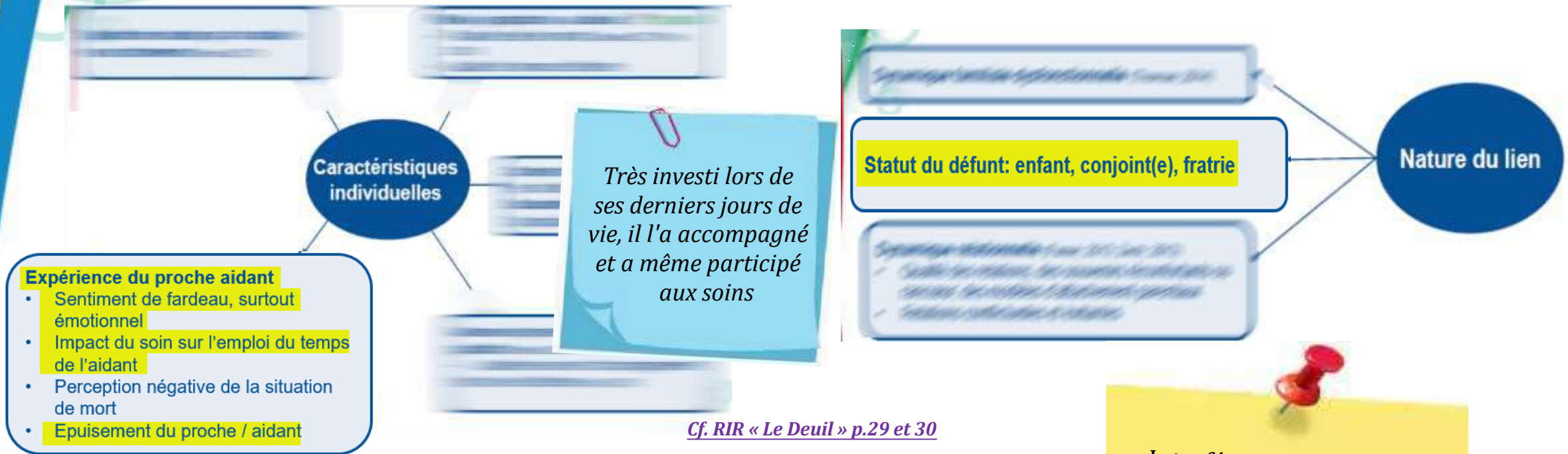


Pour les professionnels

Soutien et questionnement sur la place laissée à leur collègue pendant l'accompagnement

*Cf. Stadelmaier et coll. (2009). «Une position paradoxale de double contrainte ?»
Les interactions entre des soignants confrontés à la maladie grave de leurs parents et des professionnels de santé.
Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Éthique, 8(2), 78-85.*

Double posture frère/soignant : cumul des rôles



Cf. RIR « Le Deuil » p.29 et 30

Il arrive qu'un professionnel de santé devienne aidant de l'un de ses proches (ce qui peut entraîner un sentiment de confusion) : l'aider à définir sa juste place et se référer au code de déontologie concernant le secret médical.

Cf. RIR « La place des proches aidants » p.36

Interférences entre:

- ses compétences
- sa posture professionnelle
- sa place de frère dans la dynamique familiale

Son rôle de personne de confiance

Distinction entre « PROCHE AIDANT » et « PERSONNE DE CONFIANCE »

Personne de confiance :

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, prévoit que tout patient majeur peut désigner une personne de confiance qui sera consultée au cas où la personne malade serait « hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin » (article L. 1111-6 du Code de la santé publique).

Désigner une personne de confiance n'est pas obligatoire, mais il l'est de proposer au patient d'en désigner une, même s'il est sous tutelle.



Le proche aidant n'est pas toujours la personne de confiance.

Attention à rester vigilant lors de la transmission d'informations.

Si une personne de confiance et/ou un proche aidant a été (ont été) désigné(s) par le patient, le choix doit être consigné dans son dossier.

Cette désignation peut évoluer au cours du parcours de soin.

Cf. RIR « La place des proches aidants » p.12

Personne de confiance :
implique de
devoir/pouvoir porter
la parole de l'autre s'il
n'est plus en mesure de
le faire.

Rôle spécifique qui
peut modifier la
dynamique familiale
(et créer tant
confiance
que rancœur)

La fonction de soignant après le décès d'un proche

Il lui a été difficile de reprendre son travail et il a mis en place des conduites d'évitement par rapport à la chambre pendant quelques semaines.

Réflexion professionnelle éventuellement nourrie par l'expérience personnelle pour l'accompagnement des patients et des familles.

Possibilité de réactivation des affects liés au deuil lors :

- de futurs accompagnements de fin de vie et décès dans le service
- de la réutilisation du lit dans lequel son frère a été accompagné jusqu'au bout de sa vie (images souvenirs)

Accompagner un professionnel endeuillé

Soignants : comment accompagner une personne endeuillée?

- **Se rappeler que le deuil est un phénomène éminemment intime :**
- **La personne endeuillée va fluctuer entre de multiples émotions, pensées, expériences.**

→ Respecter simplement son cheminement

Copyright AFSOS, 50

Cf. RIR « Le Deuil » p.50

Grâce au soutien et à la bienveillance de ses collègues, ainsi qu'un accompagnement psychologique individuel, il a pu retrouver progressivement sa place de soignant au sein du service.

Laisser le temps d'intégrer cette **expérience intime** et en tenir compte dans la **sphère professionnelle.**

POUR NE PAS CONCLURE...

- **Bouleversement de la dynamique familiale** (changement de place)
- **Réflexion sur les directives anticipées :**
Son frère malade en avait écrit. Il aurait pu être en difficulté pour relayer les *souhaits de son frère s'ils avaient pu concourir à sa mort (cf. LATA*)*
- **Impact sur la vie professionnelle**
- **Réflexion au niveau du management de l'équipe :**
Quel soutien ? Quelle politique institutionnelle ?

* Limitation et arrêt de(s) thérapeutique(s) active(s)

Situation Clinique 5

« Passer la main ? »

SITUATION CLINIQUE 5

Passer la main ?

*Il s'agit d'un patient de 31 ans suivi depuis
8 ans dans le même service d'oncologie,
en phase avancée de son cancer.*

Il n'a plus de contact avec sa famille.

*Son état clinique s'aggrave, faisant discuter
un passage en unité de soins palliatifs.*

Problématiques

- **Accompagner un patient sur du long terme :**
 - risque possible d'attachement
 - mouvements projectifs et identificatoires multiples

- **Risque de vouloir remplacer un entourage absent :** patient isolé, désocialisé...

- **Transfert en unité de soins palliatifs :**
Devant l'arrêt des traitements conventionnels et l'aggravation de son état, l'équipe est « partagée » sur la décision de transfert en USP : certains des soignants estimant « devoir le prendre en soins jusqu'au bout » et d'autres souhaitant passer le relais.

Accepter la séparation...

Échanges, réflexions, communication, soutien en équipe

L'absence de famille peut créer un investissement relationnel plus important

Importance pour les soignants d'accompagner jusqu'au bout de la vie

Risque de sentiment d'échec et d'inaboutissement du soin

Réunion en équipe pluridisciplinaire pour discuter l'intérêt d'un transfert en USP

Nécessité d'accepter de passer le relais - Valeur donnée à la connaissance des habitudes, volontés, souhaits, tempérament du patient

Proximité physique, affective, relationnelle, liée à la durée d'accompagnement

Il est décidé en équipe, qu'une fois le transfert assuré, deux soignants feront le lien avec l'USP pour suivre l'évolution de la situation du patient

Après le décès, côté soignants

Prise en charge du corps après le décès quand absence de famille (rôle primordial de l'assistante sociale)

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Le deuil

Ces processus psychiques consécutifs à ces pertes dépendent des niveaux d'engagement et d'implication des soignants auprès de la personne décédée au cours de l'évolution de sa maladie et de la dynamique institutionnelle

Copyright AFSOS, 59

Proposition d'accompagnement du travail de deuil des soignants

Une réunion dédiée est mise en place par la cadre du service, avec l'aide de la psychologue, afin d'entendre et d'accompagner les vécus différents et parfois opposés dans l'équipe

Cf. RIR « Le Deuil » p.59

Le vécu du deuil par les soignants

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Le deuil

Le deuil des personnes ayant une fonction soignante (2) Vécu individuel

- Au cours d'une carrière, un certain nombre de relations, dont le souvenir perdure chez les soignants, peut conduire à un processus de deuil, souvent nécessaire :
 - Souffrance ni reconnue ni accompagnée
 - Eléments de vie personnels (maladie, décès...)
 - Deuils rarement accompagnés par des rites ou un soutien institutionnel
- L'individu isolé tend à être débordé par la présence de « ses morts »
- Le décès ne pouvant être symbolisé collectivement, les soignants pourront avoir recours à des rituels profanes personnalisés afin d'aller « jusqu'au bout de la relation et du soin »

Copyright AFSOS

60

Quelles
ressources pour
être accompagné ?

Ressources:

- Internes (médecine du travail, psychologue du travail, équipe de soins palliatifs...)
- Externes (psys...)

*Certains soignants
ont éprouvé le
besoin d'aller aux
obsèques*

Cf. RIR « Le Deuil » p.60

Le deuil vécu par les soignants

Comment se soigne-t-on en équipe quand on vit un deuil ?

Le deuil des personnes ayant une fonction soignante (3) Dimension collective (en institution)

- **Quelle place faite aux morts et à la mort, en institution de soin ou d'hébergement ?**
 - Vécu d'échec et sentiment d'impuissance en milieu hospitalier
 - Tabou de la mort: dissimulation du corps / cadavre en établissement (fermer les portes, évacuer le corps le soir)
- **L'équipe peut penser et proposer des rites communs :**
 - Evocation, lors des transmissions et réunions de service, des personnes décédées, cahier de transmissions, lit laissé vide pendant 24h ...
 - Envoi de carte de condoléances à la famille
 - Représentants du service aux funérailles
 - Expression littéraire ou graphique autour du décès, ...
- **Soutien institutionnel/formel/informel :**
 - Groupe de parole
 - Débriefing
- **Réflexions collégiales** sur les pratiques
- **Influence de la formation initiale et continue** (Dereen Houck, 2014)

 Cf Référentiel www.afsos.org: « Syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) »

Organisation d'un staff pluri-professionnel entre les équipes de cancérologie et l'USP à visée de débriefing

POUR NE PAS CONCLURE...

➤ Soigner

- Deuil de l'illusion de guérir « Les guérisseurs guérissent, les soignants soignent »
- Accepter l'incertitude liée à la maladie
- Maintenir le lien ? (devoir de non abandon)

➤ Anticiper ces situations en équipe lors des staffs pluridisciplinaires

- Interventions suffisamment précoces des Soins Oncologiques de Support et des Soins Palliatifs
- Oncologie / Soins Palliatifs : antagonistes ou complémentaires ? Place des LISP* et de l'intervention des EMSP**

➤ Imaginer

- Faire preuve de créativité en fonction de la culture du service et avec les moyens du bord

➤ Echanger rétrospectivement : l'aval d'une situation complexe est toujours l'amont d'une autre

Cf. RIR AFSOS: « *Syndrome d'épuisement professionnel des soignants* »

* *Lits Identifiés en Soins Palliatifs*

** *Equipes Mobiles de Soins Palliatifs*

Situation Clinique 6

« Quand trop, c'est trop ! »

SITUATION CLINIQUE 6

Quand trop, c'est trop !

Depuis le début du mois, un cabinet de 3 IDE libérales est confronté à la dégradation conjointe de l'état de 5 de leurs patients, suivis pour une maladie cancéreuse ou pour une maladie chronique jusqu'à leur décès.

Un 6^{ème} décès vient perturber un peu plus l'équipe déjà fragilisée par ces accompagnements simultanés : un dernier patient, tout juste pris en charge, décède brutalement de sa pathologie cancéreuse, alors que l'équipe ne s'y attendait pas.

Problématiques

- **Spécificités du travail au domicile**
 - Solitude, isolement professionnel
 - Organisation du travail (rythme, temps)

- **Etre confronté à plusieurs situations complexes simultanément**

- **Etre présent après la mort auprès des proches**

- ➔ **Risque d'épuisement professionnel**

Spécificités du travail au domicile

Nécessité
d'être formé à
la démarche
palliative

Fonctionnement
habituel : plannings
sur 3 semaines, en
alternance : l'une est
en repos lorsque les 2
autres travaillent

Peu de présence
médicale

Pas de ressources
palliatives locales

Vigilance accrue, visites,
soutien, surveillances
rapprochées : débordement
des horaires habituels de
visite à domicile.
Tensions dues à l'incertitude
et l'accumulation de stress

Adaptation,
concertation,
solidarité
professionnelle

Modifications, perturbation
des plannings habituels, des
priorités.

Augmentation de la charge
en soins : temps passé au
chevet, majoration du suivi,
disponibilité renforcée

Renfort et soutien
apportés par une des
IDEL en repos, entraide
et compagnonnage
pour la plus jeune

Etre confronté à plusieurs situations complexes simultanément

Implication de longue date auprès de certains patients et familles

Nécessité de prendre en compte le vécu de chaque soignant

Mise en place de temps de transmission spécifiques plus fréquents

Pour les prises en charge complexes, visites en binôme souhaitables

Empathie et disponibilité inégales des médecins traitants

Mort non attendue : choc pour le soignant

Malaise face à l'imprévu: sentiment de perte de maîtrise

Recherche de ressources supplémentaires : médecin traitant, équipe soins palliatifs d'appui, équipe de référence

Mise à mal de l'idéal du soin et des représentations soignantes

Création d'un temps de supervision avec un professionnel extérieur

Exploiter toutes les ressources (présentielles et distantielles)

Caractéristiques individuelles

Soudaineté du décès
Complications inattendues, LATA*

Absence de prise en charge en soins palliatifs
Qualité des soins et d'accompagnement de fin de vie déficiente

Cf. RIR « Le Deuil » p.29

Continuer ensemble : proches et soignants

Référentiels Inter-régionaux en Soins Oncologiques de Support

Le deuil

Les deuils des personnes ayant une fonction soignante (4) Dimension collective (en libéral)

- Complexité de la prise en charge autour de la mort à domicile :
 - Soutien des proches
 - Organisation légale : appel du médecin pour signature de l'acte de décès
 - Organisation factuelle de la personne décédée (toilette mortuaire, délai à respecter, attente de la venue des pompes funèbres...)
- Peu d'espaces de parole pour le soutien des soignants face à la mort d'un patient avec qui il y a pu avoir partage d'intimité, liens, ...
- Résurgence des souvenirs lorsque le soignant intervient dans la famille après le décès
- **Le travail en réseau paraît indispensable pour créer des espaces d'écoute et d'échange** (cabinet groupé, maison de santé, réseaux territoriaux, ...)

Copyright AFSOS

[Cf. RIR « Le Deuil » p.62](#)

Nécessité d'un espace et
d'un temps pour la
verbalisation,

Soutien informel autour
d'un café

Devoir
accompagner
quand on aurait
soi-même besoin
d'être
accompagné?

Soutien du
médecin traitant
de certaines
familles

Visites régulières
d'une des IDE
auprès d'une
famille sur son
temps personnel

POUR NE PAS CONCLURE...

- **Accompagner, jusqu'où ?**
Implication personnelle au domicile : jusqu'où aller ? passer le relais ?
- **Ouvrir l'accompagnement à d'autres professionnels complémentaires (EMSP, Médecin traitant) et aux bénévoles associatifs ?**
- **Penser/panser « la séparation » : importance d'un temps et d'un espace dédiés pour la verbaliser**
- **Mieux reconnaître l'accompagnement des proches endeuillés par les intervenants du domicile (absence de cotation), valeur humaine de la gratuité ?**
- **Exploiter au mieux les nouveaux moyens numériques disponibles**

➔ Savoir prendre soin de soi pour mieux soigner l'autre

Cf. Référentiel SEPS « Syndrome d'Épuisement Professionnel du Soignant »

Situation Clinique 7

« Deuil au pays des Samouraïs »

SITUATION CLINIQUE 7

Deuil au pays des samouraïs

Une femme âgée de 78 ans, d'origine japonaise, décède d'un cancer dans le service.

La famille et l'entourage se réunissent. Les rites autour de la mort durent un certain temps :

Les proches appliquent un liquide appelé « l'eau du dernier moment » pour humidifier les lèvres de la patiente décédée et placent des fleurs de gauche à droite, ainsi qu'une bougie.

Une conversation se fait avec la patiente décédée dans sa langue maternelle pour la consoler et l'autoriser à partir. Les proches placent entre ses mains un chapelet bouddhiste.

Les professionnels de santé sont perturbés dans leur organisation et leurs perceptions : ils doivent attendre la fin des rites qui accompagnent la mort pour prendre en charge le corps de la patiente. Ils n'arrivent pas à comprendre ce qui se dit à la patiente décédée.

Quelques mois plus tard, la famille revient s'excuser, en expliquant l'importance de ces rites dans la culture japonaise.

Problématiques

- **Méconnaissance d'une culture étrangère** et de ses rites :
 - Risque d'incompréhension des pratiques familiales
 - Risque de tensions entre contraintes institutionnelles et pratiques culturelles et cultuelles

- ➔ Nécessité de s'adapter pour limiter le risque de deuils complexes ou pathologiques des proches

Méconnaissance d'une culture étrangère

Référentiels inter-régionaux en Soins Oncologiques de Support

Le deuil

**Aspects existentiels :
spirituel, culturel & cultuel (1)**

La méconnaissance ou la non connaissance de ce qui réfère à la culture, aux rites ou aux croyances dans le cadre du deuil, met parfois les professionnels en difficulté: problèmes de compréhension, de non-dits, de tabous, de jugements de valeur...

Inversement, le non respect des rites met également l'endeuillé en difficulté.

Cf. RIR « Le Deuil » p.24 et 22

Cette famille japonaise croit en la réincarnation, elle humidifie les lèvres de la personne décédée pour favoriser sa renaissance.

Le chapelet bouddhiste est composé de 108 perles qui représentent les 108 karmas par lesquels l'âme de la morte renoncera aux désirs humains.

Importance pour les familles de rester fidèles aux croyances et aux rites culturels et de les appliquer même dans un pays étranger.

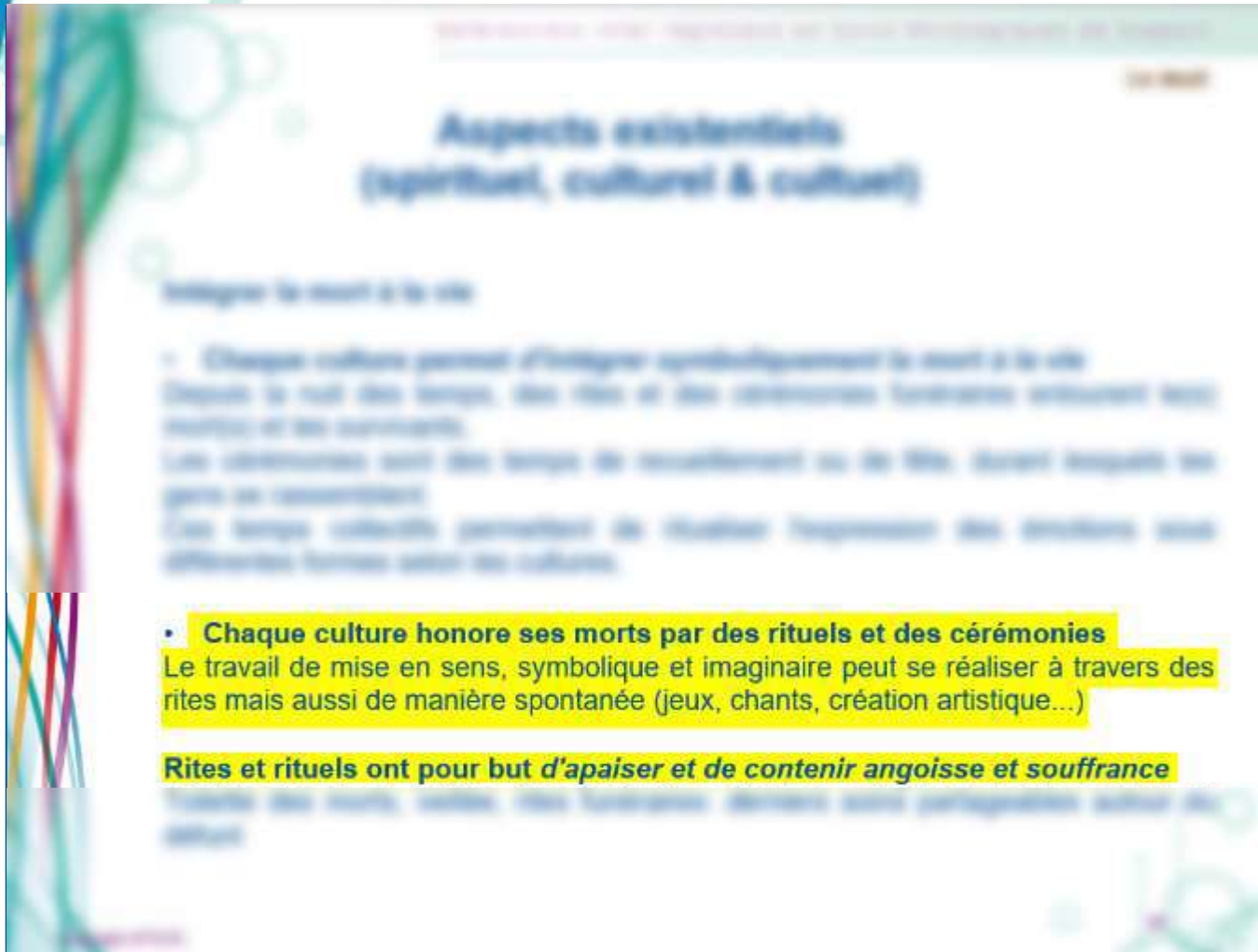
Nécessité de respecter ces différences culturelles présentes autour de la mort (Formations spécifiques)

Ces rites et croyances, différents selon chaque culture, peuvent ne pas être connus ni compris par les soignants.

Intérêt du recours aux aumôneries concernées

Importance des rites

DEUIL ET CANCER :
7 situations autour du deuil



Cf. RIR « Le Deuil » p. 86

Ces rites permettent aux familles de perpétuer leur culture et facilitent le travail de deuil

Rites, croyances contribuent à apaiser et peuvent permettre une continuité du lien

Les professionnels seront attentifs à la différence culturelle et à la manière d'accompagner la mort :

- Laisser le temps à la famille d'accomplir les rites
- Respecter l'autre dans sa différence

Aspects existentiels : spirituel, culturel & cultuel

En deçà, à travers et au-delà des rites et traditions, la peine de la séparation est portée et/ou traversée par une dimension spirituelle avec ses éventuelles expressions culturelles et culturelles dont la connaissance peut éclairer le professionnel de santé et dont l'ignorance peut l'égarer : à cet égard, le rôle des aumôniers et/ou des ministres du culte peut être déterminant.

Circulaire DGOS 2011/356 du 5 septembre 2011 relative aux aumôniers, accessible sur le site Legifrance.gouv.fr

S'autoriser à évoquer la dimension spirituelle pour le patient et sa famille, et leur histoire

En tant que professionnel laïc, avoir en tête la ressource que constituent les aumôneries

Aucun représentant du culte de cette patiente n'était présent dans l'hôpital.

Les soignants n'ont pu avoir d'explications claires et ont vécu difficilement cette période.

A chacun ses rites

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Le deuil

Aspects existentiels (spirituel, culturel & cultuel) Spiritualité & Plan symbolique

De nombreux rites initiatiques invitent à "mourir" pour renaître à une autre forme d'être ou de conscience. La mort est associée à la possibilité de changer, de passer sur l'autre rive

Cf. RIR « Le Deuil » p. 85

Le placement des fleurs, du chapelet bouddhiste entre ses mains et de la bougie est l'occasion pour les proches de la défunte de se réunir et de « consoler » cette dernière pour qu'elle puisse « partir »

Une conversation se fait avec la patiente décédée dans sa langue maternelle.

POUR NE PAS CONCLURE...

- **Prendre conscience et intégrer les représentations culturelles** de chaque soignant ainsi que les rites « protocolisés » dans chaque service
- **Se former** aux différences culturelles et culturelles face à la maladie et la mort
- **Adopter une attitude d'ouverture en questionnant dès que possible les dimensions spirituelles et religieuses** pour anticiper les rituels du mourir
- **Penser le vécu des personnes en situation de migration**: l'apport d'un médiateur transculturel peut aider à comprendre ce qui se joue sur le plan de l'identité culturelle, autant pour la personne accompagnée dans sa fin de vie que pour ses proches qui en vivront le deuil, ainsi que pour l'équipe
- **Les différentes approches en sciences humaines**, l'anthropologie, la sociologie, l'ethnopsychologie, ... peuvent enrichir la réflexion et la compréhension des situations de deuil dans des cultures différentes

La neutralité laïque n'est pas incompatible avec l'ouverture aux cultes

Conclusion des 7 situations cliniques

- La **qualité de la communication et de l'accompagnement dans le respect de la temporalité de chacun** tout au long du parcours de soins va favoriser la capacité des familles à vivre la peine de la séparation
- La **démarche participative** est une dynamique éthique, organisationnelle, managériale et transversale, individuelle et collective qui vise l'amélioration des soins par la prise en compte de la qualité de vie au travail des soignants. Elle vise à créer une dynamique d'équipe et à rassembler autour de valeurs communes.
- La **formation professionnelle** est un moyen indispensable pour permettre au professionnel d'accompagner le patient et sa famille.
- Il est nécessaire de porter une attention particulière pour les **équipes de prise en charge au long cours** (Etablissements Médico-Sociaux, EHPAD* ...) **
- Les ressources des **plateformes** (*Ordres professionnels, cellules de soutien, associations autour du deuil, réseaux, etc.*) et tout autre moyen de communication favorisant le lien et une réflexion entre les professionnels peuvent être utiles
- Le respect d'un « délai de décence » après le décès d'un patient avant une nouvelle admission est fortement conseillé. Seuls les LISP*** ont une réglementation dans ce domaine (*circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008*)

Et pour « coroner » le tout...

Ce référentiel a été finalisé pendant la période de l'épidémie « Covid-19 ».

Ce contexte particulier a bouleversé l'accompagnement des personnes en fin de vie, les pratiques et les rites autour du deuil. Il a touché tous les acteurs: proches, soignants, accompagnants.

Les contraintes sanitaires d'urgence ont entraîné une limitation des libertés: de visiter, d'accompagner, d'exprimer sa solidarité, soutenir...

- Bouversement des références : protection et priorisation du collectif, du bien commun
- Fragilisation de chaque acteur, risque accru de deuil pathologique...
- Multiplication des procédures, visites dérogatoires, création de cellules de soutien éthique, sollicitations des tutelles...
- Publication de recommandations par les sociétés savantes (*SFAR, SRLF, SFAP, etc.*) durant cette période

Cf. Communiqué du collège des psychologues de la SFAP