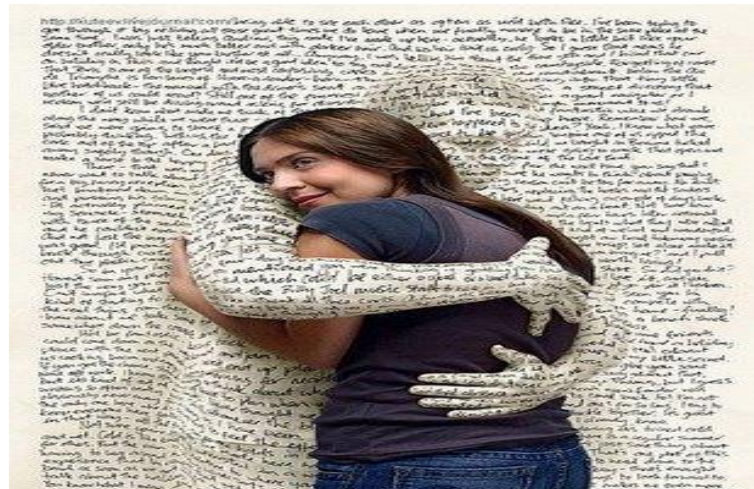




Communication de mauvaises nouvelles



Objectifs de la formation



1. Comprendre le vécu des familles en situation de crise
2. Se familiariser avec les principes de l'annonce de la mauvaise nouvelle
3. Reconnaître les difficultés ainsi que les conditions favorables à la réussite de l'annonce
4. Appliquer les étapes de l'annonce de la mauvaise:
 - Savoir se préparer et planifier les rencontres
 - Préconiser les bonnes techniques de communication
 - Accueillir les émotions de la famille
 - Faire un suivi

Objectifs de la formation



5. Faire la différence entre le coma et le décès neurologique.
6. Connaître les lignes directrices permettant d'établir le diagnostic de décès neurologique.
7. Identifier la présence de facteurs confondants pouvant fausser le diagnostic de décès neurologique.
8. Utiliser les outils facilitant la compréhension du décès neurologique
9. Mettre en pratique la technique de découplage en don d'organes et tissus



Plan de la présentation

1. Introduction – Approche à la famille par découplage
2. La mauvaise nouvelle
3. L'état de crise
4. Les principes de l'entretien
5. Le diagnostic du décès neurologique
 - Historique
 - L'examen clinique neurologique
 - Les lignes directrices
 - Annonce à la famille
 - Outil pour faciliter la compréhension
6. Situation de conflit
6. Conclusion
7. Références



Suite de l'histoire de Jean-François

48 heures après l'admission, l'état neurologique de J-F se détériore. L'évaluation démontre:

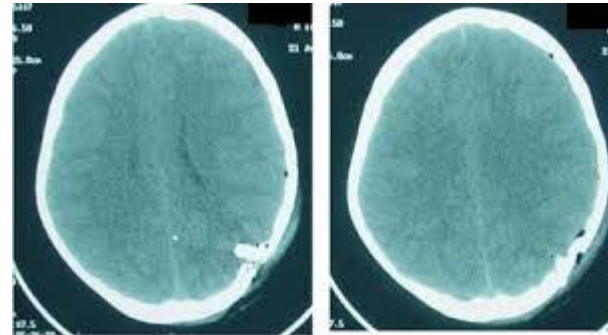
- Absence d'éveil
- GCS 4 (Décérébration)
- Pupilles mydriases fixes
- Absence des réflexes cornéens et oculocéphaliques
- Respiration spontanée et réflexe de toux présente

On vous demande d'administrer du Mannitol avant d'aller en scan cérébral.

Suite de l'histoire de Jean-François

Les craintes des médecins sont confirmés par le résultat du scan cérébral qui indique:

- Oédème cérébrale diffus.
- Absence des sillons et citernes.
- Tronc cérébral comprimé +++.
- Non visualisable



Conclusion: Pronostic neurologique +++ réservé

Comment annoncer cette mauvaise nouvelle à la famille?

Est-ce le bon moment de parler de don d'organes avec la famille?



Algorithme de l'approche par découplage

Approche à la famille par découplage

ÉTAPE 1 : COMMUNICATION DE LA MAUVAISE NOUVELLE

- Annoncer et expliquer le pronostic fonctionnel sombre et irréversible
 - Favoriser un endroit privé, ambiance propice
 - Attitude empathique et à l'écoute des besoins
 - Prévoir la présence d'intervenants pour le soutien à la famille
 - Utiliser des outils visuels (ex. imagerie)

- Allouer le temps nécessaire pour assimiler l'information

- S'assurer de la compréhension du pronostic
Répéter l'information aussi souvent que nécessaire

- Vérifier les volontés du défunt via Transplant Québec
(Carte d'assurance maladie et inscription aux registres des consentements au don d'organes et de tissus de la RAMQ et de la Chambre des notaires du Québec)

NE PAS OFFRIR L'OPTION DU DON À CETTE ÉTAPE

ÉTAPE 2 : PRÉSENTATION DES OPTIONS DE FIN DE VIE

- Proposer le don d'organes
 - Être à l'écoute de la famille, répondre à ses besoins
 - Si la famille a besoin de plus d'information sur le processus du don d'organes offrir l'intervention du coordonnateur-conseiller clinique de Transplant Québec

- Allouer un temps de réflexion

- Obtenir la décision

—	Refus	}	Communiquer la réponse à Transplant Québec
—	Consentement verbal ou écrit		

ASSURER UN SOUTIEN CONTINU À LA FAMILLE



Qu'est-ce qu'une mauvaise nouvelle?

Définition

« Toute nouvelle qui modifie négativement les projets d'avenir d'une personne. »

« Plus l'écart entre les attentes et la réalité est grande, plus la nouvelle est mauvaise. »

(Buckman R., 1994)



Annonce d'une mauvaise nouvelle

(ex: annonce d'une maladie, d'un accident grave,
d'un échec à un traitement, d'un pronostic sombre,
d'un décès, etc.)



Concept de perte



Processus de deuil

L'état de crise

Particularités du contexte des soins critiques



- Contexte subit et inattendu.
- Dès son arrivée, la famille est en état de choc.
- La famille n'a aucune idée de ce qui l'attend.
- Le milieu où elle est accueillie (urgence, soins intensifs) est souvent très anxiogène.
- Ce qu'ils vivent est IRRÉEL, ce que vous leur dite l'est tout autant!...

Une réalité : la violence des mots



VERBAL ABUSE CAN BE JUST AS HORRIFIC, BUT YOU DON'T HAVE TO SUFFER IN SILENCE. CALL THE AWARE HELPLINE FOR ADVICE AND

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

C'EST PAS
POSSIBLE....



La phase de choc

(anesthésie émotionnelle)

Choc : « sidération »

- **Les réactions rencontrées sont diverses :**
Prostration, mutisme, confusion, agitation, blâme, violence verbale, pleurs, gestes de colère, culpabilité, tristesse malaises physiques...
- « Lorsqu'il s'agit de prévoir la réaction du patient ou de sa famille, la seule généralité qu'il convienne de faire, est **qu'on ne peut pas généraliser.** » (Buckman, 1994)

La phase de choc

En situation de choc, il est bon de...

- Ne pas trop parler
- Beaucoup réfléchir aux mots utilisés
- Parler au présent
- Se centrer sur la compréhension, les ressources et les émotions...
- Écouter et répéter





Pourquoi est-ce si difficile d'annoncer une mauvaise nouvelle?

Crainces des professionnels face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle :

- Peur de blesser les personnes
- Peur des réactions engendrées: agressivité, colère, peine
- Peur d'être blâmés
- Sentiment d'impuissance ou d'échec
- Peur de ne pas connaître toutes les réponses
- Peur de montrer leurs émotions
- Peur d'enlever l'espoir
- Peur personnelle face à leur propre mort



Plaintes des familles

- Manque d'écoute
- Emploi d'un jargon médical
- Condescendance
- Mauvais timing
- Temps accordé trop restreint
- Sont laissées à elles-mêmes après l'annonce

(Buckman R., *S'asseoir pour parler*, 1994, p. 36-38.)



Avantages d'une bonne communication

Permet ...

- D'établir une relation de confiance (transparence)
- De diminuer l'anxiété et l'incertitude
- De transmettre l'information
- D'obtenir une meilleure collaboration
- De soutenir
- De favoriser une prise de décision éclairée

Les compétences à développer



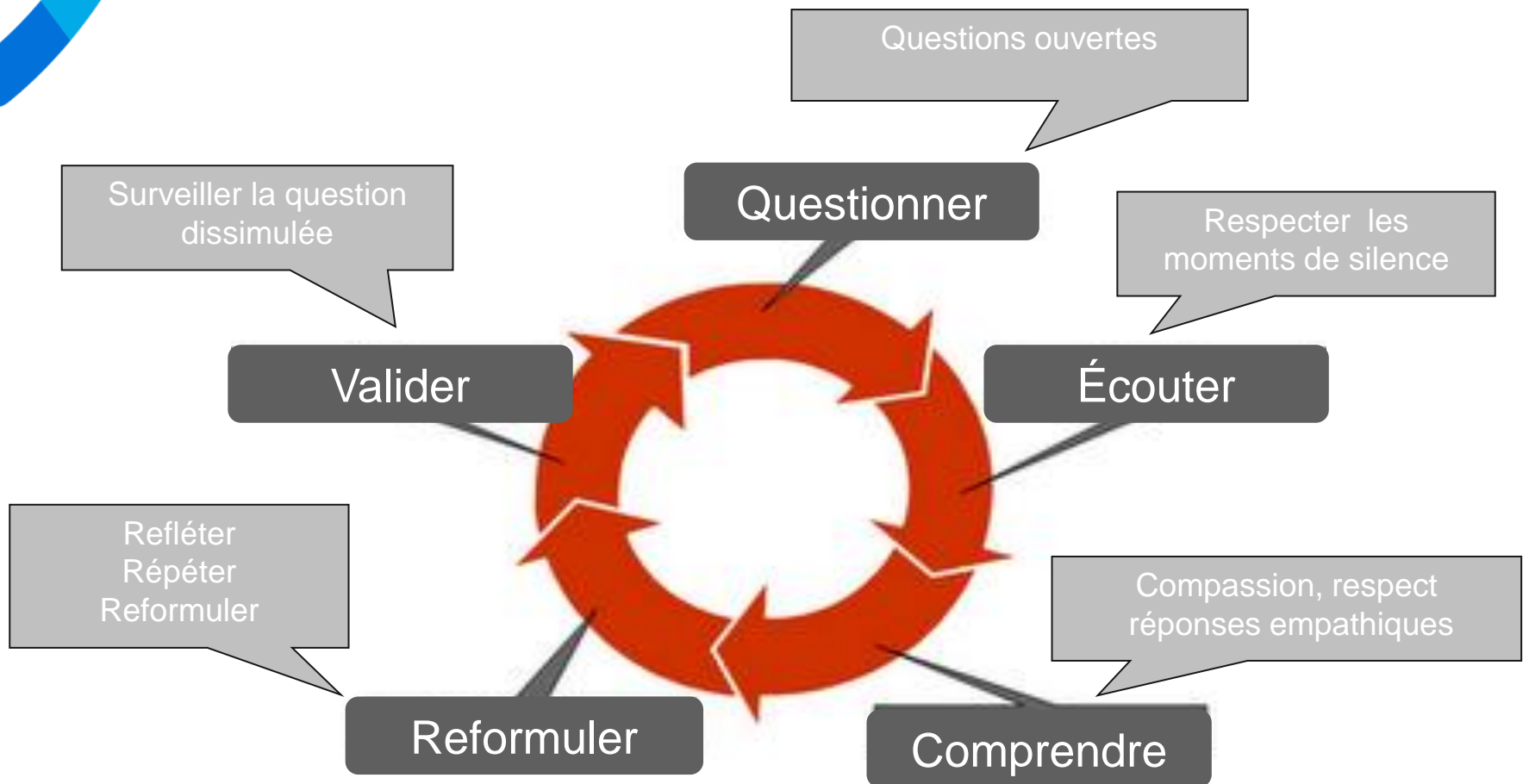
- **Savoir faire :**

Techniques de communication et relation d'aide

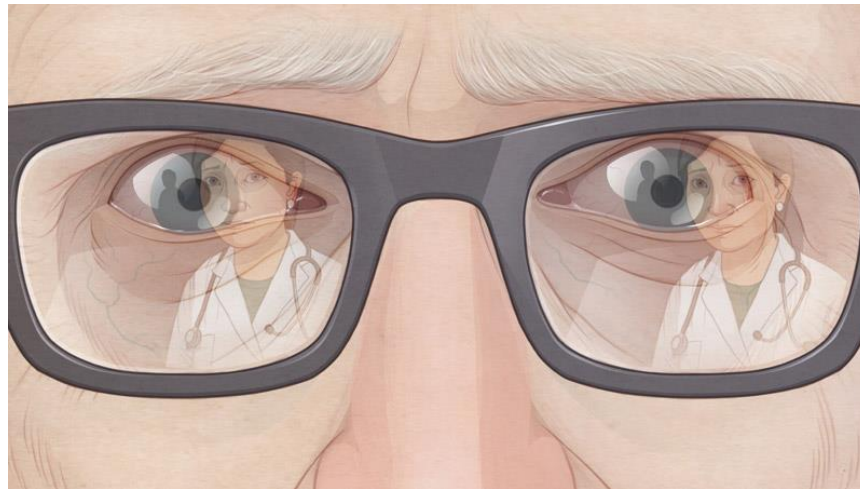
- **Savoir être :**

Faire preuve d'honnêteté, d'empathie, de compassion et de respect

Savoir être: l'empathie



Les principes de l'entretien



*Robert Buckman ,1994
adapté par Radziewicz et Baile, 2001

Les principes de l'entretien

1. Préparation de la rencontre
2. Initiation de la rencontre
3. La rencontre
4. Communication de la mauvaise nouvelle
5. Explication du décès neurologique
6. Réception de la mauvaise nouvelle
7. Conclusion de la rencontre



1. Préparation de la rencontre

- Prendre connaissance de l'histoire
- Image professionnelle
- Préparation de l'environnement physique



2. Initiation de la rencontre

- Importance du premier contact
- Attitude corporelle
- S'assurer de la disponibilité d'écoute de la famille
- Vérifier la présence des personnes significatives
- Établir l'objectif de la rencontre





3. La rencontre

- **S'informer sur ce que sait la famille**
 - «Quelles sont les personnes que vous avez rencontrées ?»
 - «Qu'est-ce que vous savez de la situation? »
 - «J'aimerais que vous me racontiez dans vos propres mots ce que vous comprenez au sujet de l'état de santé de votre...»
 - «J'aimerais vérifier avec vous si nous avons la même compréhension de la situation.»



3. La rencontre (suite)

Renseigne sur 3 aspects importants:

1. Ce que la personne a compris.
 - Sa compréhension reflète-t-elle la réalité?
2. Comment la personne s'exprime.
 - État émotionnel
 - Niveau d'éducation
3. Contenu émotionnel des messages.
 - Message verbal et non verbal



3. La rencontre (suite)

- **S'informer sur ce que veut savoir la famille**

Permet de déterminer non pas si la personne veut ou non entendre la vérité, mais plutôt à quel niveau elle souhaite obtenir l'information

Formulations:

- « Aimeriez-vous que je vous explique tous les détails du diagnostic? »
- « Préférez-vous avoir beaucoup d'information ou est-ce que je me limite aux grandes lignes? »
- « J'aimerais répondre à vos questions concernant... Est-ce que cela vous convient? »



3. La rencontre (suite)

Que faire lorsque la famille ne veut pas parler du diagnostic?

- Laisser la porte ouverte pour une discussion ultérieure.
- On peut également lui offrir d'en parler avec une autre personne.

4. Communication de la mauvaise nouvelle



- **Élaborer un plan**

Après avoir sondé ce que la famille sait et ce qu'elle veut savoir, il faut établir l'objectif à atteindre à la fin de la rencontre.

Exemples: Compréhension du pronostic grave et irréversible ou DDN, informer des traitements possibles ou impossibilités de TX, orientation vers des soins de confort, offrir le don d'organes

4. Communication de la mauvaise nouvelle (suite)

- **Alignement**



Se servir des propos de la famille comme point de départ et faire le rapprochement avec les faits médicaux.

Formulations :

- « Vous avez raison sur ce point, effectivement... »
- « Vous comprenez que... »

Buts:

- Démontre à la famille que ses propos sont pris au sérieux.
- Apporte sentiment d'assurance et compétence.
- Donne envie de faire confiance à son interlocuteur.

4. Communication de la mauvaise nouvelle

(suite)

- **Pédagogie**

- Faire le récit des événements
- Donner l'information de façon graduelle
- Utiliser un langage simple
- Contrôler fréquemment la compréhension
- Renforcer la compréhension :
 - Élucidation
 - Répétition
 - Dessin
 - Brochure...



Histoire de Jean-François



Quelques heures plus tard, Jean-François devient instable au niveau hémodynamique:

- TA chute subitement à 70/50
- RC est irrégulier entre 60 à 130/min
- T° diminue à 33,6°C
- dernière diurèse horaire dépasse 1000ml.

Les médecins soupçonnent que Jean-François est en décès neurologique.

Comment aider la famille à comprendre le concept de décès neurologique?

La carte RAMQ de Jean-François est signée. Est-ce le bon moment pour aborder le don d'organes?



LE DÉCÈS NEUROLOGIQUE

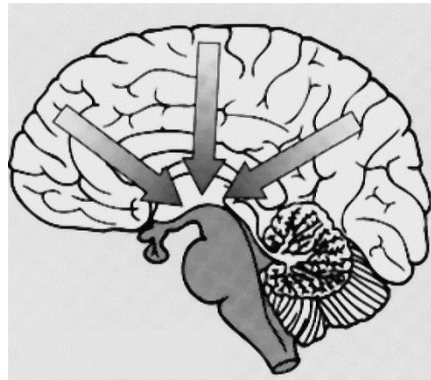


Barrières à la compréhension du décès neurologique



- **Évènement soudain et imprévu :**
 - Famille non préparée à la perte.
 - Situation de stress intense
 - Difficulté à assimiler l'information (5 à 10 %)
- **Milieu des soins critiques impressionnant**
- **Le concept du DDN est en soi abstrait pour le commun des mortels**
 - L'être cher semble vivant
 - Confusion entre **COMA** et **DDN** pour la population en général
- **Présence de réflexes spinaux**

Définition du décès neurologique:



« C'est la destruction irréversible du tronc cérébral »

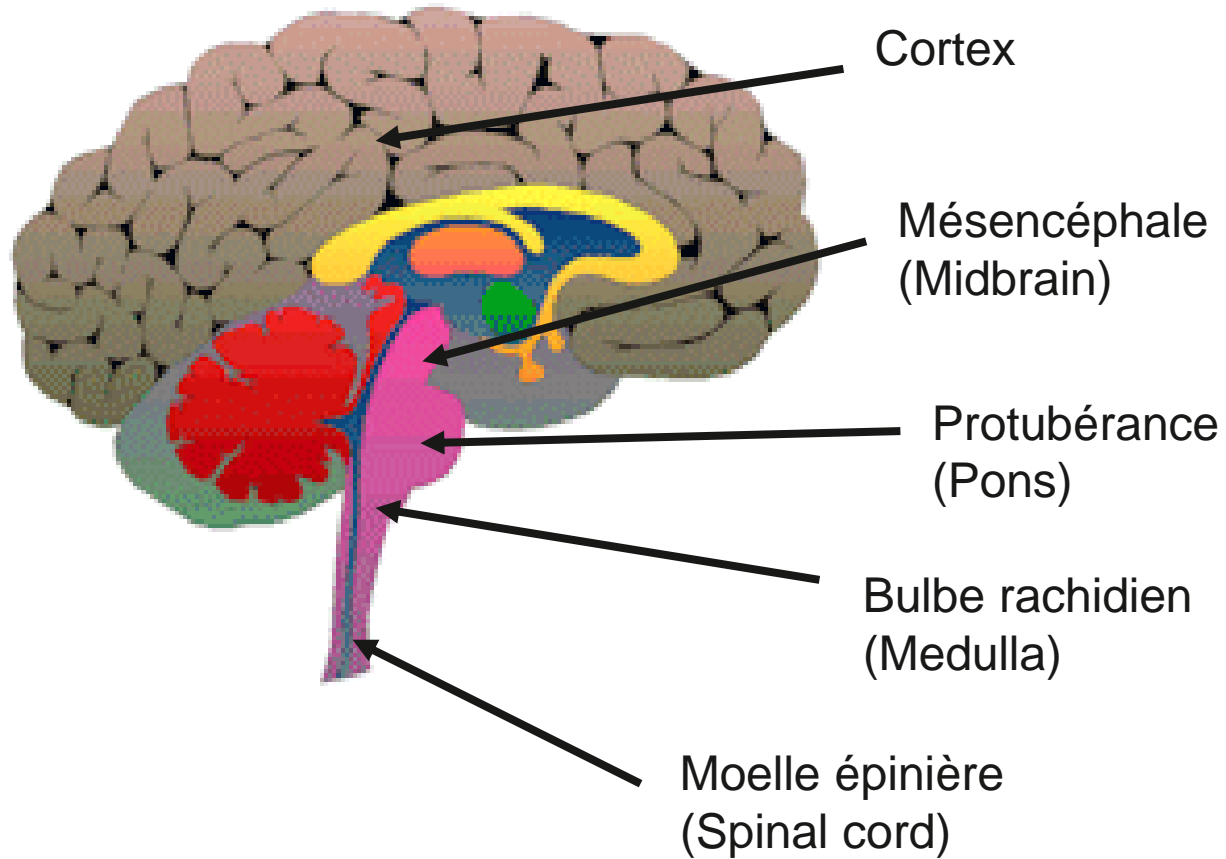


Historique du concept du diagnostic de décès neurologique

- Mollaret et Goulon (1959) «Coma dépassé»
- Harvard Criteria (1968): déf. Mort cérébrale
- Recommendations de l'A.M.C. (1987)
- Canadian Neurocritical care Group (1999)
- Recommendations du Forum canadien (2003)

Diagnostic de décès neurologique

Anatomie





PATHOLOGIES ASSOCIÉS AU DDN

- A.C.V
- Hémorragie cérébrale
- Traumatisme crânien
- Anoxie cérébrale
- Tumeur cérébrale primaire
- Intoxication médicamenteuse ou autres
- Homicide, suicide



LIGNES DIRECTRICES DU DÉCÈS NEUROLOGIQUE

Le DDN doit être établi à partir des conditions suivantes:

1. Étiologie du DDN connue
2. Absence de réponse centrale (GCS 3)
3. Absence des réflexes du tronc cérébral
4. Test d 'apnée positif
5. Absence de facteurs confondants.
6. La présence de ROT n 'infirmes pas le DDN

Réflexes spinaux



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Réflexes spinaux



Réflexes spinaux



Vidéo réflexes spinaux



- <..\..\vidéo\Réflexes spinaux2020.pptx.wmv>



*Dans le contexte d'un don d'organes,
le décès neurologique doit être déclaré*
par 2 médecins
n'ayant aucune relation avec le
prélèvement et la transplantation
à partir de l'examen neurologique.

(article 45 du code civile du Québec)



Les 2 déclarations du DDN peuvent être faites simultanément.

Cependant, si elles ont lieu à des moments différents, un examen clinique complet comprenant un test d'apnée doit être fait pour chaque déclaration.

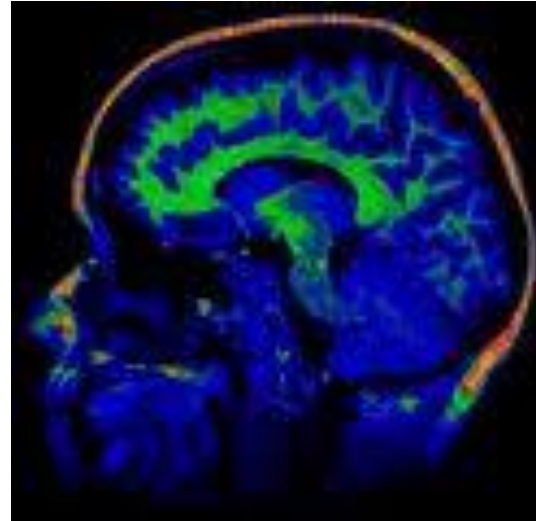
(Réf: CCDT 2003)



**C'est l'heure de la
1^{ière} déclaration du
décès neurologique
qui marque le moment
légal du décès.**

(CCDT, 2003)

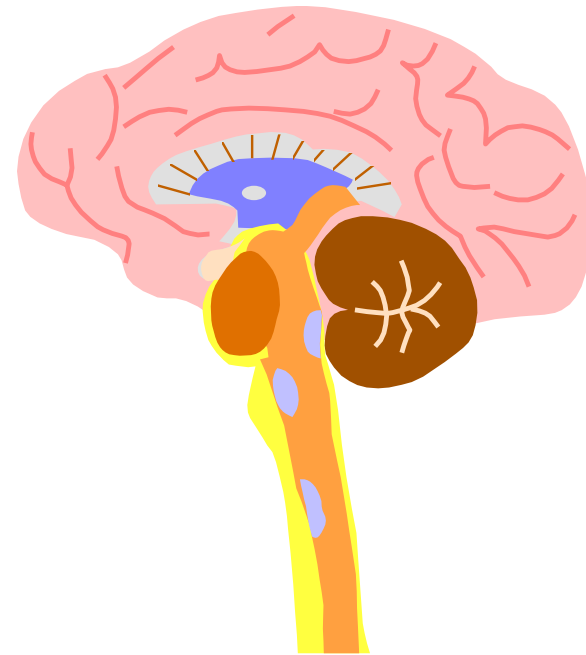
L'examen neurologique



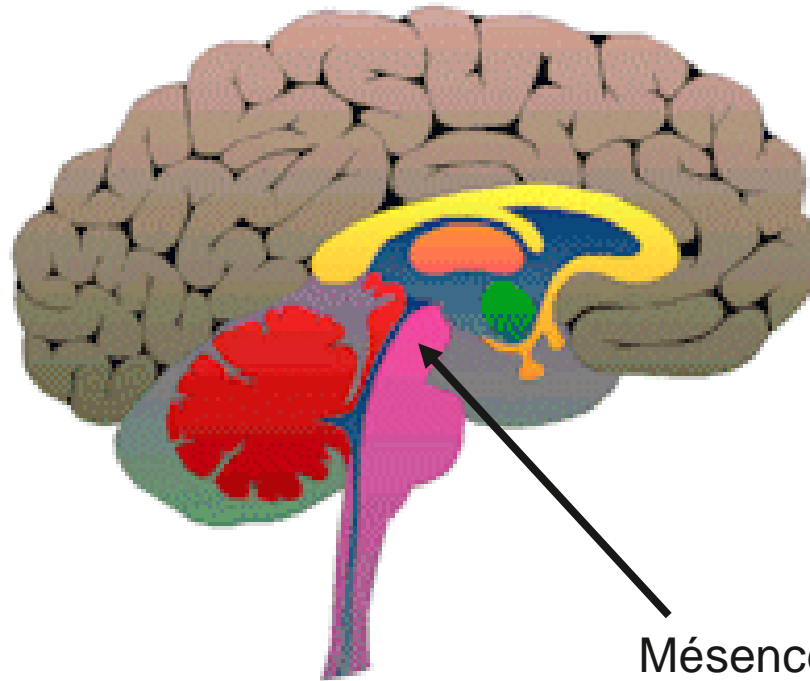


Réflexes du tronc cérébral

- Photo-moteur
- Cornéen
- Oculo-céphalique
- Oculo-vestibulaire
- Oro-pharyngé
- Respiration



Diagnostic du décès neurologique



Réflexe
pupillaire

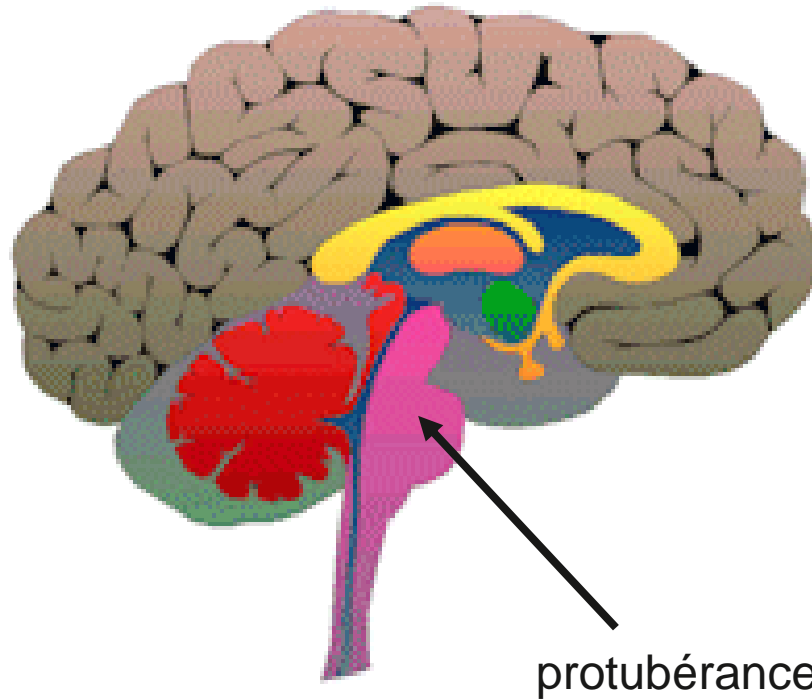
Mésencéphale



Réflexe pupillaire

**Pupilles $\geq 4\text{mm}$
non réactives à la lumière**

Diagnostic du décès neurologique



Réflexe
cornéen



Réflexe cornéen

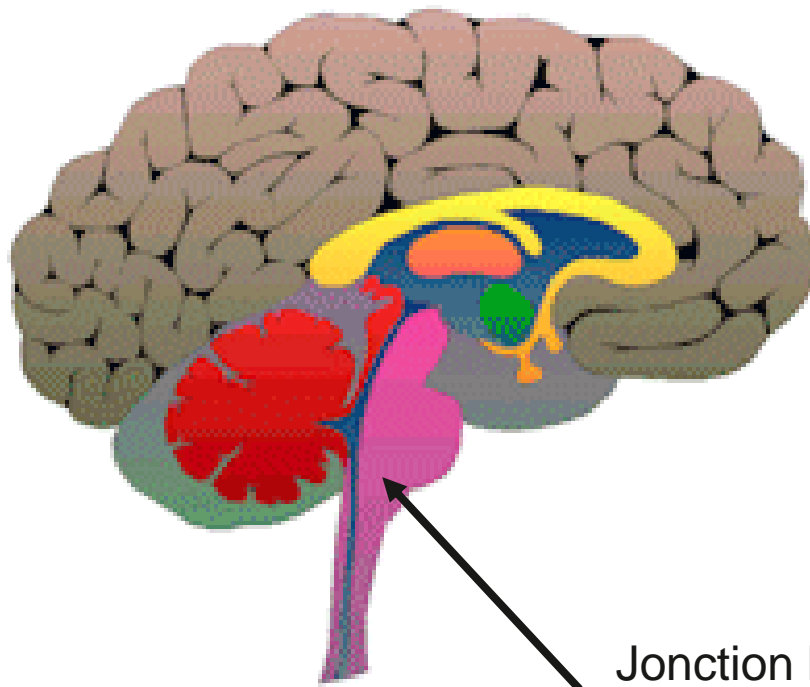
Toucher chaque cornée avec un mouchoir ou une compresse stérile.

***** attention si potentiel de don de cornée *****

Normal : Mouvement de clignement des yeux

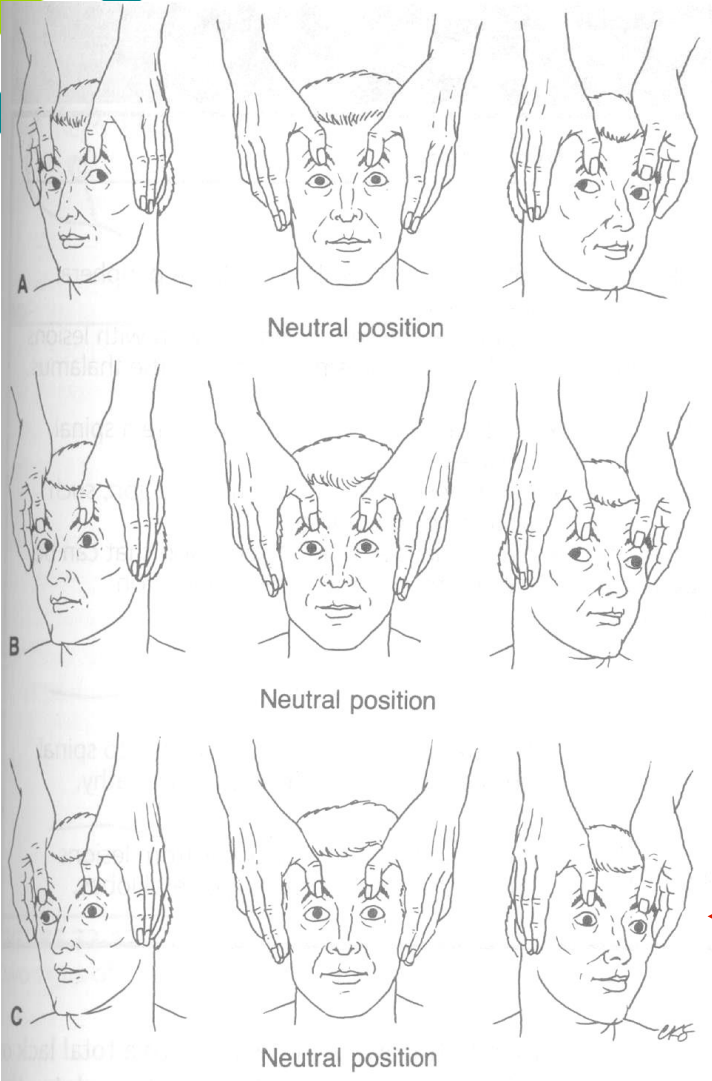
DDN : Aucune réponse

Diagnostic du décès neurologique



Réflexe oculo-
céphalique et
oculo-vestibulaire

Jonction bulbo-
protubérancielle



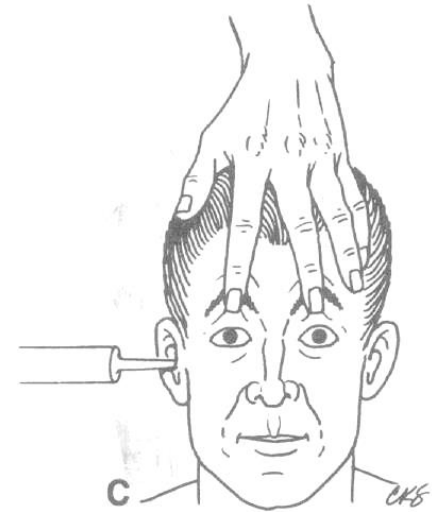
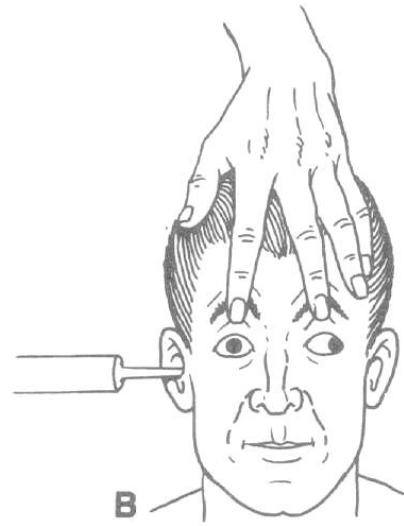
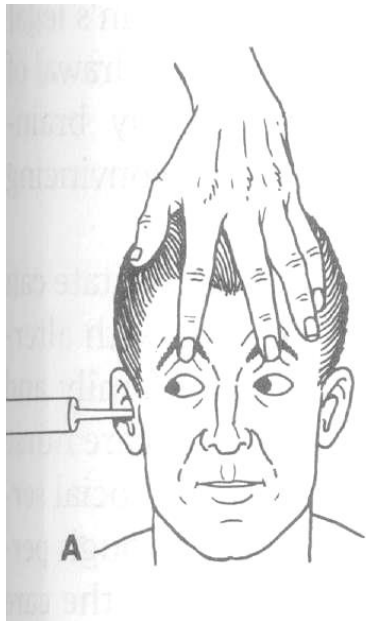
Réflexe oculo-céphalique

Observer les yeux pendant un mouvement brusque de rotation de la tête de l'extrême droite vers la gauche ou l'inverse; le réflexe est présent si le globe oculaire bouge dans le sens inverse. (Pas faire si trauma)

← **Réflexe absent**



Réflexe oculo-vestibulaire



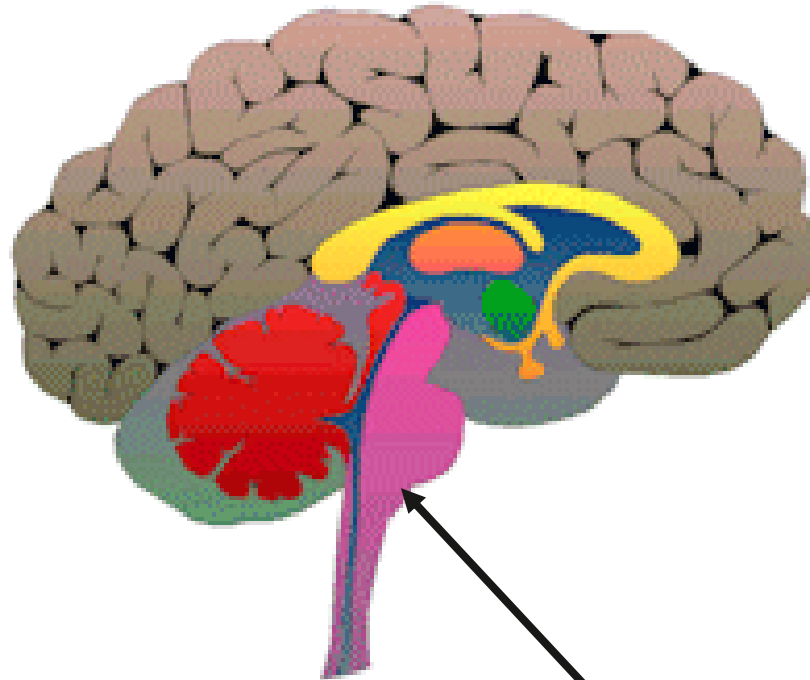


Réflexe oculo-vestibulaire

- La tête du patient doit être à 30°
- Irriguer les conduits auditifs avec un minimum de 50 ml d'eau glacée.
- Tenir les yeux ouverts durant 5 min
- Répéter le test du côté opposé

****Tout mouvement des yeux exclut le DDN****

Diagnostic du décès neurologique



Réflexe oro-
pharyngé
(gag-toux)

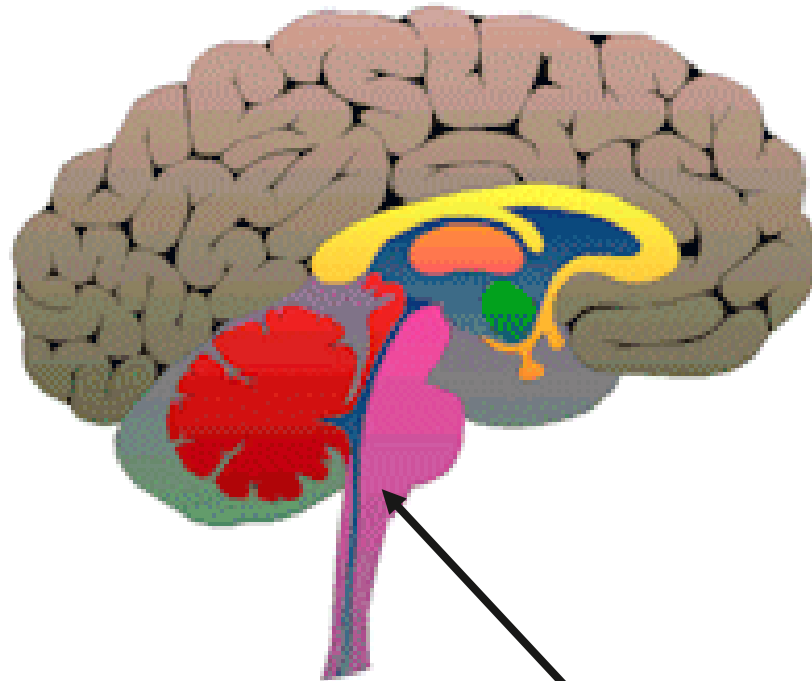
Bulbe supérieur



Réflexe oro-pharyngé (gag – toux)

- Stimuler la paroi postérieure du pharynx
(un réflexe de déglutition exclut le DDN)
- Aspirer dans le tube endo-trachéale
(la présence de toux exclut le DDN)

Diagnostic du décès neurologique



Réflexe
respiratoire
(test d'apnée)

Bulbe rachidien



Diagnostic de décès neurologique

Réflexe respiratoire (test d'apnée)

1. Pré-oxygéner avec FiO_2 100%, PEEP 5 X 20 min.
Effectuer une gazométrie (temps 0)

Valeurs visées: pH 7.35-7.45 et PaCO_2 40 ± 5 mmHg

2. Débrancher le respirateur et administrer FiO_2 100% à 10 L/min via tube en T avec une valve de CPAP à 10 cmH₂O
3. Observer pendant 10 min : vérifier l'absence de mouvement respiratoire. Faire un prélèvement de gaz artériels et rebrancher le respirateur.



Diagnostic de décès neurologique

Test d'apnée (suite)

Test positif si :

- $\text{PaCO}_2 \geq 60 \text{ mmHg}$ et $\Delta \uparrow 20 \text{ mmHg}$
- pH 7.28 ou moins
- Absence de respiration

Réflexe respiratoire (test d'apnée)

**** Si instabilité ****

(hypotension, désaturation, arythmie)



Faire un gaz artériel
et
arrêter le test



(rebrancher le respirateur)





Facteurs confondants:

- Hypotension
- Hypothermie (T 34 °C)
- Barbiturique
- Curare
- Désordres métaboliques
- Etat de choc

*****Si anoxie cérébrale, attendre 24 h post-événement pour déclarer DDN*****



Diagnostic de décès neurologique

Tests auxiliaire :

But :

Démontrer l'absence de circulation intracrânienne.

2 examens complémentaires reconnus:

- Angiographie 4 vaisseaux
- Scintigraphie cérébrale

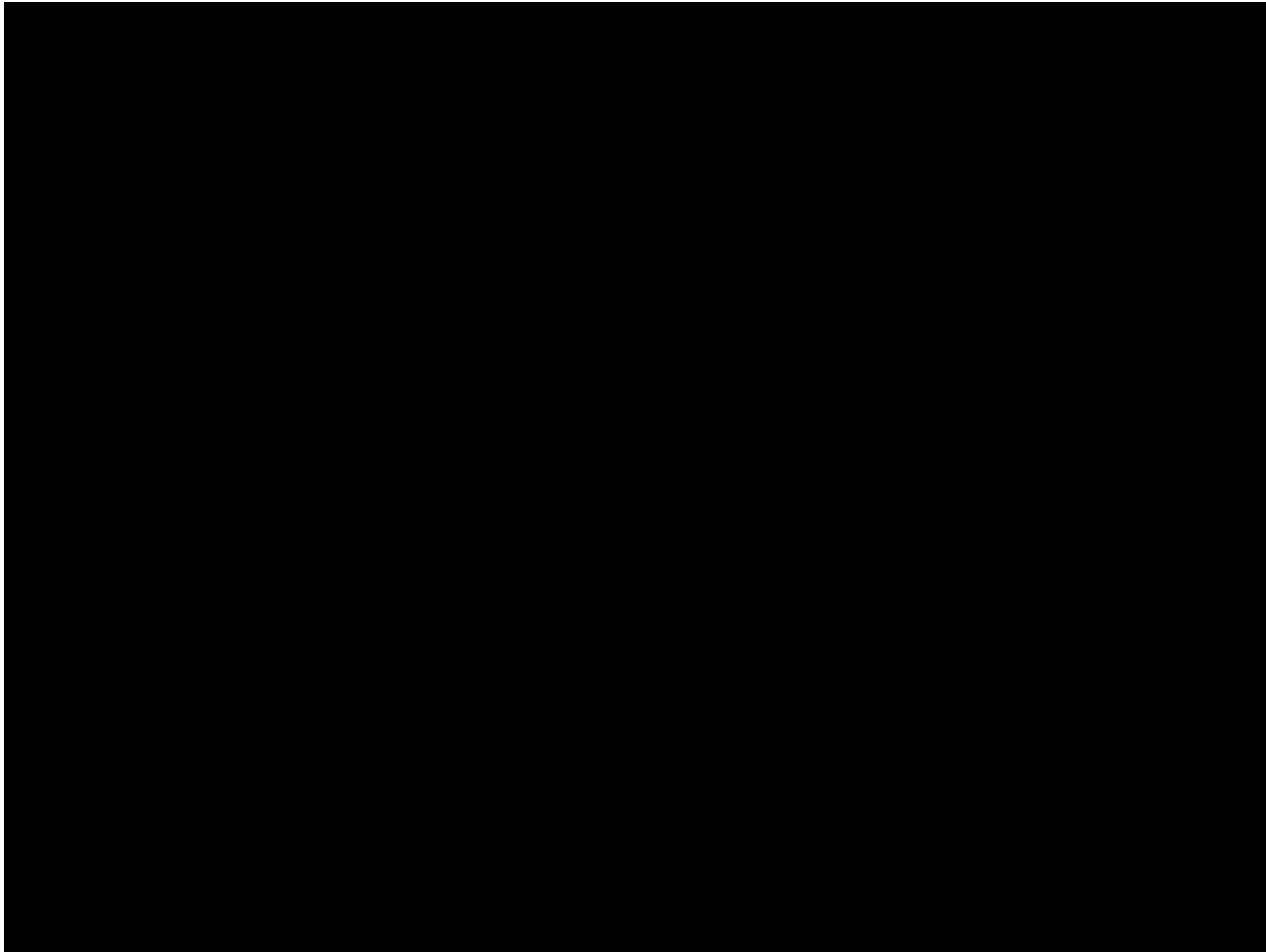
Vidéo sur le décès neurologique



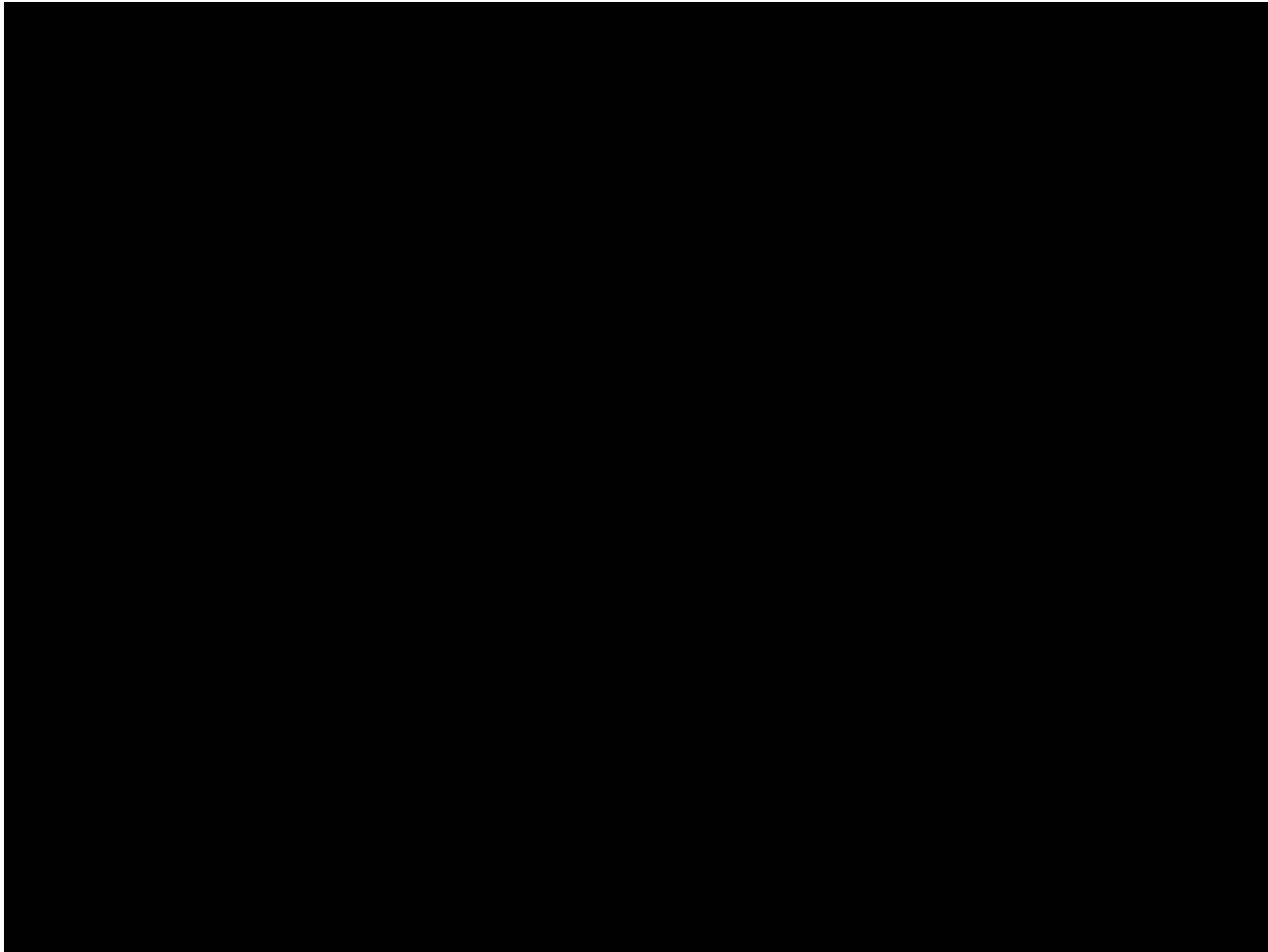
- [..\..\..\vidéo\DDNpart1.wmv](#)
- [..\..\..\vidéo\Test d'apnée.wmv](#)



DDN: Réflexes du tronc cérébral



Test d'apnée



Annonce d'un décès neurologique



Outils facilitants la compréhension

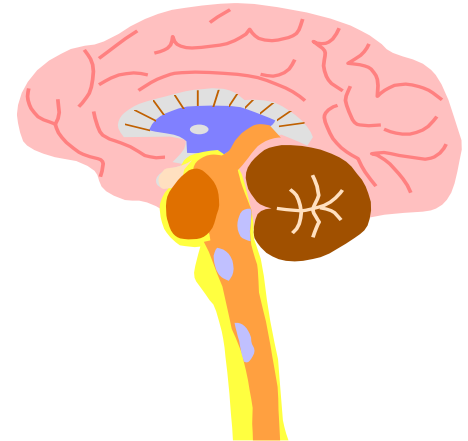
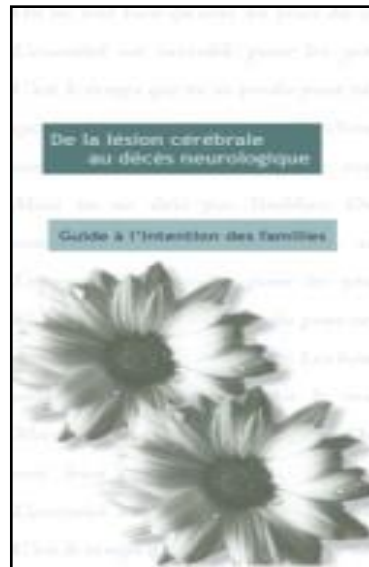
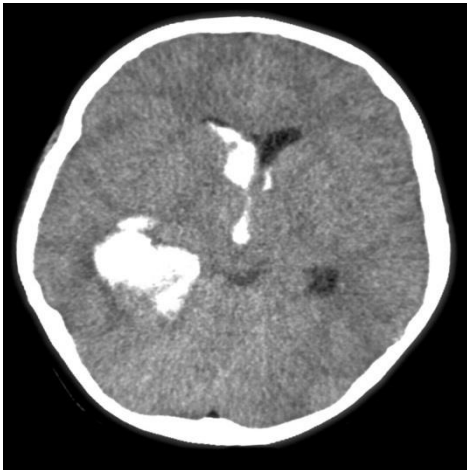
(Maloney ,R. et Wolfelt, A., 2001)

1. Expliquer le rôle du cerveau et son importance:

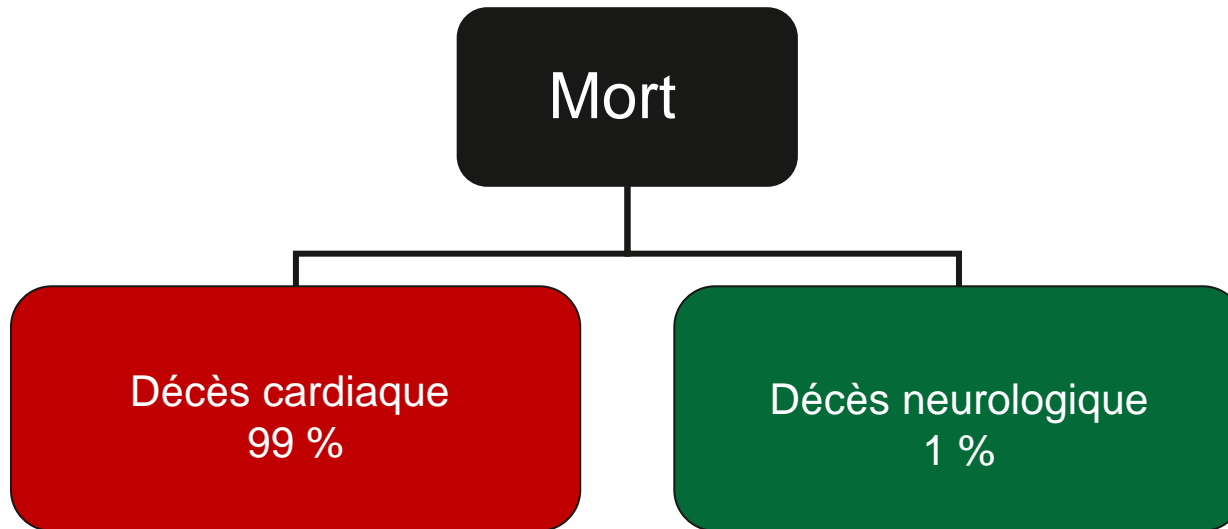
- Organe...
 - primordial (contrôle les fonctions vitales)
 - irremplaçable
 - non régénérable



2. Démontrer visuellement le niveau de l'atteinte en utilisant soit une image de cerveau, soit le scan cérébral.



3. Présenter le concept de la mort comme un évènement pouvant se produire de 2 façons :



« DÉCÈS NEUROLOGIQUE = DÉCÈS DE LA PERSONNE »



4. Expliquer la procédure du DDN

- Examen neurologique
- Effectuer par 2 médecins qualifiés et indépendants
- Se fait dans des conditions standardisées

5. Inviter la famille à assister au test d'apnée

6. Parler de l'heure de la première déclaration du DDN comme de l'heure officielle du décès de la personne.

Diagnostic de décès neurologique

1. Pathologie connue et irréversible pouvant causer le décès neurologique

2. Coma profond « Glasgow 3 »

Absence de réponse aux stimuli, de mouvements anormaux (décortication, déoérébration, dyskinésie) ou de convulsions

3. Absence des réflexes du tronc cérébral

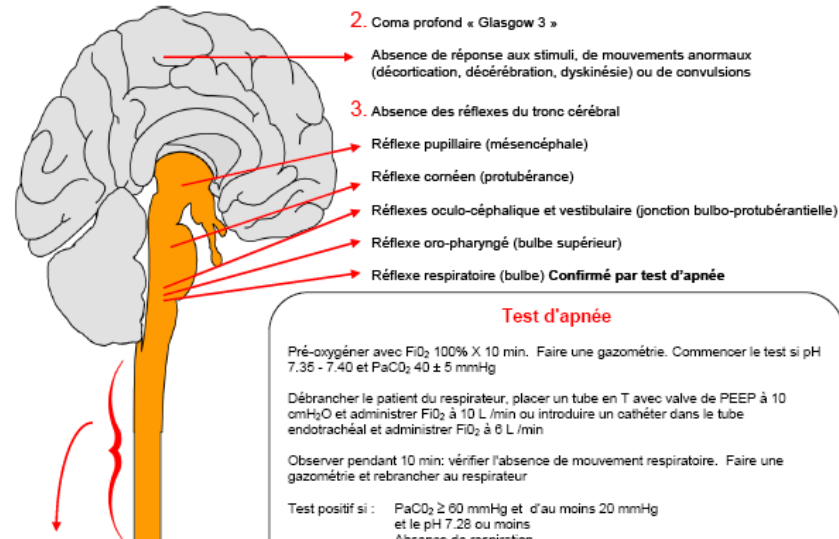
Réflexe pupillaire (mésencéphale)

Réflexe cornéen (protubérance)

Réflexes oculo-céphalique et vestibulaire (jonction bulbo-protubérantielle)

Réflexe oro-pharyngé (bulbe supérieur)

Réflexe respiratoire (bulbe) **Confirmé par test d'apnée**



LES RÉFLEXES ET LES MOUVEMENTS D'ORDRE SPINAL PEUVENT PERSISTER

Test d'apnée

Pré-oxygéner avec FiO_2 100% X 10 min. Faire une gazométrie. Commencer le test si pH 7.35 - 7.40 et PaCO_2 40 \pm 5 mmHg

Débrancher le patient du respirateur, placer un tube en T avec valve de PEEP à 10 cmH₂O et administrer FiO_2 à 10 L/min ou introduire un cathéter dans le tube endotrachéal et administrer FiO_2 à 6 L/min

Observer pendant 10 min: vérifier l'absence de mouvement respiratoire. Faire une gazométrie et rebrancher au respirateur

Test positif si : $\text{PaCO}_2 \geq 60$ mmHg et d'au moins 20 mmHg et le pH 7.28 ou moins
Absence de respiration

N.B. Si pathologie pulmonaire sévère (MPOC), demander l'avis d'un spécialiste. Si instabilité hémodynamique ou désaturation, arrêter l'examen.

4. Aucun facteur confondant : hypotension, hypothermie centrale (< 34 ° C), barbituriques, curare, désordres métaboliques et endocriniens sévères, état de choc systémique, neuropathie des nerfs crâniens, trauma à l'œil ou à l'oreille moyenne et/ou interne

5. Deux examens cliniques, par deux médecins (indépendants de l'équipe de transplantation), dont au moins un examen au centre de prélèvement.

6. N.B.: Nourrissons \geq 30 jours et < 1 an, il est recommandé de faire les deux examens à des moments différents
« Lors d'une atteinte cérébrale aiguë par ischémie/hypoxémie, un délai de 24 heures est recommandé avant de procéder à l'évaluation clinique du décès neurologique ou on peut effectuer un test auxiliaire

Sources : Guidelines for the diagnosis of brain death par the Canadian Neurocritical Care Group (Drs M.A. Beaulieu, B. Seshia, J. Teitelbaum and B. Young), Can. J. Neurol. Sci. 1999; 26: 64-66
Conseil canadien pour le don et la transplantation « De l'atteinte cérébrale grave au diagnostic du décès neurologique », Du 9 au 11 avril 2003, Vancouver, C.-B.



Tests auxiliaires

But:

Démontrer l'absence de circulation intracrânienne

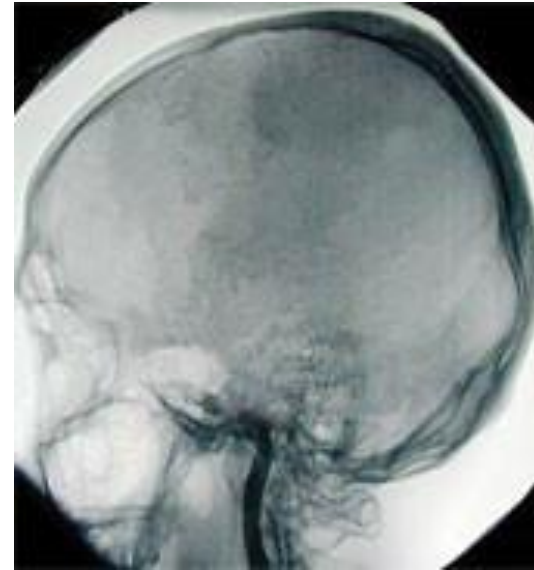
2 examens complémentaires reconnus:

- Angiographie cérébrale des 4 vaisseaux
 - 2 carotides
 - 2 vertébrales
- Scintigraphie cérébrale

Angiographie des 4 vaisseaux



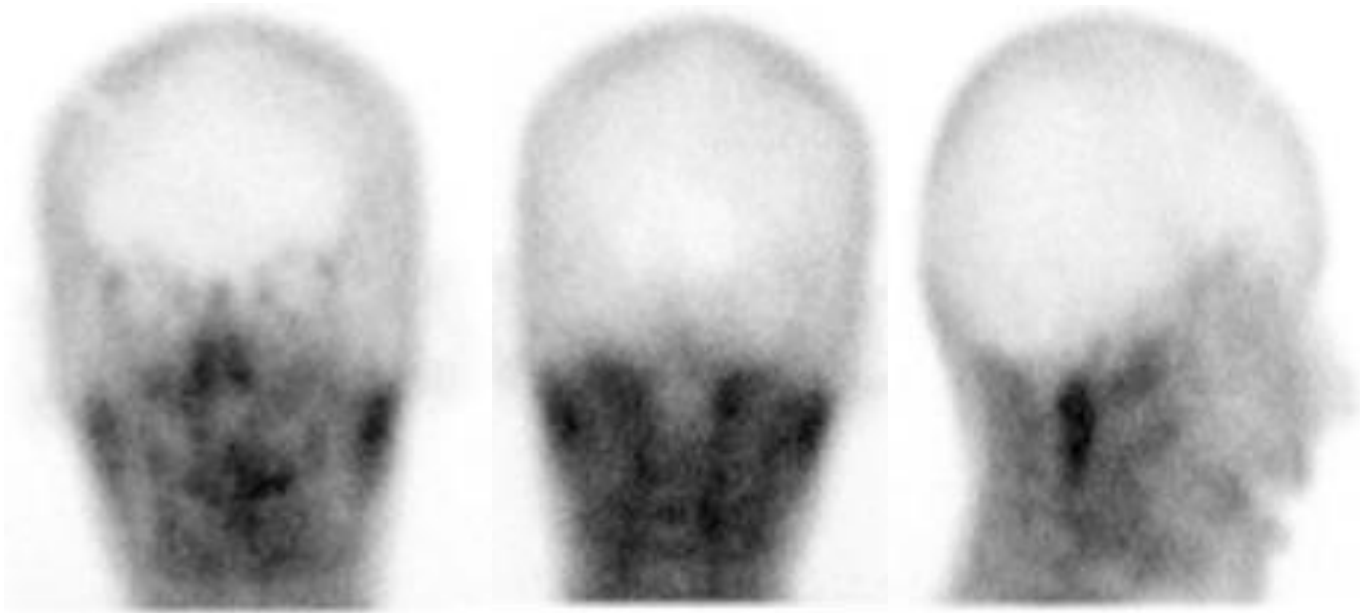
ANGIOGRAPHIE
AVEC FLOT



ANGIOGRAPHIE
SANS FLOT



Scintigraphie cérébrale





Interventions nursing facilitant la compréhension du DDN

(Maloney ,R. et Wolfelt, A., 2001)

- Visites au chevet du patient, **sans restriction**
- Répondre aux besoins de la famille
- Faire attention à notre langage, en évitant les doubles discours.
- **Prendre son temps**
 - Respecter le rythme de la famille
- Respecter les croyances et cultures
- Proposer un **rituel d'adieu**:
 - Offrir l'assistance d'un intervenant spirituel.
 - Permettre des moments d'intimité
 - Offrir un objet tangible (mèche de cheveux, empreinte de main)



Après l'annonce de la mauvaise nouvelle, que risque-t-il de se passer?





« Faire face aux émotions de la famille »

- Étape la plus difficile ≈ **IMPRÉVISIBLE**
- Toutes les gammes de réactions sont **NORMALES.**

« Nous devons comprendre l'ampleur de la perte et non la perte en tant que telle. »

[..l.l.\vidéo\Charlot.gif](#)

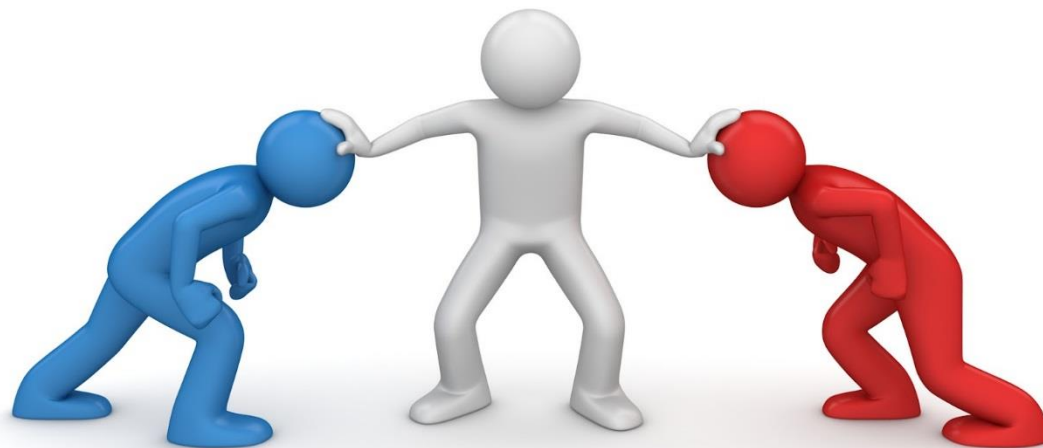


Conclusion de la rencontre

- Faire un résumé de la conversation et des objectifs.
- S'assurer de la bonne compréhension.
- Laisser un temps de réflexion.
- Offrir sa disponibilité pour répondre aux questions.
- Offrir l'assistance des ressources disponibles
- Passer un contrat dans l'avenir
- Manifester son soutien.



LES SITUATIONS DE CONFLIT



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



Que faire si la famille refuse d'accepter la mauvaise nouvelle?

Selon une étude réalisée en 2004 par de Boire-Lavigne,

- Environ 80% des familles adhère à la mauvaise nouvelle dès la première rencontre.
- 10 à 20 % des familles ont besoin de temps (1 à 5 jours) pour accepter la situation.
- 1 à 5 % des familles persisteront dans leur refus.




Que faire si la famille refuse d'accepter la mauvaise nouvelle?

1. Comprendre la cause:

- Mauvaise technique de communication
- Divergence de point de vue entre les intervenants
- Espoir de guérison
- Court laps de temps entre l'évènement et le pronostic
- Conflits préexistant à l'intérieur de la famille

2. Tenter de comprendre le point de vue des proches: rester neutre.



3. Établir une communication et un lien de confiance optimaux:

- Donner accès à l'information tout au long des soins ,
transparence
 - Établir un climat de collaboration avec les autres intervenants
 - Adopter un discours commun, convergent et cohérent entre
professionnels
4. Si incertitude du diagnostic, pronostic ou possibilité de traitement, en discuter avec le médecin qui pourra demander un deuxième avis.
5. Proposer un changement graduel du niveau de soins.
6. Demander à la famille de vous parler du patient .
7. Consulter le comité d'éthique



Conclusion

- En milieu de soins critiques, l'annonce de mauvaises nouvelles fait partie de la réalité quotidienne des professionnels de la santé. Et pourtant, plusieurs se sentent démunis pour accomplir cette délicate mission qui risque de susciter de fortes émotions chez les proches.
- Bien qu'il n'existe pas de recette miracle, les principes d'entretien de Buckman constituent un outil très utile pour communiquer une mauvaise nouvelle.
- N'oubliez pas que savoir communiquer est une attitude importante à maîtriser pour bien soigner.

***« 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 mort,
et aussi, comment la surmonter ... »***

(Elizabeth Kübler-Ross)



7. Références

BOIRE-LAVIGNE, A.M. *Acharnement thérapeutique, cessation de traitement: Se donner des balises et mieux gérer les divergences et les conflits*, Institut universitaire gériatrique de Sherbrooke, 2004.

BOIRE-LAVIGNE, A.M. *Désaccord sur les soins de fin de vie, sortir de l'impasse!*, Le médecin du Québec, 46 (4), 2011.

BUCKMAN, R. *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*, Montréal: ERPI, 1994.

CERNEY, M. *Solving the organ donor shortage by meeting the bereaved needs*, Critical care nurse, 13 (1), 1993, p.32-36.

FURUKA, M. *Meeting the needs of dying patient's family*, Critical care nurse, 16 (1), :1996, p. 51-57.



7. Références

LAUTRETTE, A., DARMON, M., AZOULAY, E. et al.(2007). *A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU*. New England Journal of Medicine, 356(5), 469-78

MALONEY, R. WOLFELT, A. *Caring for donor families, during, and after. How to communicate with and support families before, during and after the décision to donate organs, tissues and eyes* , Fort Collins Companion Press, 2001.

RADZIEWICK, R., BAILE, W.I. *Communication skills: Breaking bad news in the clinical setting*, Oncology Nurse Journal, 28(6), 2001, p. 951-953.

WRIGHT, L.M., LEAHEY, M. *L'infirmière et la famille*, Montréal: ERPI. 2^e édition, 2001.