

# L'annonce d'une mauvaise nouvelle

Sadek Beloucif

Jarpen, 16 juin 2006



## SUPPLÉMENT

### Le Monde ÉCONOMIE

Enquête : statistiques trompeuses et chiffres menteurs

### EMPLOI

### PARTI SOCIALISTE

Comment laver l'affront de 2003 ? p. 9

### GRANDE-BRETAGNE

Alerte sur des menaces terroristes, révélations sur des « bavures » militaires en Irak p. 4

### ÉLECTION EN GEORGIE

Notre entretien avec le nouveau président, Mikhaïl Saakachvili p. 6

### UNION EUROPÉENNE

L'Irlande prend les rênes pour six mois p. 8

### LÉGIONNELLE

Mieux contrôler les tours aéroréfrigérantes p. 13

# Vol FSH 604 : le drame, l'enquête et les questions

**DEUX JOURS** après le crash du Boeing 737 de la compagnie charter égyptienne Flash Airlines, qui a causé la mort, samedi 3 janvier, de 148 personnes (dont 133 touristes français), l'hypothèse d'un accident était toujours retenue, lundi matin, par les enquêteurs. Le gouvernement français a reconnu avoir été informé, en octobre 2002, par les autorités suisses de problèmes techniques concernant les appareils de Flash Airlines mais assurait que les contrôles effectués depuis n'avaient permis de détecter aucune anomalie.

Cette catastrophe relance le débat sur la sécurité des charters et, plus généralement, du transport aérien. Dans un entretien au *Monde*, René Amalberti, spécialiste du risque aérien, déclare que les avions charters ont deux fois plus d'accidents que ceux des compagnies régulières. Compte tenu de la hausse du trafic, il estime qu'il y aura « un crash par semaine dans le monde en 2020 ».



► Le drame de Charm el-Cheikh relance le débat sur la sécurité des charters

► Interrogations sur Flash Airlines : la Suisse avait donné l'alerte

► L'émotion des familles en France

► Un spécialiste : « Il y aura un crash par semaine en 2020 »

Lire pages 11 et 12  
et notre éditorial page 16

## Afghanistan : la Constitution instaure une république islamique

**DEUX ANS** après la chute des talibans et les accords de Bonn sur l'avenir de l'Afghanistan, la Loya Jirga (Grand Conseil) a finalement approuvé, dimanche 4 janvier à Kaboul, la Constitution du nouvel Etat bâti sous les auspices de l'ONU. Les tractations duraient depuis le 14 décembre 2003.

L'Afghanistan est ainsi une « république islamique ». Sans proclamer la charia, la Loi fondamentale précise qu'aucune loi ne peut être « contraire à la religion sacrée ». Le président garde l'essentiel des pouvoirs, mais le chef de l'Etat aura deux vice-présidents qui seront élus sur le même ticket que lui. Cet accord, qui est un succès pour l'envoyé spécial de Kofi Annan, Lakhdar Brahimi, ouvre maintenant la voie à des élections. Pour rétablir la sécurité, les Etats-Unis lancent un plan d'assistance aux provinces du Sud et du Sud-Est.

Lire pages 2 et 3

## Spirit à la découverte de Mars

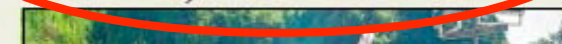
**ALORS** que l'atterrisseur européen Beagle-2 est muet depuis son largage au-dessus de Mars, le 25 décembre 2003, la NASA, elle, a déjà réussi son pari martien. Au ter-



► La sonde américaine s'est posée dimanche sur la Planète rouge

## ENQUÊTE

Bernard Kouchner s'est-il égaré, avec Total, en Birmanie ?





- ◀ Un des numéros du British Medical Journal de mars 2000 comparait les 100 000 décès dus aux erreurs médicales aux États-Unis au nombre inférieur de morts liés aux crashes aériens afin de stigmatiser l'importance de la gestion maîtrisée des risques dans le domaine des *"high risk enterprises"*.

## RAPPORT DE MISSION

Professeur  
Yves MATILLON  
AOÛT 2003

TABLEAU D'HONNEUR  
DES 50 MEILLEURS  
HÔPITAUX DE FRANCE



- 20<sup>e</sup> ↗ Hôpital européen Georges-Pompidou
- 21<sup>e</sup> ↗ Hôpitaux civils de Colmar (Haut-Rhin)
- 22<sup>e</sup> ↗ CH Lyon-Sud, Pierre-Bénite (Rhône)
- 23<sup>e</sup> ↘ CHU de Poitiers (Vienne)
- 24<sup>e</sup> ↘ CHU de Nancy (Meurthe-et-Moselle)
- 25<sup>e</sup> ↘ CHU d'Amiens (Somme)
- 26<sup>e</sup> → Hôpital Henri-Mondor, Créteil (Val-de-Marne)
- 27<sup>e</sup> ↘ Hôpital Bichat (Paris)
- 28<sup>e</sup> ↘ Hôpital Foch de Suresnes (Hauts-de-Seine)

# Les 3 âges de la médecine, leurs logiques de risque, et les systèmes de santé correspondant

- Le médecin-sorcier
  - Le risque “fatalité”
  - L’Hôpital comme Hotel-Dieu (assistance aux indigents)
  - **Incantations**, prières, espérance...
- Le médecin-technicien
  - “au cas où surviendrait le risque”
  - Le développement des mutuelles et de la Sécurité Sociale (protection sociale et accès aux soins)
  - Logiques de **Prévention**
- Le médecin-ingénieur de maintenance
  - Pour que le risque ne se réalise pas !
  - L’Evidence-Based Medicine et le “Managed Care” (gestion du soin)
  - Principe de **Précaution**

# Quel futur ?

- Le sorcier  
Fatalisme, Incantations
- Le technicien  
Prévention (“protection” sociale)
- L’ingénieur, le politique  
Précaution
- Le philosophe, l’humaniste  
“Catastrophisme éclairé”

Catastrophes?





1 sur 10 000

$$10\ 000 = 30 \times 330$$

Soit 1 accident en 30 ans si une fusée est lancée *tous les jours!*

# Enquête SFAR

Passage de Risque 1 / 5 000

à

1 / 50 000

*Comment le comprendre?*

# Education and debate

---

## *Ethical dilemma*

### **Discontinuation of ventilation after brain stem death**

Confusion among the public over the difference between brain stem death and a persistent vegetative state can make it difficult to obtain consent to withdraw ventilation. Clinicians who have been faced with this dilemma outline their strategies for coping with such a situation, and a neurologist and a neurosurgeon offer their opinions.

## *Editor's choice*

# Answering deaths's questions

Five minutes after reading this you might be dead or in a vegetative state. Are you ready? Have you made your wishes clear? Are you happy to donate your organs? All of them? How do you feel about a necropsy? Can some organs be kept for research? What should the doctors do if your vegetative state persists? Should they stop feeding you? Would you rather be killed? Once dead do you insist on being kept in the mortuary, or are you happy to be left in the chapel?

# Libération

Jeux olympiques

## Delanoë dérape

Le maire de Paris a encore accusé hier les Britanniques d'avoir triché pour obtenir les Jeux de 2012. Des déclarations peu sportives qui ont surpris tant à Londres qu'à Paris. **Page 2**



Bertrand Delanoë en janvier 2003 lors de la campagne pour les Jeux.



### Srebrenica Dix ans de deuil

Hier, une cérémonie était organisée en souvenir du massacre par les Serbes de 7500 Bosniaques de l'enclave musulmane. **Page 4**  
Lire aussi la tribune de Philippe Douste-Blazy p.33

**POLITIQUE**  
Breton revient à la charge sur l'ISF p.12

**SOCIÉTÉ**  
Immigration: les choix de Sarkozy p.14  
Enquête sur la mobilisation contre les expulsions dans les écoles

**ÉCONOMIE**  
Ryanair stoppe les syndicats en vol p.18

**CULTURE**  
Arles: les rencontres photo dans le flou p.27

**Rebonds**  
La mémoire salie d'Allende  
par Elisabeth Roudinesco

Emporté par sa passion vengeresse, Paris s'est mis en tête, dans son dernier ouvrage, de désacraliser l'histoire de son pays, en prétendant apporter la preuve que Salvador Allende, mort le 11 septembre 1973, après avoir livré combat contre la junte militaire dirigée par Augusto Pinochet, ne serait en réalité qu'un adepte de la solution finale, antisémite, homophobe et poufendeur de mes inférieures: en bref, un nazi déguisé en socialiste. **Lire page 22**



EMERGENCY



174 KM AHEAD

# La gestion de crise: “In case of Emergency”, J. Surowiecki, *The New Yorker*, 2005-06-13 and 20

- Lors du “Crisis Management”, l’industriel en cause doit:
  - reconnaître qu’un problème existe,
  - démontrer qu’il contrôle ce problème,
  - et montrer qu’il tente vraiment de le corriger,et ceci que la compagnie soit en faute ou pas!
- Il est toujours facile de prendre une décision intelligente après les faits. Le véritable challenge est de la prendre *pendant* les instants d’anxiété et de panique,
  - de sorte que les professionnels, qui ne sont pas toujours d’accord sur la stratégie à entreprendre, le soient par contre sur le fait qu’une telle stratégie doit exister de manière pro-active, avant que la crise ne survienne!
  - Même un plan simple est utile; bien que les crises sont, par définition, rares, elles ne devraient pas être impensables.

## D. Suzanne: “Réflexions sur l’annonce d’un décès et le deuil des familles en réanimation”

Le praticien en anesthésie-réanimation, 2004; 8: 5-7

*“(…) cependant, la mort appartient à l’Humanité et non à la médecine. La douleur des proches ne peut être comprise et on ne peut tenter de la soulager qu’en restant dans les limites de l’humanité qui fait de toute rencontre un moment unique où il ne peut en aucun cas être question de technique. En d’autres termes, il n’y a pas de méthode ni de protocole pour annoncer à des parents qu’ils viennent de perdre un proche. La technique est déshumanisante.*

*(…) pas le fruit d’une méthode qui décrirait des stades, des étapes, ni une technique à appliquer pour éviter de faire des erreurs.”*

## Discussion of death and dying in surgical textbooks

Alexandra M. Easson, M.D.<sup>a,\*</sup>, Jacqueline A. Crosby, M.D.<sup>a</sup>, S. Lawrence Librach, M.D.<sup>b</sup>

Coverage of information on death and dying in *Greenfield's Surgery, Scientific Principles and Practice*<sup>\*</sup>

Content parameters	Trauma	Perioperative care	Surgical ICU	Burns	Lung cancer	Colorectal cancer	Breast cancer	Pancreatic cancer	General oncology
Epidemiology	2	2	2	1	1	2	1	2	2
Prognosis/prevention	2	2	2	1	2	2	2	2	2
Disease progression	2	0	2	2	2	2	2	1	2
Medical interventions to alter disease course	2	1	2	2	1	2	2	2	2
Breaking bad news/advance care planning	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Mode of death	2	1	2	2	0	0	0	0	0
Treatment decision-making	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Effect on family	1	0	0	2	0	0	1	0	0
Effect on surgeon	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Symptom management	0	2	0	1	0	0	2	2	2

\* 0 = includes no helpful information on death and dying, 1 = includes some information on death and dying, 2 = includes helpful information on death and dying.

Liam Farrell, *BMJ* 2001;323:521

Breaking **bad news** is quite all right with me; as La Rochefoucauld said, "*We all have strength enough to bear the troubles of others.*"

## D. Suzanne: “Réflexions sur l’annonce d’un décès et le deuil des familles en réanimation”

Le praticien en anesthésie-réanimation, 2004; 8: 5-7

Les mécanismes de défense des soignants:

Mensonge

Esquive

Évitement

Dérision

Fausse réassurance

Rationalisation

Fuite en avant

Identification projective

En fait, le besoin de parole et de communication ne concerne pas seulement le patient

Le médecin lui-même a aussi besoin de parler avec le patient ou sa famille.

→ état d'esprit honnête, réaliste, en se comportant comme l'on voudrait être traité dans ces circonstances difficiles.

# L'annonce de mauvaises nouvelles n'est que le début de l'accompagnement aux patients

- Elle renvoie à la façon de négocier et conduire une relation avec l'autre,
- en le considérant à la fois comme tous les autres patients dont nous avons la charge (ce qui est la base d'une médecine d'inspiration scientifique)
- mais également et en même temps de manière unique et singulière (ce qui est la base de toute médecine d'inspiration réellement humaine).

# P. Verspieren

Face à celui qui meurt: Euthanasie, Acharnement thérapeutique, Accompagnement, Desclée de Brouwer, Paris 1984

*“Accompagner quelqu’un ce n’est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu’il va prendre. C’est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas.”*



# Les 5 étapes de l'acceptation

Elizabeth Kübler-Ross, "On Death and Dying", Mac Millan, New York 1969

## 1. Dénî (*"Vous vous trompez"*)

Ne pas répondre de manière frontale à l'agressivité

## 2. Colère-Révolte (*"Pourquoi? Pourquoi moi? Pourquoi maintenant?"*)

Recherche de causes extérieures: la colère succède au refus  
Accepter la révolte, la laisser s'extérioriser avant de l'apaiser

## 3. Marchandage (*"Qu'ai-je fait?"*)

Acceptation du diagnostic mais exposition de conditions (Malade/Médecin,  
Malade/Entourage, Malade/Dieu...)

## 4. Dépression (*"Pourquoi vivre?"*)

Explorer les attentes de l'entourage

## 5. Acceptation-Maturation (*"Que faire du temps qui reste?"*)

# La famille suit aussi ces 5 étapes

1. Dénier (*“Ce n’est pas possible, pas lui”*)
2. Colère-Révolte (*“Vous ne vous occupez pas bien de lui”*)
3. Marchandage-Culpabilité (*“Si j’avais su...”*)
4. Dépression-lassitude (*“Pourquoi vivre?”*)  
La lassitude elle-même est culpabilisante...  
Impuissance (même l’amour ne peut s’opposer à la mort)
5. Acceptation-Maturation (*“Que faire du temps qui reste?”*)  
Le deuil proprement dit

## **Giving Bad News to Cancer Patients: Matching Process and Content**

*Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, No 9 (May 1), 2001: pp 2575-2577

By Walter F. Baile and Estela A. Beale

- Recognizing our baggage
- Hearing the patient's story
- Breaking the bad news
- Responding to emotions
- Reducing anxiety

## **Giving Bad News to Cancer Patients: Matching Process and Content**

*Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, No 9 (May 1), 2001: pp 2575-2577

By Walter F. Baile and Estela A. Beale

- Recognizing our baggage
- Hearing the patient's story
- **Breaking the bad news**
- Responding to emotions
- Reducing anxiety

# Principales étapes du processus

1. Déterminer ce que sait le patient (ou sa famille), quels sont ses espoirs ou son degré de préparation ;
2. Donner l'information de manière claire selon les besoins et les désirs du patient ;
3. Soutenir le patient en tachant de réduire l'impact émotionnel de la mauvaise nouvelle et le sentiment d'isolement ressenti ;
4. Développer une stratégie permettant d'obtenir l'accord et la coopération du patient.

# Les 6 points du programme SPIKES

## S- Setting up the interview

- (préparation de l'entretien)

## P- patient's Perception

- (connaître le vécu du patient)

## I- Invitation

- (obtenir l'accord du patient)

## K- Knowledge

- (informer le patient)

## E- Exploring/Empathy

- (prendre en charge les émotions du patient avec empathie)

## S- Strategy/Summary

- (élaborer une stratégie thérapeutique et résumer l'entretien)

# Préparer l'entretien

- Stressant pour le patient (ou son entourage) mais aussi pour le médecin.
  - être conscient de ses propres émotions,
  - s'efforcer d'être calme, en sachant que la manière de dire les choses est en fait aussi importante que ce qui est dit.
  - avoir en tête à la fois le fond de ce qui est communiqué, mais aussi la forme, la façon dont le message sera émis.
- S'assurer de pouvoir disposer de suffisamment de temps, en ayant planifié cette rencontre
  - lieu calme et confortable, suffisamment grand pour pouvoir s'adresser à plusieurs personnes en même temps.
  - assis, suffisamment près pour pouvoir toucher la personne (au contact proche, en évitant les barrières physiques)
  - sans téléphone portable ou bip

# Préparer l'entretien

- Se préparer sur le cas lui-même,
  - en ayant revu les éléments du dossier médical, ou en ayant recours si besoin à un interprète de la personne/famille (ex. interne ou infirmière ayant eu un contact facilité avec elles).
- La spécificité du travail en anesthésie-réanimation fait qu'il s'agit dans d'un travail en équipe.
  - Quel que soit le binôme (MAR-IDE, MAR-Chir), la famille retiendra cette notion d'équipe, apte à communiquer ensemble, garants d'un soin qui est (et a été) approprié.
- Au minimum, cette famille comprendra que l'équipe médicale considère cette communication comme un élément de l'accompagnement,
  - gage de disponibilité, témoignage d'alliance thérapeutique,
  - c'est-à-dire un élément même de la structure du soin.

# Connaître le vécu du patient

- Il s'agit de connaître le « point de départ » du patient.
  - « *Où en êtes vous resté de l'état médical jusqu'à présent ?* »
  - « *Qu'avez vous compris de la situation actuelle ?* »
- Adapter l'information à ses questions actuelles et à venir.
  - Quel est son état d'esprit ?
  - Où en est-il de son histoire médicale?
  - Quels sont les parts de dénégaration, de colère ou d'acceptation ? Espérances folles? Omission d'éléments essentiels mais défavorables?

# Obtenir l'accord du patient

- Etre proche permet de reconnaître les éléments de communication non-verbale:
  - avant les questions elles-mêmes, le regard, l'intonation ou la gestuelle corporelle vont indiquer que le patient est maintenant prêt à entendre la mauvaise nouvelle.
- Arriver assez vite au but et l'annoncer après quelques courtes phrases d'introduction.
- Mais ne pas débiter d'emblée par un « *Je suis désolé de devoir vous annoncer des mauvaises nouvelles* » ou « *Bonjour, j'ai des mauvaises nouvelles pour vous* » qui ne feront qu'entraîner un repli dans leur coquille des interlocuteurs...

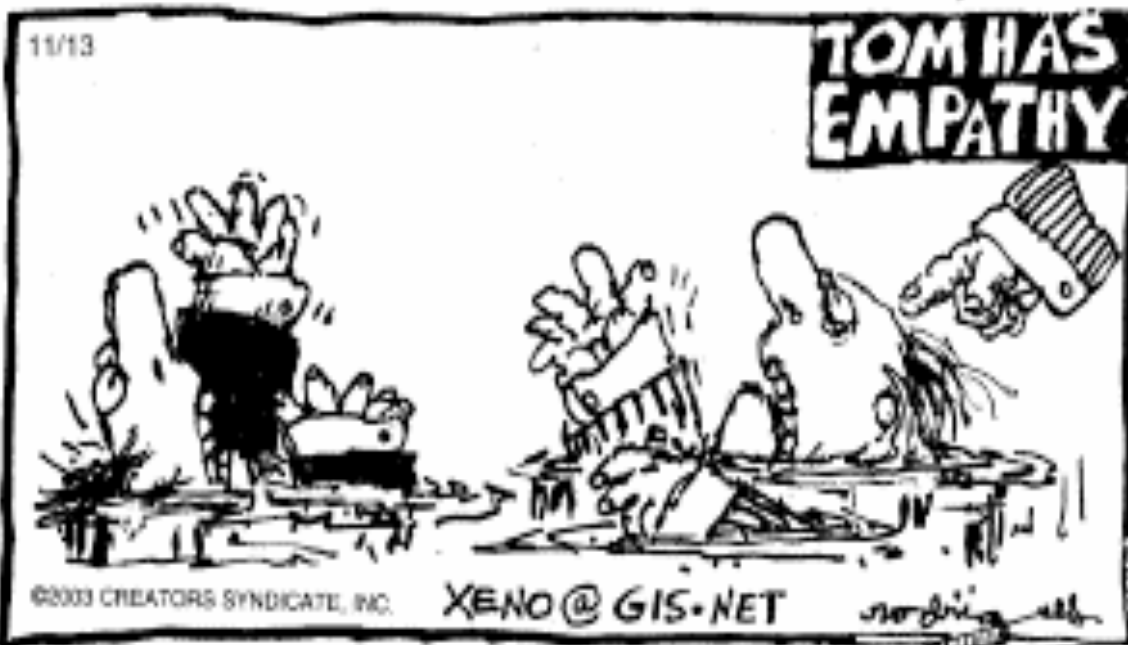
# Informier le patient

- Cette préparation permet au patient de pouvoir recevoir l'information un peu plus sereinement.
  - les quelques mots « d'avertissement » permettent de réduire l'élément de choc et d'éviter que le patient ne se ferme comme une huître.
- Eviter les formules toutes faites
  - « *je sais ce que vous ressentez* »,
  - « *le temps permet de panser toutes les plaies* »,
  - « *c'était la volonté divine* »...
- A partir du niveau de compréhension et de vocabulaire de l'autre:
  - mots simples, non techniques, choisis soigneusement,
  - de manière directe, sans euphémismes,
  - en évitant le jargon médical.

# Prendre en charge les émotions avec empathie

- Les réactions émotionnelles des patients peuvent être de tous types,
  - colère, peur, abattement, déni, ou prostration.
- Reconnaître et explorer ces réactions et favoriser l'expression de ces émotions.
  - le plus souvent évidentes (ex. larmes importantes),
  - mais parfois moins faciles à décrypter (ex. silence prolongé).
  - Ne pas craindre de demander au patient son aide pour mieux comprendre ses émotions (« *puis-je vous demander ce que vous pensez actuellement ?* »)

# THE DIFFERENCE BETWEEN 'SYMPATHY' AND 'EMPATHY'



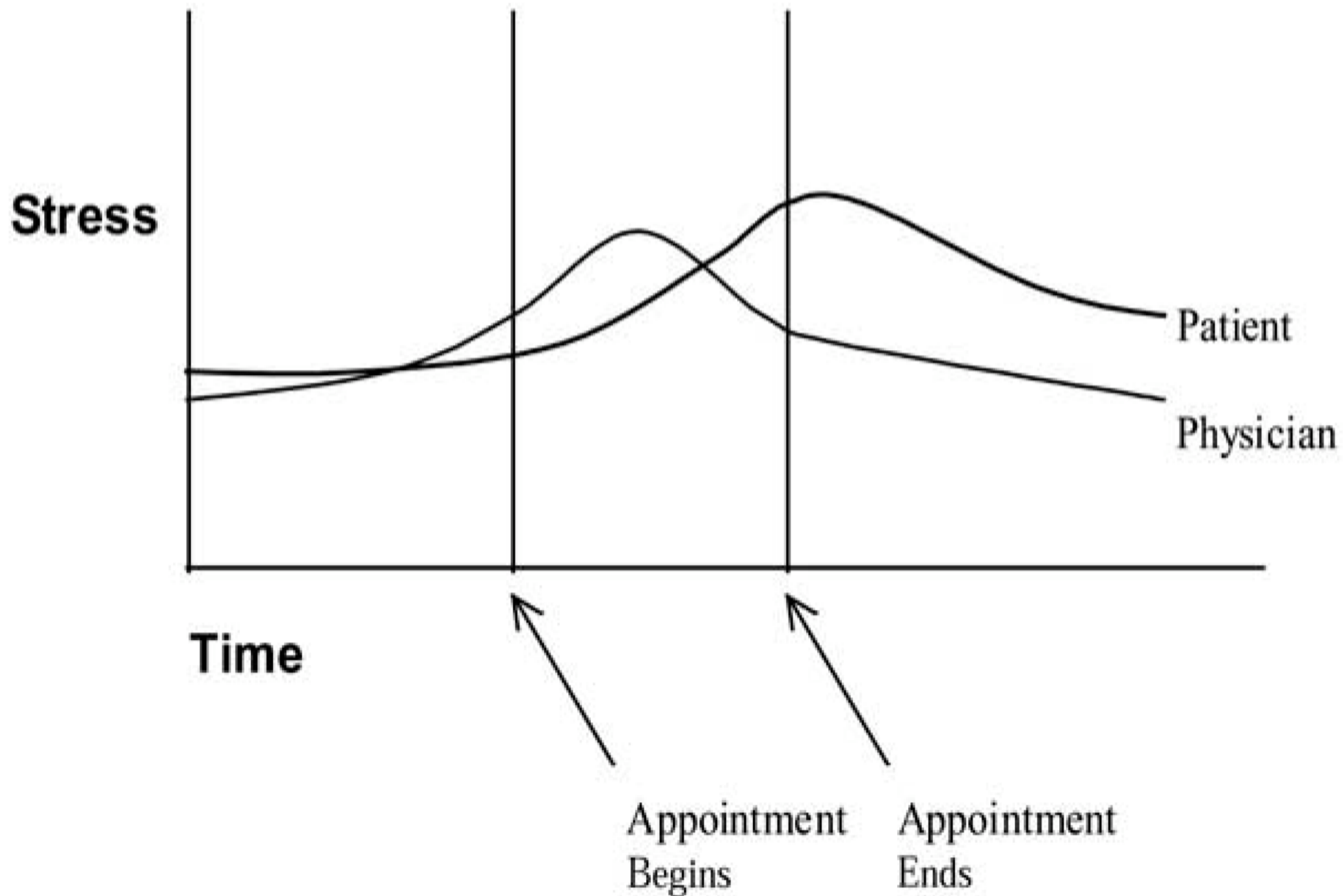
11/13

# Prendre en charge les émotions avec empathie

- La part émotionnelle transmise par le médecin
  - chaleur, soin, empathie et attention.
  - attitude « douce » qui respecte les éventuels silences sans être gêné par les larmes éventuelles.
- Elle montre que le médecin comprend et reconnaît la peine.
  - L'aide du médecin débute dans l'attention manifestée, en montrant au patient intérêt et sympathie.
  - Il faut respecter les signes d'émotions du patient, mais il est difficile d'aller plus loin avant d'avoir obtenu du calme de la part du patient.
- Savoir ici prendre son temps; parler lentement, sans avoir peur des moments de silence.
- Montrer que l'on a accepté cette colère (après tout la vie est injuste), que l'on est prêt à susciter **et** répondre aux questions **et** vérifier que le patient a compris ce qui a été communiqué.

# Elaborer une stratégie thérapeutique et résumer l'entretien

- Vérifier que le patient est prêt à passer à cette phase de la discussion.
- C'est sans doute un élément important de l'entretien car il s'agit de répondre à l'incertitude, aux craintes, sans supprimer l'espoir.
- Ne pas mettre fin à l'entretien immédiatement après avoir annoncé la mauvaise nouvelle témoigne de l'accompagnement, en indiquant au contraire que l'on est disponible (« *Si vous en avez besoin, appelez moi* ») car des questions resurgiront par la suite.



# Elaborer une stratégie thérapeutique et résumer l'entretien

- Ce résumé de la discussion sera d'une grande aide pour le patient/famille.
  - Après la première annonce, il leur est difficile de réfléchir sereinement ou se rappeler les différents éléments de la discussion.
- L'évolution de la perception du stress présente un décalage dans le temps pour le médecin et le patient.
- Le « décalage émotionnel » et temporel entre médecin et patient fait que le médecin doit, vers la fin de l'entretien, assurer le patient de la poursuite de son aide et de son assistance, si besoin au cours d'un autre entretien.

# L'annonce du décès d'un proche peut être le summum de la pénibilité

- La sympathie manifestée à l'égard de la famille en ce moment particulier sera gravée pour de longues années dans les mémoires.
- Dans cette communication, l'écoute est fondamentale.
  - écouter patiemment, être prêt à répéter à nouveau ce qui s'est passé
  - mais cette famille peut être à cet instant en état de choc ou simplement préoccupée ou soulagée de savoir que les souffrances de l'être cher sont maintenant terminées.
- Savoir encourager la famille à revenir si elle le souhaite dans les jours suivants pour un autre entretien qui pourra apporter plus de précisions et donc de soutien.

# Ethique et urgences

## Réflexions et recommandations

### de la

# Société Francophone de Médecine d'Urgence.

**Groupe de travail :** Jean-Marie Haegy (1), Marc Andronikof (2), Marie-Jo Thiel (3), Josette Simon (4), Micheline Bichet-Beunaiche (5) , Anne-Marie Bouvier (6), Gilbert Leclercq (7).

- (1) Jean-Marie HAEGY, Praticien Hospitalier, Service d'Accueil et d'Urgence, CHG Louis. Pasteur, 36, avenue de la Liberté, 68024 Colmar (COORDINATEUR)
- (2) Marc ANDRONIKOF, Praticien Hospitalier, Hôpital Européen Georges Pompidou 75015 Paris
- (3) Marie-Jo THIEL, médecin, professeur d'éthique. Université Marc Bloch, 67084 Strasbourg
- (4) Josette SIMON, Cadre infirmier, Spécialiste Clinique en Soins d'Urgence. Division des Urgences Médico-Chirurgicales Hôpitaux Universitaires de Genève CH-1211 Genève. Suisse
- (5) Micheline BICHET-BEUNAICHE, Infirmière, SAU/CHG 72000 Le Mans.
- (6) Anne-Marie BOUVIER, Praticien Hospitalier, Unité Post-Urgence, Hôpital Lariboisière 75010 Paris
- (7) Gilbert LECLERCQ, Praticien Hospitalier, SAMU 93 93009 Bobigny

## **Annexe. Procédure d'annonce d'une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques d'urgence**

Société Francophone de Médecine d'Urgence,

<http://www.sfmur.org>

Journal Européen des Urgences.

- **Faire le point avec le cadre infirmier et l'infirmier(e) sur l'évolution de la maladie, le niveau de soins et le plan de soins des heures à venir avant de rencontrer l'entourage du patient. S'assurer de la cohérence de l'ensemble de l'équipe,**
- **Se présenter et indiquer la fonction de chacun,**
- **S'informer sur le degré de parenté de chacun des membres présents de l'entourage,**
- **Faire asseoir et s'asseoir,**
- **Demander ce qu'ils savent de l'état de leur patient,**
- **Parler du patient par son lien de parenté avec les interlocuteurs,**
- **Informersur le diagnostic, les moyens utilisés pour le préciser, l'évolution attendue et les options thérapeutiques prises et possibles avec leurs résultats attendus,**
- **Signifier que leur patient est pour l'équipe soignante, arrivé au terme de sa maladie et de sa vie, que tout est fait pour éviter toute souffrance,**

- Solliciter leur ressenti et les interrogations de chacune des personnes présentes ; y répondre en évitant le jargon médical, sans donner trop de détails techniques,
- Rassurer sur le fait qu'ils ont fait tout ce qu'il fallait faire tout au long de la prise en charge antérieure,
- S'ils n'ont pas déjà vu leur patient, le leur décrire en expliquant le but des appareils techniques auxquels il est raccordé,
- Expliquer que l'accès à la chambre est libre à toute heure du jour ; les encourager à toucher leur patient, à lui parler même s'il est inconscient ; leur expliquer que pour certains soins techniques ou de confort, il leur sera demandé de sortir pour des raisons d'efficacité et de pudeur,
- A la fin de l'entretien, leur proposer des boissons, un accès téléphonique, une aide pour les personnes qu'ils souhaitent prévenir, un accompagnement religieux, une aide psychologique, un entretien avec leur médecin traitant,
- Préciser qu'ils peuvent toujours faire appel à l'infirmier(e) et au médecin présents, quelle que soit l'heure, qu'ils seront informés des décisions au fur et à mesure, que toute question qu'ils peuvent se poser aura une réponse et qu'il y aura toujours un soignant pour leur répondre.
- S'assurer qu'ils sont en possession des coordonnées téléphoniques du service.

# Elizabeth Kübler-Ross

*“Ces malades mourants sont d’excellents maîtres qui vous enseignent qui vous êtes et ce que vous éprouvez, ils vous apprennent à prendre conscience de votre propre peur de la mort, et, aussi, comment la surmonter...”*