

Apprivoiser la mort

réflexion sur dix ans d'expérience en soins palliatifs

par Gauthier Bastin

La fin de la vie présente des défis importants pour le médecin. Souvent, notre formation ne nous a pas préparés à affronter les difficultés biopsychosociales de nos patients et de leurs familles à l'approche de la mort. Le présent article se veut une décantation de nos expériences à l'Unité des soins palliatifs de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville depuis dix ans, ainsi que de nos lectures et de nos participations à différents congrès. La vulgarisation des notions médicales (pathologie, physiologie, etc.) est essentielle pour en assurer une bonne compréhension de la part de nos patients et de leurs familles. L'exploration de certaines émotions est essentielle pour soulager les douleurs en fin de vie. Le côté humain du médecin devient plus important que ses connaissances scientifiques.

L'unité des soins palliatifs

Les soins palliatifs ne peuvent se résumer à l'administration d'analgésiques et de coanalgésiques. Ils englobent plutôt une gamme étendue d'interventions auprès du mourant et de son entourage qui sont facilitées par un bon contact entre l'équipe traitante, le patient et ses proches, ainsi que par une capacité du médecin à communiquer des notions qui dépassent souvent la simple médecine. Le médecin peut difficilement offrir tous les soins nécessaires à cette clientèle. Nous devons donc exiger la création d'unités de soins palliatifs dans nos hôpitaux. Loin du « mouvoir », une unité de soins palliatifs est un endroit calme, décoré de façon chaleureuse, où les soins infirmiers ne se limitent pas à des actes purement techniques et demandent plus de temps de la part du personnel. Ce dernier sera aussi

Le Dr Gauthier Bastin, omnipraticien en pratique générale à Saint-Léonard d'Aston, est chef de l'Unité des soins palliatifs de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville et professeur d'enseignement clinique attaché à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

appelé à faire des interventions psychosociales. Tout d'abord, les infirmières doivent vouloir offrir ce genre de soins. Pour y parvenir, elles auront besoin d'une formation spécifique afin d'intervenir efficacement auprès de la clientèle et de répondre à ses besoins biopsychosociaux. Lorsqu'on oblige une personne à travailler en soins palliatifs, elle offre souvent des soins techniques superficiels par rapport aux réels besoins des patients et des proches. La spécialité en soins palliatifs n'est pas reconnue par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

L'équipe des soins palliatifs devrait compter sur un pharmacien intéressé et innovateur, car les médicaments sont parfois utilisés à des fins autres que leur utilité première. La vérification des doses d'analgésiques et des entredoses, ainsi qu'une attention à l'accumulation de certains métabolites provenant des remèdes, permettra de diminuer les cas de *delirium* et les effets secondaires.

Un psychologue ou un psychothérapeute aimant travailler avec les clientèles aux prises avec des problèmes de deuil est un atout plus que précieux. Il nous éclaire sur les patients et les familles difficiles, tout en offrant des pistes d'intervention à l'équipe soignante. Il nous aide à résoudre

Le médecin peut difficilement offrir tous les soins nécessaires aux patients nécessitant des soins palliatifs. Nous devons donc exiger la création d'unités de soins palliatifs dans nos hôpitaux.

les impasses et à diminuer les situations pénibles et parfois conflictuelles. Il soutient aussi les membres de l'équipe dans leur réalité de soignants, devant souvent faire face à des patients souffrants dont le soulagement est difficile et qui transmettent aux soignants souffrance et frustration. Le psychologue ou le psychothérapeute verra à diminuer la charge émotionnelle de l'équipe soignante par des séances de « ventilation », afin d'éviter que les membres ne deviennent eux-mêmes épuisés, malades ou déprimés. Du coup, il les invitera à découvrir où ils en sont dans leur pratique en rapport avec leur histoire personnelle.

L'aumônier est essentiel en ce qui a trait au soutien spirituel et religieux des patients. Des bénévoles viendront soutenir les patients plus isolés. Une travailleuse sociale pourra assister les personnes relocalisées en raison d'une perte d'autonomie.

Et le médecin là-dedans ? A-t-il encore besoin d'être là ? Fait-il partie de l'équipe ? Oui, il en est le chef. Le médecin ne doit pas fuir lorsque la médecine n'est plus en mesure de guérir. La médecine devra s'épanouir et s'exprimer sur le plan du soulagement. Les patients et leurs proches se tourneront toujours vers le médecin dans l'espoir de guérir ou d'aller mieux.

Le médecin face aux soins palliatifs

En tant que médecin, œuvrer aux soins palliatifs nous confronte à nos connaissances et à nos croyances sur les plans psychologique, religieux et spirituel. Il n'existe aucun chapitre sur ce sujet dans nos « textbooks » de médecine. Le soutien apporté à la clientèle vulnérable des soins palliatifs exigera que nous puissions explorer nos croyances et exprimer notre côté humain. Encore une fois, la communication non verbale aidera le patient à conserver espoir dans sa quête de soulagement. Comme chefs d'équipe, nous devons être un peu psychologue, un peu curé, un peu pharmacien, un peu infirmier, un peu de tout quoi.

Il faut continuer à examiner le patient, dès le début des soins palliatifs (à l'hôpital ou au cabinet) et jusqu'à sa mort. Est-ce qu'un de vos patients vous a déjà dit : « Mon autre docteur devait croire que j'étais trop malade, car il ne m'examinait même plus. » L'examen physique par l'auscultation ou la palpation, accompagné d'un peu de temps et d'écoute, est inestimable pour favoriser le lien thérapeutique, la confiance et un effet placebo dépourvu d'interaction médicamenteuse ou d'effets secondaires. Plus souvent qu'autrement, l'examen physique ne changera

rien à notre conduite, mais préservera le lien privilégié avec le patient. Même lorsque le mourant est inconscient, et surtout devant ses proches, le toucher et lui parler indique à ceux qui observent que nous prenons le temps de l'examiner et de communiquer avec lui même si, en apparence, il ne nous entend pas. La chose qu'il ne faut jamais dire est : « il n'y a plus rien à faire ». Cette phrase sans nuance peut éteindre l'espoir caché des patients de guérir, d'aller mieux ou de mourir dignement. Il faut s'exprimer clairement en définissant les limites curatives de la médecine et soutenir le patient et sa famille dans leurs peurs, leurs douleurs, leurs émotions. Lorsque nous sommes convaincus de pouvoir encore intervenir comme médecins face à un patient aux soins palliatifs, nous transmettons, par le non-verbal, la confiance et l'espoir que cela pourra aller mieux dans le cheminement qui mènera à la mort. Dans leurs souffrances physiques et émotionnelles, nos patients dévoileront leurs croyances et leurs vulnérabilités au charlatanisme. À nous de faire preuve de souplesse devant cette situation, car les étapes du deuil ne sont pas linéaires, le patient pouvant parfois régresser et manifester colère et négation. Nous ne devrions pas pour autant remettre en question nos aptitudes. Les sentiments négatifs du patient sont simplement le reflet de l'immense souffrance qu'il vit et des conflits intenses qu'elle engendre. Comme médecins et comme membres de l'équipe soignante, nous sommes les observateurs et non la cause de cette souffrance. Nous devons prendre un peu de recul dans ces moments difficiles afin d'éviter un contre-transfert catastrophique pour tous.

Aborder le sujet des croyances religieuses et spirituelles est souvent utile. La croyance dans un « au-delà » est reconfortante. Transmettre l'espoir que nous pouvons peut-être encore aimer et influencer nos proches à partir de cet au-delà donnera un sentiment de continuité malgré l'épreuve de la mort. Pour certains, les bouddhistes par exemple, la mort est une étape difficile entre deux types de vie.

Certains patients très croyants vivront une crise spirituelle face à leur maladie qu'ils perçoivent comme l'expression de la volonté divine alors que leur vie aura été vertueuse. Un jour, au cours de funérailles, un prêtre a soulevé ce point, en disant que la mort n'est pas une volonté divine. Dieu est bon et ne voudrait pas la mort d'enfants et de gens justes, ni les voir souffrir. Ce prêtre avait expliqué que Dieu nous a offert la vie ainsi qu'une certaine liberté d'agir. Dans cette liberté s'inscrit en contrepartie la mala-

die. Et c'est la maladie, ou parfois un accident, qui entraîne notre mort, pas la volonté divine. Dieu est là pour nous accueillir dans l'au-delà.

La médecine ne soigne qu'une partie de l'individu, ce qui n'empêche pas le médecin d'aider le mourant avec des interventions qui ne sont pas strictement médicales. Il n'y a qu'une partie des souffrances qui se soigne avec des médicaments.

La société dans laquelle nous évoluons est devenue technologique et aseptisée. La mort est refoulée, niée, rationalisée, oubliée. Pourtant, si nous sommes nés, nous devons mourir. C'est la seule certitude (certains diront : la seule justice...) en ce monde. En quelque sorte, on vit sans trop savoir où l'on va, chaque jour nous rapprochant de la mort. On l'oublie, on ne profite pas assez du moment présent et lorsque la mort nous menace à la suite d'un événement quelconque, la catastrophe peut survenir sur le plan émotionnel. D'un point de vue médical, il n'existe pas de cocktail pharmaceutique pour soulager cette crise existentielle que traversent beaucoup de nos patients. Nous sommes alors confrontés à nos valeurs, à nos croyances, à notre spiritualité, à notre façon de vivre, etc. Qui d'entre nous a vraiment envie ou le temps de se questionner sur ce sujet ? Il est plus facile d'éviter de telles questions et donc, souvent, de refuser de voir certaines souffrances de nos patients de peur de nous y engouffrer. Pourtant, le contact avec des patients mourants peut devenir un moment privilégié où ces derniers nous transmettent leur vécu et leur philosophie de vie. On sort grandi par les belles expériences et troublé par celles qui sont laborieuses, mais on s'épanouit aussi lorsqu'on réussit à surmonter les difficultés. Dans la vie, les choses les plus faciles ne sont pas les plus gratifiantes.

L'incapacité à concevoir l'émotion vécue et à l'exprimer fige la personne dans une crise. Offrir une comparaison plus facile à comprendre permet à la personne de cristalliser ses émotions, d'entrevoir des moyens de les soulager et d'amorcer un cheminement.

La relation avec le patient et ses proches

Même si nous ne pouvons rien face aux frustrations du

patient, nous pouvons diminuer sa souffrance en lui permettant d'exprimer ses sentiments ou ses besoins. La simple écoute, un simple soutien empathique a son utilité.

Dès le départ, la communication non verbale est importante. S'asseoir démontre qu'on prend le temps. « On fait plus avec une demi-heure et une chaise qu'avec un crayon et une ordonnance », a déjà affirmé un professeur passionné de soins palliatifs. Au cours d'une conférence, un psychiatre a déjà dit : « Plus on apprend à prescrire des médicaments, moins on s'occupe du patient. » Nous devons poser les questions lentement, attendre les réponses et accepter les silences. Nous pouvons proposer des réponses (par exemple, à la peur d'étouffer que ressent le patient atteint du cancer du poumon). Nous devons rester humbles ; après tout, notre médecine curative s'est montrée vaincue. En outre, cette humilité est très utile lorsque le patient a des demandes irréalistes. Nous pouvons alors lui dire « Je ne suis que médecin... », ce qui signifie que nous sommes aussi mortels, suivi d'un silence où nous pouvons laisser le patient formuler une autre demande. Il faut éviter à tout prix d'infantiliser le patient malgré son état. Nous pouvons dire à nos patients (pas juste à ceux qui sont en soins palliatifs) qu'ils sont « les capitaines du bateau » et que nous ne sommes qu'un « conseiller ». C'est à eux que reviennent les décisions finales : celles à propos des médicaments, des congés temporaires, du retour à domicile, etc.

Il faut parfois le rappeler aux familles qui ont tendance à surprotéger le mourant. Lorsqu'il faut intervenir auprès des proches afin de limiter un comportement qui peut être nuisible pour le patient, nous pouvons commencer par leur dire qu'ils doivent beaucoup aimer le patient pour en faire autant pour lui. Nous pouvons ensuite ajouter : « L'excès d'une bonne chose peut devenir une mauvaise chose. » Les dictons aident beaucoup à faire passer certains messages. Il faut toujours valoriser les proches, car ils se donnent parfois sans compter et sans réaliser les conséquences de leur aide débordante. Il faut valoriser les aidants naturels et les proches dans leurs intentions, même si parfois leurs actions perturbent le patient. Leur refléter leur amour pour le mourant, leur peine devant la perte à venir ainsi que leur désir d'aider facilite les interventions où nous devons leur

Il faut éviter à tout prix d'infantiliser le patient malgré son état.

R E P È R E

suggérer un changement d'attitude ou d'action. Cela permet parfois au conjoint épuisé d'aller se reposer un peu. « Toute générosité commence par soi-même. »

Il arrive fréquemment qu'un enfant du mourant, qui habite loin et qui s'en est peu occupé, exige des examens, des interventions ainsi que la réanimation. Il exprime ainsi un mélange de culpabilité et de peine face à ses agissements. Nous devons alors lui refléter qu'il veut le bien de son parent, mais que malheureusement cela ne reportera pas la mort. Nous pouvons lui offrir la possibilité de trouver un sens à ce qui lui arrive et à sa souffrance, ainsi que du soutien pour lui permettre de se rapprocher du mourant.

Par ailleurs, il faut toujours accorder la priorité au programme du patient et le respecter, le nôtre étant que le patient ne souffre pas, qu'il progresse dans les étapes du deuil et qu'il meure paisiblement entouré de ses proches également sereins. La famille a son propre programme : que cela aille vite, etc. Les volontés du patient peuvent être différentes de celles des personnes qui le soignent ou l'entourent. Le fait qu'un mourant accepte de souffrir peut cacher une signification personnelle (un règlement de comptes, par exemple). Nous devons le comprendre et le respecter. À ceux qui semblent souffrir et qui minimisent leurs souffrances, nous pouvons leur mentionner « qu'on ne gagne pas son ciel par ses souffrances, mais plutôt par ses bonnes actions ». Encore ici, il faut respecter la volonté du patient.

Les patients qui ont été très généreux de leur vivant ont souvent de la difficulté à recevoir autant d'attention de leurs proches, car cela les confirme dans leur déchéance. Nous pouvons alors leur refléter que lorsqu'on sème par le don, on doit récolter. Ceux qui ont reçu se sentent endettés face au mourant et ont besoin de lui témoigner leur amour.

Un parent qui meurt aura très souvent l'impression qu'il abandonne ses enfants, même si ces derniers sont déjà grands-parents. Nous devons alors lui indiquer que nos enfants sont une part de nous-mêmes et, par conséquent, une forme d'immortalité et qu'il faut avoir confiance en l'avenir. Ainsi, une bonne plante produira de bons fruits qui produiront à leur tour d'autres bonnes graines, et le cycle de la vie se perpétuera.

Il faut aller au-devant des problèmes. Le patient souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive ou d'insuffisance cardiaque terminale, ou celui qui est atteint d'un cancer du poumon ou d'un autre type de cancer provoquant de la dyspnée, va très souvent avoir peur de mourir étouffé. Lui poser directement la question va le rassurer

plus que l'inquiéter, d'autant plus que nous aurons des paroles apaisantes en réponse à ses craintes. La physiologie de l'insuffisance respiratoire fait en sorte que ces patients meurent inconscients à la suite d'une hypoxémie cérébrale, beaucoup plus que dans des efforts respiratoires extrêmes et souffrants. Le fait de mentionner que nous prévoyons un protocole de détresse respiratoire est aidant. Ce protocole ne causera pas la mort, mais calmera plutôt l'anxiété liée à la dyspnée. Ce protocole a déjà été utilisé à plusieurs reprises chez un même patient à divers moments.

L'utilisation des entredoses par le patient nécessite un soutien et beaucoup d'explications. Lorsque ce dernier devient inconscient, nous pouvons suggérer aux proches d'évaluer la douleur du mourant par son comportement « non verbal » et de demander des entredoses. Les proches hésiteront souvent à le faire de peur de causer la mort de la personne aimée. Il faut leur expliquer que si le patient devait mourir dans les minutes qui suivent l'entredose, c'est qu'il allait mourir de toute façon et que l'entredose n'aura fait « qu'adoucir le voyage ».

Parfois, le patient aux soins palliatifs sombrera dans une psychose, ce qui prendra la famille au dépourvu. Dans ces cas-là, nous pouvons parler au patient en présence de ses proches. On leur montrera ainsi qu'il est possible de communiquer avec lui malgré tout. Les métaphores sont alors très utiles. Nous pouvons rappeler au patient qu'il est le « capitaine du bateau », mais que « son bateau semble naviguer dans la tempête » ou « contre le courant » et que cela lui cause beaucoup de difficultés. Nous pouvons alors lui suggérer de « suivre les vents dominants » ou « le courant » vers un endroit inconnu, exotique et souvent beaucoup moins menaçant qu'il ne le croit. Beaucoup de familles emboîteront alors le pas et parviendront à exprimer ce qu'elles ont à dire. À part la psychose, l'inconscience peut handicaper les échanges. Il faut expliquer aux proches que l'audition est le seul sens qui ne dort pas et qu'il vaut mieux parler à un sourd que de ne pas parler à quelqu'un qui pourrait nous entendre. Nous pouvons leur proposer de passer à tour de rôle quelques moments seul avec le mourant. Ils auront ainsi une dernière occasion de mettre un terme à ce qu'ils auraient à exprimer ou à finaliser. En verbalisant leurs émotions, les proches pourront s'en libérer et cheminer dans leur deuil.

Les adieux

Les adieux sont parfois ce qu'il y a de plus difficile. Trop

d'émotions se bousculent. On ne sait par quel bout commencer, d'autant plus que le temps presse. Nous pouvons alors leur écrire sur une feuille d'ordonnance quelques mots significatifs en ce qui concerne les échanges à avoir avec la personne qui va nous quitter : **JE M'EXCUSE, JE TE PARDONNE, MERCI !, JE T'AIME, AU REVOIR !**

Nous aurons peut-être la gorge serrée lorsque nous leur dirons ces mots. Notre émotion leur sera transmise, marquant l'ampleur de la tâche. Dire adieu, au revoir, c'est aussi permettre au mourant de partir. Mais quand on aime, on veut garder et non laisser aller. Nous pouvons souligner aux familles certains parallèles aux antipodes de la vie. Lorsque des parents veulent sortir, leur enfant leur donne ou non la permission d'aller s'amuser en acceptant avec joie la venue de la gardienne ou, au contraire, en pleurant et en criant à tue-tête son refus. Lorsque l'enfant accueille la venue de la gardienne avec joie, les parents sortent, se détendent et profitent de leur soirée. À l'inverse, les parents qui quittent la maison en abandonnant leur enfant en pleurs auront tout de même une sortie. Sans permission implicite, ils ne se détendront toutefois pas et se sentiront coupables. Donner la permission à la personne qu'on aime de partir permet de la libérer de la culpabilité qu'elle pourrait ressentir à notre égard au moment de sa mort. Nous suggérons aux enfants, dans leurs adieux, de demander à leur parent mourant de continuer à les aider de l'au-delà, afin de donner au mourant un rôle à jouer malgré un départ inévitable. C'est dans un tel moment qu'il est essentiel d'avoir un médecin doté d'une spiritualité, car un médecin convaincu est plus convaincant. Et de toute façon, s'il n'y a rien « de l'autre bord », ce n'est pas grave, nous ne serons pas poursuivis pour autant. Il est possible de comparer l'émotion ressentie par celui qui permet au mourant de partir à celle d'une personne qui fait don d'un bien précieux : cette dernière sort grandie de sa perte. Au contraire, la personne qui n'aura pas donné sa permission aura l'émotion de quelqu'un qui s'est fait voler, et son deuil n'en sera que plus difficile. En donnant aux proches des pistes, des exemples et des métaphores qu'ils peuvent utiliser pour véhiculer leurs émotions, nous

favorisons les rapprochements, les départs, les deuils.

Nous pouvons mentionner à un mourant, frappé d'incapacité ou non, que le plus beau cadeau qu'il peut faire à ses proches est d'accepter profondément son départ au moment de sa mort, afin que son faciès se détende dans les derniers instants et s'illumine d'une sérénité qui rassurera ses proches sur le fait que la mort n'est pas si terrible. Si on apprivoise la mort, on vit mieux, car on a moins peur.

Au début du cheminement du deuil, les proches recevront l'essentiel de la colère du mourant. Certains accompagnants nous manifesteront leur ambivalence à visiter le patient, car ce dernier semble contrarié par leur présence. Il faut expliquer aux parents et amis que le patient projette sur eux sa colère et ses frustrations et qu'il le fait de préférence avec les personnes avec lesquelles il se sent à l'aise. Il s'agit, en fait, d'une marque d'amitié !

À leur tour, les proches souffrent de ce deuil anticipé et projettent leur souffrance sur le mourant, en insistant pour qu'il reçoive tel ou tel soin, pour qu'il mange, qu'il boive, etc. Il faut alors leur indiquer que la faim et la soif ne semblent pas toujours être un besoin en fin de vie et que le mourant ne les ressent pas nécessairement. Nous pouvons encore une fois leur refléter leur amour pour le mourant et leur bonne volonté, tout en leur montrant comment dépister les comportements non verbaux de la douleur lorsque le patient devient inconscient.

Lorsque la respiration devient irrégulière (dyspnée de Cheyne-Stokes), il est possible de faire un parallèle avec l'obstétrique (quand une parturiente pousse, toutes les personnes dans la salle d'accouchement poussent). Quand un mourant fait des pauses respiratoires, tous ceux qui l'accompagnent en font autant. La dyspnée de Cheyne-Stokes est troublante pour ceux qui l'observent. Une comparaison utile est celle entre le centre cérébral de la respiration qui est en dysfonctionnement progressif due à l'hypoxémie et un vieux thermostat relié à une vieille fournaise : « Ça chauffe trop ou pas assez et pas égal. » Nous leur montrons la figure détendue du mourant qui respire inégalement, leur indiquant que lorsqu'on dort avec un faciès paisible, c'est que tout va bien malgré tout. Cette respiration

En donnant aux proches des pistes, des exemples et des métaphores qu'ils peuvent utiliser pour véhiculer leurs émotions, nous favorisons les rapprochements, les départs, les deuils.

R E P P E R E



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

AVIS D'ÉLECTIONS

Les membres du Collège des médecins du Québec sont priés de noter qu'il y aura, **le mercredi 6 octobre 2004**, élections des administrateurs des régions électorales suivantes :

- BAS-SAINT-LAURENT et GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE 1 administrateur
- CHAUDIÈRE-APPALACHES 1 administrateur
- ESTRIE 1 administrateur
- LANAUDIÈRE—LAURENTIDES 1 administrateur
- MAURICIE—CENTRE-DU-QUÉBEC 1 administrateur
- MONTÉRÉGIE 1 des 2 administrateurs*
- OUTAOUAIS et ABITIBI-TÉMISCAMINGUE 1 administrateur
- QUÉBEC 2 administrateurs
- SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN, CÔTE-NORD et NORD-DU-QUÉBEC 1 administrateur

Seuls peuvent être candidats les membres du Collège qui sont inscrits au tableau au moins quarante-cinq (45) jours avant la date fixée pour la clôture du scrutin. Seuls peuvent être candidats dans une région donnée les membres du Collège qui y ont leur domicile professionnel. La date et l'heure de clôture du scrutin sont **le mercredi 6 octobre 2004 à 16 h**.

Les candidats doivent être proposés par un bulletin signé par le candidat et par au moins cinq (5) membres du Collège ayant leur domicile professionnel dans la région électorale dans laquelle le candidat se présente.

Les bulletins de présentation doivent parvenir au secrétaire adjoint au plus tard **le mercredi 1^{er} septembre à 16 h**.

Seules peuvent voter les personnes qui étaient membres du Collège quarante-cinq (45) jours avant la date fixée pour la clôture du scrutin.

Pour obtenir des bulletins de présentation, vous pouvez consulter le site internet du Collège des médecins (collegedesmedecins.qc.ca) ou vous adresser à :

M^e Christian Gauvin
Secrétaire adjoint
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

* Conformément au *Règlement divisant le territoire du Québec aux fins des élections au Bureau du Collège des médecins du Québec*, en vigueur depuis le 18 avril 1996, il y a eu élection d'un des deux administrateurs de la région de la Montérégie en 2002 et il y aura élection du second administrateur de cette région en 2004.

S U M M A R Y

Taming grief. Death is a fact of life that modern medicine cannot ignore. The needs of dying patients are very different from those of healing patients. Palliative care units are a necessity and proper funding of these units is still lacking. Proper training of all health professionals who tend to the needs of the dying is also essential. Finding words to say and how to say them is a challenge. This article offers leads on how to intervene in certain typical situations of palliative care.

Key words: grief, palliative care, supportive care and attention, emotion, suffering

difficile à vivre pour ceux qui l'observent ne serait donc pas souffrante pour celui qui la produit.

Lorsque l'état du patient s'est beaucoup détérioré et que la mort est imminente, nous pouvons souhaiter au malade un « bon voyage » dans le creux de l'oreille avant de quitter la chambre. Il ne faut pas oublier qu'en soins palliatifs nous soignons autant les proches que le mourant. De par nos attitudes et nos actions, nous favoriserons certains comportements chez les proches qui, nous l'espérons, entraîneront une libération émotionnelle qui facilitera le deuil.

Après avoir constaté le décès, il faut permettre aux proches de prendre le temps. Certains d'entre eux diront : « Il est mort, mais son âme est encore dans la chambre. » Demandez-leur s'ils ont des questions et offrez-leur vos condoléances, tranquillement. « Il n'y a plus d'urgence, donc nul besoin de se presser. » ❧

Date de réception : 29 janvier 2004

Date d'acceptation : 9 juin 2004

Mots clés : deuil, soins palliatifs, accompagnement, émotion, souffrance