

point de vue

Ebola : enterrement dans la dignité, mode d'emploi

Comment inhumer religieusement sans infecter son prochain? C'est une question assez peu fréquemment formulée en ces termes – une question qui émerge aujourd'hui avec l'épidémie ouest-africaine d'Ebola. Une mémoire récente garde le souvenir du mystérieux «kuru», une maladie d'un archipel des antipodes. Une maladie à prions, une encéphalopathie spongiforme, transmissible et à très longue incubation, une maladie de l'anthropophagie¹ – la «vache folle» avant l'heure.

Kuru? Les ouvrages spécialisés rapportent que le premier cas semble avoir été décrit

cette population. Le kuru a culminé dans les années 1950, le dernier cas connu datant de 2003, soit un demi-siècle après la contamination. La maladie a disparu du fait de l'arrêt des pratiques d'anthropophagie (au milieu des années 1950 sous la pression de l'administration australienne) – arrêt obtenu dans des conditions qui demeurent mal connues. C'est la découverte de tout cela qui valut à Carleton Gajdusek (1923-2008) son Nobel de médecine 1976.

2014. Voici qu'après la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, un mal vient de nouveau nous faire songer au kuru. Il s'agit

surtout, faire fi de la religion. Des religions plus précisément. On ne pouvait en rester là. D'où l'élaboration d'un document sans précédent: le protocole OMS des recommandations sanitaires scientifiques tenant compte de différentes dimensions religieuses. On trouvera ici le document complet (17 pages) de l'OMS «portant sur les inhumations sans risque et dans la dignité pour les personnes décédées de la maladie à virus Ebola».²

«Au moins 20% des nouvelles infections par le virus Ebola sont contractées lors de l'inhumation des personnes qui en sont mortes. En instaurant la confiance et le respect entre les équipes d'inhumation, les familles concernées et les groupes religieux, nous établissons la confiance et la sécurité vis-à-vis de l'intervention elle-même, explique le Dr Pierre Formenty, l'un des principaux experts, à l'OMS, du virus Ebola. En introduisant certains éléments comme inviter les familles à participer pour creuser la tombe et en proposant des options pour les ablutions sèches et l'enveloppement dans un linceul, on apportera un changement significatif pour juguler la transmission du virus.»

Pourquoi les inhumations sont-elles un moment à haut risque de contaminations des membres des familles ou de la communauté? Ces contaminations surviennent lors de l'accomplissement des rites religieux impliquant de toucher directement ou de laver le corps du défunt. Or, à cet instant, ce corps comporte encore une forte charge virale. Une autre source de contamination réside dans le partage par les membres de la famille des objets personnels du défunt qui peuvent également être fortement contaminés et qu'il faudrait détruire par le feu.

Le nouveau protocole «actualisé» de l'OMS pour les «obsèques-Ebola»² a été élaboré par une équipe interdisciplinaire travaillant en partenariat avec la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et des organisations confessionnelles, parmi lesquelles le Conseil œcuménique des églises, Islamic Relief, Caritas Internationalis et World Vision.

Ce protocole actualisé décrit, étape par étape, le processus pour des inhumations sans risque ainsi que dans la dignité. Il encourage vivement la participation de la famille et du clergé local pour planifier et préparer l'enterrement ainsi que pour l'inhumation elle-même. Il donne des instructions spécifiques pour les rites musulmans et chrétiens. «On parle à propos de notre travail de prise en charge des corps, mais nous ne prenons pas en charge les corps à proprement parler. Nous accompagnons sans prendre de risques, avec respect et dans la dignité,

dans les années 1920 mais que la médecine ne s'y intéresse réellement qu'à partir des années 1950. Cette entité trop méconnue a concerné une population aborigène de tribus Foré de la Nouvelle-Guinée qui consommait le corps des défunts lors de rites anthropophagiques mortuaires. Il s'agissait, pour les participants du clan, de consommer des parents décédés afin de s'imprégner de leur force physique et spirituelle.

Ce rituel touchait surtout les femmes et les enfants qui consommaient le système nerveux central du défunt. Les hommes consommaient quant à eux les muscles, et ils étaient de ce fait épargnés. Il semble aussi exister une susceptibilité génétique expliquant également l'atteinte spécifique de

certaines d'un virus et non d'un «agent transmissible non conventionnel» – et le cannibalisme familial des antipodes n'a rien à voir. Il s'agit cette fois d'un virus africain et tout va beaucoup plus vite. Surgit avec lui une question pratique de santé publique: comment faire comprendre, à l'occidentale, que cette maladie épidémique réclame d'éloigner les vivants de leurs défunts au moment, précisément, où les premiers ont le plus besoin des seconds (voire inversement).

Les Occidentaux ont vite compris ici que la raison et la pédagogie ne suffiraient pas. La crémation (ou l'inhumation) sous la contrainte et sans jamais toucher, mains nues, le corps nu de ce proche en partance? C'est ne rien vouloir comprendre à l'éternité. C'est,



lu pour vous

Coordination : Dr Jean Perdrix, PMU
(Jean.Perdrix@hospvd.ch)

Patients atteints de démence profonde en EMS : trop de médicaments, trop longtemps ?

Le but de la prise en charge des patients atteints de syndromes démentiels avancés est en principe de veiller à leur confort de vie. Or, ces patients sont fréquemment traités par différents médicaments dont l'utilité est clairement remise en cause à ce stade d'évolution. Cette étude, réalisée aux Etats-Unis, s'est basée sur un groupe de 78580 personnes âgées de plus de 65 ans vivant en institution. La sélection d'un sous-groupe de personnes présentant un syndrome démentiel sévère (*mini mental state* (MMS) < 5), pris en charge dans des établissements de relativement grande taille (plus de cinq personnes éligibles) pour un long séjour (> 3 mois), a conduit à étudier un groupe de 5406 résidents. Sur la base d'études précédentes (groupes Delphi), les auteurs ont examiné l'utilisation de médicaments classés précédemment comme « jamais appropriés » en situation de démence profonde avec une orientation palliative. Ces médicaments étaient : les inhibiteurs de la cholinestérase, la mémantine, les anti-agrégants plaquettaires (sauf l'aspirine), les hypolipémiants, les hormones sexuelles, les anti-hormonaux, les inhibiteurs des leucotriènes, les chimiothérapies cytotoxiques et les

immunomodulateurs. Les personnes étudiées (n = 5406) étaient pour moitié âgées de plus de 85 ans, majoritairement des femmes de race blanche, 13% vivaient dans des unités dédiées à la prise en charge des démences et 79% avaient des directives de non-réanimation. Dans les trois mois d'observation, 53,9% des personnes recevaient au moins un médicament considéré comme inapproprié, les plus prescrits étant les inhibiteurs de la cholinestérase (36,4%), la mémantine (25,2%) et les hypolipémiants (22,4%). Certains facteurs diminuaient la probabilité de recevoir l'un de ces traitements inappropriés, notamment des difficultés alimentaires (OR : 0,68 ; IC 95% : 0,59-0,78), une alimentation par sonde (OR : 0,58 ; IC 95% : 0,48-0,70) ou l'existence d'une directive de non-réanimation (OR : 0,65 ; IC 95% : 0,57-0,75).

Les auteurs concluent que trop de personnes reçoivent des traitements inappropriés.

Commentaire : Cette étude est réalisée aux Etats-Unis, les résultats seraient-ils très différents chez nous ? Le choix de l'interruption d'un traitement, potentiellement utile dans un temps précédent de la prise en charge, est difficile et nous renvoie à notre idéal de bien-faisance en impliquant une subtile pesée d'intérêts, parfois difficile à comprendre au sein des équipes soignantes et des familles.

Dr Jean Perdrix

Policlinique médicale universitaire, Lausanne

Jennifer T, et al. Use of medications of questionable benefit in advanced dementia. *JAMA Intern Med* 2014; 174:1763-71.



nos frères humains décédés et nous aidons à les préparer selon leur culture pour les conduire à leur dernière demeure. C'est dans cet esprit que nos bénévoles accomplissent leur difficile travail», explique Elhadj As Sy, secrétaire général de la FICR.

«Il est clair que, du point de vue juridique de l'islam, la nécessité du rituel religieux de laver le corps avant l'inhumation des patients décédés d'Ebola ne tient plus, déclare Rehanah Sadiq, aumônier musulman (University Hospitals Birmingham, NHS Foundation Trust), consultant de l'OMS. En revanche, il est essentiel d'aider les familles à faire le deuil et à trouver la paix en veillant à ce que les rites sacrés, comme des ablutions sèches, l'enveloppement du corps dans un linceul et la prière pour le défunt, soient intégrés dans les funérailles musulmanes. En donnant aux familles d'autres possibilités pour maintenir, sans prendre de risque, les pratiques qui leur tiennent à cœur, on les aide à participer au processus de décision, ce qui est crucial, en particulier à un moment où elles peuvent se sentir impuissantes.»

Pour M^{gr} Robert J. Vitillo (Caritas Internationalis), «donner à la famille la possibilité de voir le corps du défunt, veiller à ce qu'il

ait sur la tombe les inscriptions nécessaires et permettre aux responsables religieux de faire des prières et aux familles de jeter la première poignée de terre sont autant de gestes importants incitant les proches à continuer à trouver du réconfort dans leur foi et à protéger les survivants de l'infection».

Une équipe de spécialistes d'anthropologie médicale a également contribué à trouver des solutions constructives et sûres pour éviter de toucher et de baigner les corps des défunts. Ces solutions ont été élaborées à partir de travaux sur la signification et la valeur culturelles des rites funéraires dans les pays affectés. Des consultations y ont été organisées avec les autorités religieuses pour définir ce que l'on veut dire par «inhumation dans la dignité» dans les contextes musulman et chrétien.

Le protocole indique aussi des moyens pour les équipes d'inhumation d'accomplir sans risque leur travail tout en respectant les sensibilités des familles. Exemple parlant : s'abstenir de porter un équipement de protection individuelle au moment de rencontrer la famille pour la première fois et de lui demander si elle a des requêtes spécifiques

concernant l'inhumation et les effets personnels du défunt. Les observations et les commentaires des responsables religieux, des communautés et des personnes chargées des inhumations seront recueillis et utilisés pour actualiser et améliorer ces prises en charge mortuaires d'un genre nouveau.

Où l'on voit que la science virologique et la santé publique ne sont incompatibles ni avec (ce qui peut être perçu comme de) l'irrationnel ni avec l'écuménisme.

Jean-Yves Nau

jeanyves.nau@gmail.com

1 Plus généralement, sur ce thème, on peut se reporter à l'ouvrage : Guille-Escuret G. Les mangeurs d'autres. Civilisation et cannibalisme. Paris : Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 2012.

2 Le document complet de l'OMS «portant sur les inhumations sans risque et dans la dignité pour les personnes décédées de la maladie à virus Ebola» est disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137379/1/WHO_EVD_GUIDANCE_Burials_14.2_eng.pdf?ua=1