

AVIS DE L'EXPERT·E / EXPERT OPINION

Annnonce d'événements graves en réanimation : le rôle clef des infirmiers

La communication aussi est un travail d'équipe

Nurses' key role during the announcement of serious events in the ICU

Communication is also teamwork

Anne-Sophie Debue^{1*}

Reçu le 7 février 2023 ; accepté le 19 février 2024.

© SRLF 2024.

Résumé

La communication avec les proches des patients, en réanimation, se cristallise autour des réunions d'annonce et donc de moments d'échanges formels. Lors de ces réunions, la place des paramédicaux en général, et des infirmiers en particulier, est encore bien souvent une place passive, ou au mieux d'écoute d'active. Pourtant, hors les murs de la salle de réunion, les infirmiers jouent un rôle éminemment actif dans la communication, et plus spécifiquement l'information aux familles. Débutant largement en amont des réunions, et se poursuivant dans la chambre à l'issue de ces réunions, la communication informelle qui se tisse en permanence entre les infirmiers et les proches des patients constitue un fil narratif qui peut faciliter ou non la compréhension, le vécu et la confiance des proches. La qualité de cette communication est directement liée à la qualité de la communication au sein de l'équipe qui nécessite d'être prise en compte, réfléchi, et travaillée comme toutes les autres compétences de l'exercice en réanimation.

Mots-clés : Rôle de l'infirmier, communication, soins intensifs, équipe soignante, famille

Abstract

Communication with ICU patients' relatives crystallizes around the informational meetings and therefore moments of formal communication. During these meetings, the role of nurses and allied healthcare professionals, is still very often a passive one, or, at best, one of active listening. However, outside the walls of the meeting room, nurses play an eminently active role in communication, and more specifically in providing information to families. Beginning well before the meetings, and continuing in the room at the end of these meetings, the informal communication that is constantly woven between the nurses and the relatives of the patients constitutes a narrative thread which may or may not facilitate understanding, the experience and the trust of the patient's relatives. The quality of this communication is directly linked to the quality of communication within the team, which needs to be taken into account, reflected on, and worked on as any other skill implemented in the ICU.

Keywords: Nurse's Role, communication, intensive care, teamwork, family

Introduction

Les annonces d'événements graves sont fréquentes en réanimation. Qu'elles consistent en une première rencontre entre l'équipe soignante et les proches du patient autour de l'admission, l'annonce d'une aggravation intercurrente, celle d'un événement indésirable ou encore d'une

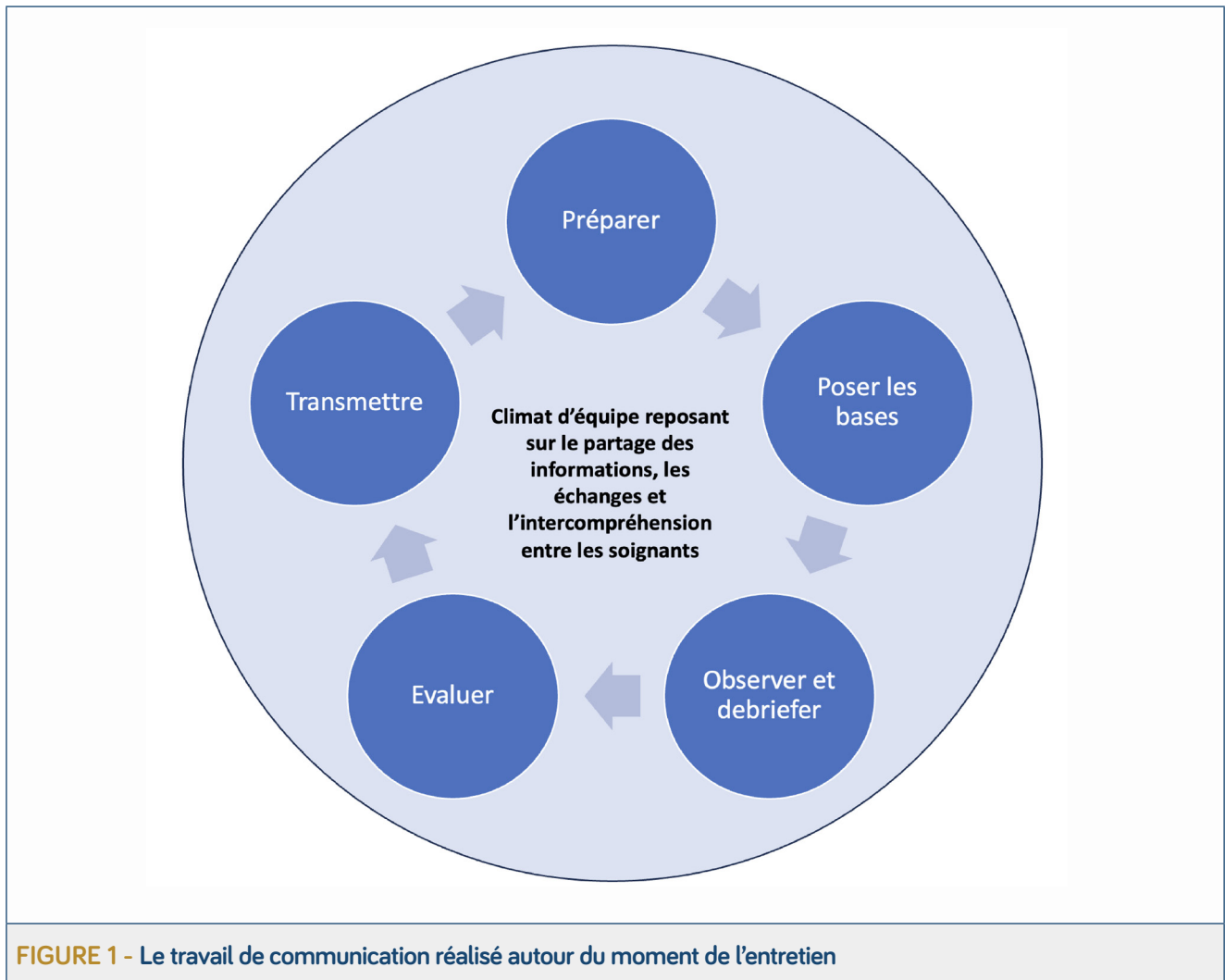
décision de Limitation et/ou d'Arrêt des Traitements, ces annonces sont toujours des moments de communication particuliers, lourds d'enjeux. On connaît bien aujourd'hui les conséquences en chaîne d'une information incomplète, peu claire, ou du moins vécue comme telle. Le premier maillon de cette chaîne se situe au cœur de l'équipe, qui, lorsque l'information circule mal ou insuffisamment,

*Anne-Sophie Debue

Fonds de dotation 101, 11 rue Cacheux, 92100 Boulogne-Billancourt

✉ anne-sophie.debue@gilard.net





rentre en conflit par manque d'intercompréhension, et ne peut jouer son rôle de façon optimale. Les informations sont alors inégalement partagées, parfois incohérentes entre elles, et sont interprétées et relayées de façon approximative, dans un contexte émotionnellement difficile au sein duquel les proches, plus que jamais, cherchent à (re)construire de l'espoir [1, 2]. Le manque d'information, tel qu'il est ressenti, entraîne alors également des conflits entre les proches et les équipes soignantes, conflits que l'on sait directement facteurs de *burn-out* [3–6], un syndrome fréquent aussi bien chez les médecins [7] que chez les infirmiers [8, 9] exerçant en réanimation. Ce ressenti d'une information insuffisante pour répondre à leurs besoins est également facteur d'anxio-dépression, de stress post-traumatique [10] et de deuil compliqué [11] chez les proches des patients.

La création ou le maintien d'un lien de confiance, l'honnêteté et la clarté des informations données, et le souci de leur bonne compréhension sont les trois objectifs

qu'il convient de viser durant ces réunions d'annonce. Mais il serait illusoire d'imaginer qu'un simple entretien, bien délimité dans le temps, permettrait de les atteindre : ce triple objectif ne peut s'inscrire que dans une stratégie de communication durable, consciente et réalisée en équipe pluriprofessionnelle. La présence de l'infirmier dans les réunions d'annonce ne peut se penser que comme une étape nécessaire mais non suffisante dans cette stratégie globale. Avec Milic *et al.* [12], nous suggérons que le rôle infirmier se situe en amont, pendant, et en aval de la réunion d'information.

En amont de la réunion d'annonce, communiquer, déjà

Constituer un lien de confiance

Mayer, Davis et Schoorman définissent la confiance comme : « le consentement d'une partie à être vulnérable

TABLEAU 1 - Autour de l'entretien : jalons d'un travail de communication en équipe

| | |
|-------------------------------|---|
| Préparer la réunion en équipe | <ul style="list-style-type: none"> • Choix du moment propice • Répartition des rôles de chacun • Définition des objectifs de la réunion • Définition des messages clefs prioritaires • Partage des perceptions de chacun sur les besoins des proches et anticipation des obstacles |
| Poser les bases de l'échange | <ul style="list-style-type: none"> • Définition des horizons d'attente • État des lieux de la compréhension des proches |
| Observer et débriefer | <ul style="list-style-type: none"> • Pendant les échanges, observer les réactions et dépister les éventuels écueils de communication • Débriefing en équipe du déroulement de la réunion et de la perception de l'atteinte des objectifs |
| Évaluer | <ul style="list-style-type: none"> • Échanger avec les proches à l'issue de la réunion: • Évaluer l'atteinte des objectifs • Évaluer la bonne réponse aux attentes des proches |
| Transmettre | <ul style="list-style-type: none"> • Partager en équipe cette évaluation • Transmettre par écrit le contenu de la réunion ainsi que l'atteinte ou non des objectifs et la réponse aux attentes des proches • Préparer la réunion suivante |

aux actions d'une autre partie, consentement basé sur l'attente que l'autre effectuera une action précise pour celui qui lui fait confiance, indépendamment de la possibilité de surveiller ou de contrôler cette autre partie. » [13]. Les notions de consentement, de vulnérabilité et de lâcher prise sont centrales et nous paraissent particulièrement éclairantes pour envisager la relation de soin. Ces auteurs suggèrent que pour susciter de la confiance, il faut parvenir à prouver trois éléments :

- Sa compétence : si l'autre ne nous croit pas compétent pour ce que nous nous engageons à faire avec lui, il ne peut y avoir de confiance,
- Sa bienveillance : si l'autre ne pense pas que nous avons son intérêt à cœur, il ne peut nous accorder sa confiance ; et enfin
- Son intégrité : un simple mensonge ou la simple impression qu'on nous ment ou qu'on nous cache quelque chose fera disparaître la confiance.

Ces preuves ne peuvent être simplement déclaratives. Si les premières impressions sont importantes, pour autant les actes et les attitudes, qui vont s'inscrire dans le temps, seront capitaux. Des horaires de visite larges [14] par exemple et une politique de service permettant aux proches d'assister à certains soins peuvent renforcer la confiance des proches en favorisant la transparence. Cet accueil, dont chaque membre de l'équipe soignante doit prendre sa part pour qu'il soit fructueux, va bien souvent être réalisé par les équipes paramédicales, en première ligne pour recevoir les proches dans les chambres des patients. Ce sont les relations qui se tissent au fil du séjour et l'attention portée aux besoins des proches par tous les membres de l'équipe qui vont permettre de démontrer la bienveillance. Enfin l'intégrité sera démontrée, entre autres, à travers la justesse des informations données. On retrouve cette idée dans la revue de la littérature de Leland et ses collègues [15].

Les auteurs tirent de leur revue le modèle suivant : l'information des proches, seule, sans prendre soin d'adopter des attitudes de communication attentionnée, ou à l'inverse l'adoption d'attitudes de communication attentionnée, sans apporter un contenu informatif adapté aux proches, renforce les conflits et les désaccords. En revanche, la conjonction de ces deux éléments favorise à la fois le savoir, la compréhension des proches et leur confiance, et favorise la bonne compréhension des buts du soin et résout ou prévient les conflits. Soulignons enfin que cette confiance des proches du patient envers l'équipe soignante peut-être mise à rude épreuve dans le contexte d'anxiété majeure pour la vie du patient. Démunis face à une situation qu'ils ne peuvent ni contrôler, ni expliquer, le réflexe de « blâmer le messager des mauvaises nouvelles » peut constituer un réflexe qui se veut protecteur. À défaut de pouvoir combattre la maladie, l'instinct de protection du proche peut l'amener à chercher à protéger le patient des soignants eux-mêmes : symboles incarnés de la maladie ou de la situation aiguë. Une information contradictoire – ou perçue comme contradictoire par les proches – émanant de l'équipe peut devenir rapidement une brèche détruisant la confiance et amenant à un conflit ouvert.

Effectuer un nécessaire travail narratif

« Il faut que tout le monde ait compris la ou les pathologie(s) sous-jacente(s), le ou les problèmes aigus, et que tout le monde soit au clair sur ce qui est à régler à court terme, et ensuite ce qui est prévu en interne. »

Extrait d'entretien avec un médecin au sujet de la cohérence dans la communication en réanimation [16].

Les proches des patients de réanimation sont perpétuellement en recherche d'informations, qu'ils glanent par tous les moyens possibles. Ils cherchent, à partir des informations qu'ils obtiennent, à créer du sens [17, 18] : ils les assemblent en sélectionnant certaines et en oubliant d'autres, et ils les interprètent avec les moyens qu'ils ont à leur disposition. Il est capital pour les soignants de prendre conscience de ce besoin d'informations lançant des familles, tout en gardant en tête que ces mêmes familles, d'une part, sidérées, sous le choc de la situation, et d'autre part, plongées dans un univers inconnu qui a sa propre langue, ne pourront être en mesure d'interpréter correctement toutes ces informations sans le soutien des soignants dont le rôle sera de répéter, mais aussi de reformuler, de simplifier et de décrypter. Là encore, ce travail ne peut être mené qu'en l'unique occasion d'un entretien nécessairement

court et toujours émotionnellement difficile : il s'agit au contraire d'un travail de construction du sens avec et pour les proches, qui doit s'inscrire dans le long terme, au fil de l'hospitalisation. Et ce travail ne peut être mené par un unique interlocuteur médical : il est crucial que tous les membres de l'équipe puissent participer à ce travail. Verhaeghe et ses collègues décrivent, dans une étude qualitative menée à l'aide d'entretiens auprès de proches de patients plongés dans un coma traumatique – des situations inattendues donc –, les manœuvres des proches pour rechercher des informations et les articuler afin de faire sens, ainsi que les évolutions de leur espoir [1]. Les auteurs décrivent notamment comment des informations trop positives, ou interprétées comme positives car insuffisamment explicitées par les professionnels, provoquent des espoirs irréalistes. Une fois que ces espoirs sont déçus, la détresse des proches est majorée, et la rupture dans la confiance est difficile à réparer. Les auteurs notent en particulier comment les infirmiers, parfois, ne sachant pas quelles informations ils sont ou non autorisés à donner, choisissent de ne donner que des informations uniquement factuelles : « *la tension est à...* », « *la température est à...* » que les familles ne savent pas interpréter mais auxquelles elles attribuent, malgré tout, un sens, qui, s'il les induit en erreur, peut-être extrêmement contre-productif.

Si l'étude date de 2007, aujourd'hui encore, les infirmiers doutent de leur droit à informer les proches. Les plus jeunes se réfugient dans les données purement factuelles et envisagées comme non-sensibles, tandis que les plus expérimentés, s'ils n'hésitent plus à donner des informations contextualisées, ont en revanche souvent l'impression de braver un interdit [16]. Cette impression découle probablement d'une interprétation un peu rigide de l'article L.1111-2 du Code de la Santé Publique qui énonce que « *l'information est donnée dans le cadre des compétences de chacun et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* » : article compris comme la réduction du champ de l'information infirmière à l'unique champ de ses actes propres. Cependant, on retrouve à l'article R. 4312-13 que « *L'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles. Cette information est relative aux soins, moyens et techniques mis en œuvre, à propos desquels l'infirmier donne tous les conseils utiles.* ».

En réanimation, et *a fortiori* dans les réanimations où les visites sont largement autorisées, il n'est pas rare que les proches constatent un changement dans les traitements avant que le médecin ne soit disponible pour expliquer les tenants et les aboutissants, ou encore qu'ils constatent une aggravation significative de leur proche à un moment où le médecin n'est pas disponible pour

répondre à leurs questions et à leurs angoisses. L'infirmier se trouve alors dans la position de devoir choisir entre ne pas répondre malgré sa compréhension de la situation et laisser le proche dans l'angoisse et l'incertitude pour une durée indéterminée, situation durant laquelle le proche peut ressentir qu'on lui cache quelque chose ; ou bien dépasser le strict domaine des gestes infirmiers réalisés, et informer non uniquement des moyens et techniques mis en place mais également des raisons de ce changement de situation, de ce changement de traitement. Or, pour ce faire, si chacun doit pouvoir participer à la mission d'information et au travail de cohérence, il faut se donner les moyens de communiquer ensemble abondamment au sein de l'équipe. Il faut multiplier les moments de communication pluriprofessionnelle : que cela soit lors des réunions et des moments de coordination des soins mais également au fil de la journée, informellement. Il faut également s'astreindre à produire un support de transmission exhaustif, et qui dépasse la simple traçabilité des points de données mais partage de façon claire les objectifs des différents aspects de la prise de charge et leurs attendus. En effet, étant donné les multiples points de contact entre l'équipe paramédicale et les proches des patients – toujours en quête d'information et de réassurance – il est illusoire et dangereux de penser faire reposer la communication uniquement sur le médecin. L'équipe dans sa globalité doit connaître et comprendre la base de l'histoire, d'une part : la situation médicale du patient, et d'autre part la direction de l'histoire : le projet de soin.

Ces moments de communication où les équipes pluriprofessionnelles échangent sur les « histoires » des patients dont ils partagent la prise en soin et alignent leurs perceptions de la situation tant médicale, que familiale et psychologique, partagent et définissent leurs objectifs à court et moyen terme, et clarifient leurs stratégies thérapeutiques constituent une forme de travail, souvent sous-estimée voire ignorée : appelons-le « travail narratif » [19]. Si chacun des narrateurs a un champ de compétences particulier et ne diffusera pas d'informations qui dépassent sa capacité d'explication, chacun va malgré tout, consciemment ou non, participer au travail narratif et doit connaître la globalité du projet, de la situation. Cette cohérence de la narration (cohérence ressentie par les proches) joue un rôle clef dans le maintien de la confiance des proches envers l'équipe [20].

La réunion en elle-même

Préparer une réunion : définir des rôles et des objectifs

Une réunion d'annonce, comme toute réunion, doit se préparer, même succinctement [12]. Il est important de

définir qui assistera à la réunion : si la famille est nombreuse, ou si elle connaît bien les membres de l'équipe et que les relations sont chaleureuses, il est envisageable de convier un large nombre des membres de l'équipe. En revanche, il peut être utile de réduire le nombre de soignants assistants à la réunion lorsqu'il n'y a qu'un ou deux proches, ou que la famille n'a pas de lien privilégié avec les soignants afin de limiter un effet angoissant sur les proches. Le moment de la réunion doit également, dans la mesure du possible, être décidé en équipe, et pris en compte dans l'organisation de la journée afin que ce temps ne soit pas précipité et que chaque participant puisse y assister avec sérénité.

Une fois les membres de l'équipe assistants à la réunion déterminés, et après avoir convenablement harmonisé le niveau d'information de tous, il convient de définir les objectifs de la réunion : quel est le message principal que l'on veut faire passer ? Quels sont les éventuels messages secondaires ? Quel est l'état d'esprit de la famille, à quoi s'attend-elle et quels sont ses besoins ? Quels sont les obstacles à la communication que l'on peut anticiper ? Comment va-t-on s'assurer que ces messages sont passés et que les besoins ont été pris en compte ?

Enfin, il est souvent utile de déterminer des rôles pour chacun, *a fortiori* si l'équipe soignante est nombreuse à participer à la réunion : parmi les messages à faire passer, qui fera passer quoi ? Si le rôle du médecin est généralement évident pour tous, le rôle des autres intervenants l'est souvent moins. Or, il peut être utile de se relayer dans les prises de paroles afin que le médecin puisse également prendre un rôle d'observateur quelques minutes durant la réunion, moments où il ne sera pas centré sur le message qu'il veut donner mais sur l'écoute et l'observation des réactions des proches. Ce relai peut aussi permettre d'aborder des sujets plus concrets, plus personnalisés, avec un vocabulaire différent. Ainsi on peut imaginer que l'infirmier relaie le médecin sur les questions de l'équipement du patient et de la chambre de réanimation, l'organisation de la suite de la journée. L'aide-soignant peut alors prendre la suite et interroger les proches sur les préférences, les souhaits du patient et évoquer la personnalisation des soins. S'autoriser à partager le temps de réunion permet aussi aux proches de comprendre pourquoi l'équipe présente lors de la réunion est nombreuse, et favorise la compréhension que la famille a des rôles de chacun au sein de l'équipe. Cela ouvre également le dialogue en montrant qu'il s'agit bien d'un échange autour du patient et non pas simplement d'un moment d'information descendante du médecin vers les autres et peut favoriser les questions, les interactions et donc, la compréhension. Ce partage de la parole semble être perçu très favorablement par les proches [21].

Définir les horizons d'attente

Le besoin d'informations des familles est immense, et l'on veut souvent bien faire en donnant toutes les informations qu'on imagine nécessaires. Les objectifs que les soignants et notamment les médecins se fixent en termes d'informations clefs à apporter aux proches sont souvent assez éloignés des attentes de leur audience. Il faut garder en tête que pour ces mêmes familles, d'une part, sidérées, sous le choc, d'autre part, plongées dans un univers inconnu (la réanimation reste une spécialité méconnue du grand public, les explications médicales ne sont pas simples à comprendre pour qui n'est pas dans le métier) ne vont pas être en mesure d'intégrer toutes les informations qu'on leur donnera. Il faut également avoir conscience que l'histoire individuelle peut influencer le point de vue de chacun sur les faits. En littérature, on parle d' « horizons d'attente » lorsqu'on évoque les attentes d'un lecteur face à un livre. Si le livre diffère trop de ce à quoi le lecteur s'attend, une rupture peut se produire : on ne comprend pas où va l'auteur, on arrête de lire. Dans le contexte qui nous intéresse, ce concept est utile pour envisager la ou les positions des proches du patient. Évaluer ce que savent les proches en préambule à tout entretien, mais aussi confirmer nos intuitions sur leur état d'esprit, leur niveau de compréhension, ce qu'ils attendent de la réunion mais aussi ce à quoi ils s'attendent est capital pour construire la suite sur des bases solides. Curtis *et al.* [22] montrent que ce rôle est généralement tenu par les infirmiers en amont de l'entretien médical avec les familles : les infirmiers donnent des explications concernant l'équipement médical et les traitements, ainsi que l'organisation des entretiens eux-mêmes, et ils soulignent le rôle infirmier dans la recherche d'éventuels besoins spirituels et culturels dont favoriser la satisfaction, mais aussi la recherche concernant les valeurs et les souhaits du patient, et les rôles que la famille souhaite (et peut) tenir. Cette étape peut être préparée par les interactions informelles en amont de la réunion mais il peut être utile de faire un rapide état des lieux au début de la rencontre, avant de rentrer dans les explications, et afin d'ajuster au mieux ce qui va être dit aux personnes en présence. Un bon moyen de le faire consiste à leur demander de résumer ce qu'ils ont compris de la situation afin de partir de leurs mots. Cette stratégie permet de partir d'une base commune et de pouvoir éventuellement réajuster les éléments mal compris.

On peut alors imaginer que, durant la réunion, la parole circule librement, plutôt que de déterminer des temps successifs : par exemple, si le médecin annonce qu'il va probablement falloir ventiler le patient, l'infirmier pourrait alors intervenir pour détailler les implications en termes d'appareillage du patient : sonde d'intubation, nouvelle machine et nouveaux bruits dans la chambre,

conséquences éventuelles en termes d'organisation, conseils à destination des proches pour accompagner le patient dans cette étape, *etc.* L'entourage du patient, *a fortiori* s'il est profane, veut surtout comprendre en termes concrets ce que le traitement annoncé va impliquer en termes de vécu : il veut être rassuré sur ce qu'il va vivre et sur ce que le proche malade va traverser [23]. C'est probablement là l'un des champs dont pourraient s'emparer avec compétence et finesse les paramédicaux, et en particulier les infirmiers, dans le champ de la communication avec les proches.

Écouter, observer et intervenir dans l'échange

Durant l'entretien, il est important que tous les soignants jouent un rôle actif, dans la parole mais aussi dans l'écoute et l'observation, deux attitudes qu'il convient de ne pas considérer comme passives. L'écoute de chacun va en effet jouer un rôle fondamental à plus d'un titre. En premier lieu, le moment de l'entretien peut être utile pour harmoniser le discours de tous : chacun des soignants présents entendra les mots qui ont été prononcés et pourront ainsi les réutiliser, les rappeler, de façon à construire une communication commune. L'entretien ne doit en aucun cas se substituer à la communication de l'équipe qui doit avoir lieu régulièrement et dès les premiers instants, mais peut permettre de renforcer l'unicité du discours relayé par tous et d'accorder les compréhensions de chacun entre elles. En deuxième lieu, l'écoute active, l'observation des proches par les membres de l'équipe qui ne sont pas en train de parler va permettre de déceler à travers le langage non verbal (ou verbal !) des incompréhensions, ou des phrases équivoques pour l'auditeur. Ces opportunités doivent être saisies : interrompre le discours pour s'assurer de ce qui s'exprime dans ce haussement de sourcil ou cette soudaine position de repli, ou bien pour reformuler une phrase qui, en l'entendant, nous apparaît comme pouvant être comprise de diverses façons, va permettre d'affiner la communication. Cela va également favoriser l'interaction des proches, qui se sentiront libres d'imiter ces interruptions : c'est bien leur compréhension qui doit rester au cœur de l'entretien. Les membres de l'équipe qui observent peuvent se concentrer sur l'observation des proches, et parfois constater plus rapidement que le proche est passé dans l'émotion, et n'est plus accessible au discours rationnel en train de se tenir : ils sont alors dans une position privilégiée pour intervenir, lancer une perche afin de permettre à la personne d'exprimer son émotion, l'accueillir, afin de lui permettre de revenir aux échanges sans la perdre en chemin. Enfin, l'écoute et l'observation de chacun des membres de l'équipe en direction des proches du patient va également permettre de partager des impressions *a posteriori*.

Après la réunion

Débriefing en équipe

Après la réunion, il est important de prendre quelques courtes minutes pour débriefer entre les différents membres de l'équipe soignante ayant assisté à la réunion. Ce débriefing doit permettre à l'équipe de confirmer que les perceptions de chacun correspondent, de s'assurer que les objectifs ont été remplis, de souligner les éléments insuffisamment clarifiés à approfondir informellement, voire programmer un entretien de suivi pour le faire de façon formelle. Ce moment permet également de soulever les difficultés inattendues rencontrées et d'échanger sur leur gestion à chaud : aurait-on pu faire différemment ? Il peut être aussi fort utile, dans un climat de bienveillance et de sécurité psychologique [24] optimal, de partager les impressions de chacun sur les prises de paroles des autres afin d'attirer l'attention sur une formulation équivoque, une tendance à jargonner, un oubli de solliciter des questions.

Débriefer avec les proches

La présence des équipes paramédicales, lors des réunions d'information ou d'annonce aux proches, a une autre vertu, celle d'ouvrir *a posteriori*, avec les proches, un temps d'échange autour de ce qui vient d'être dit. Ayant partagé le moment, il apparaît tout naturel de s'en reparler. Ce deuxième temps de débriefing, plus informel, a généralement lieu lorsque les proches retrouvent l'équipe paramédicale dans la chambre du patient. Ces retours sont toujours riches et permettent de confirmer ou d'infirmer les perceptions retirées de la réunion. Un bon moyen de s'assurer de l'adéquation entre les messages que l'on a cherché à faire passer et ceux que les proches ont perçus consiste, à nouveau, à les faire reformuler ou résumer les échanges avec leurs mots. Ils permettent aussi, en cas de mauvaise compréhension, de réaxer, de répéter, de reformuler : les infirmiers soulignent souvent ce rôle, dont ils ont une conscience aiguë [24, 25, 26]. Prêter attention, malgré leur informalité, à ces temps de débriefing va permettre d'évaluer le vécu des proches durant l'entretien, de s'assurer que les questions, les doutes des proches ont bien été abordés et élucidés, de relever d'éventuelles manifestations émotionnelles et désaccords avec le projet de soin évoqué [12, 22]. Si ces débriefings ont souvent lieu, et préférentiellement avec les équipes paramédicales, c'est que bien souvent, les paramédicaux semblent plus accessibles dans le regard des familles. Les paramédicaux sont des soignants de l'intime, de la proximité, du corps à corps : ce rapport rapproche et désacralise, déformalise inévitablement [16, 19]. À cela s'ajoutent les projections

sociales que l'on associe aux différentes professions et qui jouent dans la communication de façon bilatérale. La sociologie depuis Freidson et plus récemment avec Fainzang, a montré que les informations médicales sont données de façon plus approfondie aux patients (et donc dans le cas qui nous intéresse, aux familles de patients) dont le niveau social et éducatif présumé est élevé. Fainzang souligne notamment que les patients issus des « *classes populaires* » n'osent pas poser de questions et « *sont malgré eux réduits à l'ignorance sur leur cas parce qu'ils ne savent pas formuler les bonnes questions ou ne s'autorisent pas à les poser directement aux médecins.* » [20]. On peut suggérer que l'équipe paramédicale a un rôle capital pour favoriser un meilleur accès à l'information à tous les proches des patients, indépendamment de leur statut socio-professionnel, en modérant le facteur d'impressionnabilité. Enfin, ces moments d'échanges suivant l'entretien peuvent également permettre de soulever des questions annexes, pas toujours abordées lors de l'entretien en lui-même, souvent ciblé sur la bonne compréhension de la situation et de la prise en soin du patient. C'est fréquemment lors de ces temps de débriefing que les besoins des proches en matière de soutien vont se révéler, permettant aux équipes d'orienter en fonction de leurs besoins vers la psychologue ou l'assistante sociale par exemple.

Transmettre

La dernière étape du processus d'information, mais non moins cruciale, consiste en la bonne transmission des éléments clefs. Il va s'agir, pour l'équipe soignante, de rédiger les points essentiels, afin d'assurer la bonne continuité de la communication au sein de l'équipe élargie (jour, nuit, roulements inversés, absents). Il peut être utile, selon le contexte, de penser à tracer les mots clefs utilisés lors de la réunion (« tumeur », « pronostic vital engagé », « séquelle » par exemple), de résumer le contenu global des informations données par chacun, et de transmettre des éléments factuels permettant d'évaluer la compréhension des proches et leur cheminement : mots répétés, mots clefs introduits dans le dialogue (« *Vous voulez dire qu'il va être un légume ?* » en réponse à l'expression d'une inquiétude médicale suite à un trauma crânien), réactions marquantes durant ou après la réunion. Ces supports de transmissions gagneront à être relus et complétés par tous les soignants ayant assisté à la réunion. Ces documents doivent pouvoir être consultés par les équipes et leurs contre-équipes afin de limiter les problèmes de communication et partager les points de vigilance. Les éléments issus des moments de débriefing informels en aval de la réunion sont également des éléments précieux à partager en équipe et, le cas échéant, à ajuster lors des réunions suivantes.

Conclusion

La mission d'information des proches en réanimation ne peut être envisagée qu'autour de la seule « réunion » ou des seuls « entretiens famille » mais doivent bien s'ancrer dans une stratégie plus large d'explication, de communication, et d'accueil de l'émotion et des inquiétudes, des questions. Pour réussir cette mission cruciale, il est nécessaire de l'envisager en équipe : le plan de soin doit faire sens pour tous, la communication doit être maîtrisée, la cohérence doit être travaillée et maintenue afin que le « travail narratif », le travail mené pour que tous les protagonistes partagent une même histoire, une même compréhension de la situation, soit mené à bien par tous les intervenants du soin. Il est contre-productif de délaissier ce sujet : on ne peut pas ne pas communiquer, et la communication, mal faite, ne peut mener qu'au conflit. Savoir bien communiquer en équipe (c'est-à-dire au sein de l'équipe mais également en tant qu'équipe en direction des patients et de leurs proches) est une compétence clef de l'exercice en réanimation. Comme pour toute compétence, une formation est nécessaire [27, 28], et comme pour toute compétence reposant sur l'interaction d'équipe, il convient probablement de se former en équipe pluridisciplinaire. Les équipes ont besoin de se faire confiance, dans ce domaine comme dans les autres, afin de produire une trame narrative synthétique et simple, qui fasse sens pour les proches, qui réponde à leurs questions, et qui n'alimente ni angoisses inutiles ni faux espoirs.

Conflits d'intérêts

Anne-Sophie Debue déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

Affiliations

¹Fonds de dotation 101

11 rue Cacheux, 92100 Boulogne-Billancourt

Références

- Verhaeghe ST, van Zuuren FJ, Defloor T, et al. (2007) The process and the meaning of hope for family members of traumatic coma patients in intensive care. *Qual Health Res.* 17(6):730-43. DOI : 10.1177/1049732307303242.
- Verhaeghe ST, van Zuuren FJ, Defloor T, et al. (2007) How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit? *J Clin Nurs.* 16(8):1488-97. DOI : 10.1111/j.1365-2702.2006.01807.x.
- Azoulay E, Timsit JF, Sprung C, & al (2009) Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: The conficulus study. *Am J Respir Crit Care Med* 180:853-860. DOI : 10.1164/rccm.200810-1614OC
- Halcomb E, Daly J, Jackson D, Davidson P, (2004) An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 20:214-222. DOI : 10.1016/j.iccn.2004.05.010
- Löfmark R, Nilstun T, Cartwright C, & al & al (2008) Physicians' experiences with end-of-life decision-making: survey in 6 European countries and Australia. *BMC medicine* 6:4. DOI : 10.1186/1741-7015-6-4
- Le Gall JR, Azoulay E, Embriaco N, & al (2011) Burn out syndrom among critical care workers. *Bull Acad Natl Med*, 195:389-97.
- Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, & al (2007) High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 175(7):686-92. DOI : 10.1164/rccm.200608-1184OC.
- Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, & al (2007) Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care.* 13(5):482-8. DOI : 10.1097/MCC.0b013e3282efd28a.
- Poncet MC, Toullic P, Papazian L, (2006) Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med.* 175(7):698-704. DOI : 10.1164/rccm.200606-806OC.
- Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. (2005) Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Am J Respir Crit Care Med* 171:987-994. DOI : 10.1164/rccm.200409-1295OC
- Kentish-Barnes N, Chaize M, Seegers V, & al (2015) Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *Eur Respir J.* 45 (5): 1341-1352. DOI : 10.1183/09031936.00160014
- Milic MM, Puntillo K, Turner K, & al, (2014) Communicating with patient's families and physicians about prognosis & goals of care. *Am J Crit Care.* 24(4):e56-64. DOI : 10.4037/ajcc2015855
- Mayer RC, Davis JH, Schoorman FD, (1995) An integrative model of organizational trust. *Academy of management review.* 20(3):709-734. DOI : 10.2307/258792
- Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, et al. (2008) Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 36(1):30-5. DOI : 10.1097/01.CCM.0000295310.29099.F8.
- Leland BD, Torke AM, Wocial LD, Helft PR, (2017) Futility Disputes: A Review of the Literature and Proposed Model for Dispute Navigation Through Trust Building. *J Intensive Care Med.* 32(9):523-527. DOI : 10.1177/08850666166666001
- Debue AS (2021) Un autre regard : enjeux de la participation infirmière durant les décisions de limitations et d'arrêts de traitements en réanimation. Thèse de doctorat en éthique.
- Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. (2019) Searching for meaning: A grounded theory of family resilience in adult ICU. *J Clin Nurs.* 28(5-6):781-791. DOI : 10.1111/jocn.14673.
- Davidson JE, (2010) Facilitated sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Crit Care Nurse.* 30(6):28-39. DOI : 10.4037/ccn2010410. Epub 2010 Apr 30. PMID: 20436032.
- Debue AS, (2022) Construire le sens du soin en réanimation. Seli Arslan, Paris, 198p
- Fainzang S, (2006) La relation médecins-malades : information et mensonge. PUF, Paris, 168p.
- Garrouste-Orgeas M, Max A, Lerin T, & al (2016) Impact of Proactive Nurse Participation in ICU Family Conferences: A Mixed-Method Study. *Crit Care Med.* 44(6):1116-28. DOI : 10.1097/CCM.0000000000001632.
- Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, et al. (2001) The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the

- intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med.* 29(2 Suppl):N26-33. DOI : [10.1097/00003246-200102001-00006](https://doi.org/10.1097/00003246-200102001-00006)
23. Barruel F, (2013) Dynamique des relations entre patients et soignants et enjeux in Barruel F & Bioy A, Du soin à la personne. Dunod, Paris, p.44
 24. Edmondson A, (2018) *The Fearless Organization*. Wiley, 256p
 25. Ahluwalia SC, Schreiber-Baum H, Prendergast TJ, & al (2016) Nurses as Intermediaries: How Critical Care Nurses Perceive Their Role in Family Meetings. *Am J Crit Care.* 25 (1): 33–38. DOI : [10.4037/ajcc2016653](https://doi.org/10.4037/ajcc2016653).
 26. Pecanac K, King B, (2019) Nurse-Family Communication During and After Family Meetings in the Intensive Care Unit. *J Nurs Scholarsh.* 51(2):129-137. DOI : [10.1111/jnu.12459](https://doi.org/10.1111/jnu.12459).
 27. Krimshtein NS, Luhrs CA, Puntillo KA, Cortez TB, Livote EE, Penrod JD, Nelson JE. Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: an intervention. *J Palliat Med.* 2011 Dec;14(12):1325-32. DOI : [10.1089/jpm.2011.0225](https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0225)
 28. Shaw DJ, Davidson JE, Smilde RI, Sondoozi T, Agan D. Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Crit Care Med.* 2014 Feb;42(2):265-71. DOI : [10.1097/CCM.0b013e3182a26ea5](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a26ea5)

