

Université de Montréal

**L'annonce d'un décès au service des urgences :
une étude qualitative**

Par

Paul-André Lachance

Département de psychopédagogie et d'andragogie
Faculté des sciences de l'éducation / Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès arts en Sciences de l'éducation,
option : pédagogie universitaire des sciences médicales

Avril 2011

© Paul-André Lachance, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'annonce d'un décès au service des urgences :
une étude qualitative

présenté par :
Paul-André Lachance

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Nathalie Loye, président-rapporteur
Johanne Goudreau, directrice de recherche
Bernard Charlin, membre du jury

Résumé

Nous cherchions à explorer les compétences que les intervenants du service des urgences (SU), des médecins et des infirmières travaillant en équipe dans des rôles complémentaires, ont développées dans la divulgation d'un décès, pour éclairer l'apprentissage de cette compétence de « Communicateur ». Nous avons utilisé des entrevues semi-dirigées et un échantillonnage non probabiliste de 8 intervenants. Nous avons analysé les entrevues à l'aide de méthodes qualitatives reconnues. Le nombre total de présences de nos intervenants à une divulgation est estimé supérieur à 2000. Notre analyse a démontré qu'ils utilisent une structure de divulgation uniforme. Néanmoins, ils repoussaient l'utilisation d'un protocole, parce que jugé trop rigide. La flexibilité et l'empathie se sont révélées des qualités essentielles pour les intervenants. Nous représentons la visite de la famille comme un épisode de désorganisation/dysfonction qui se résorbe partiellement durant le séjour au SU. Nous proposons un modèle pédagogique qui est basé sur nos résultats.

Mots-clés : Décès, Mort, Mauvaise nouvelle, Divulgation, Compétence, Protocole, Communication, Urgence, Relation médecin-patient, Relation médecin-famille

Abstract

We explored the competencies that Emergency Department (ED) healthcare providers (HPs), physicians and nurses working as team members with complementary roles, have developed through notifications of death, to inform the teaching of this ‘Communicator’ competency. We used semi-structured interviews on a non-probabilistic sample of 8 HPs. We analyzed the interviews using recognized qualitative methods. The total self-estimated number of death notifications attended by our HPs is superior to 2000. Analysis showed that experienced HPs use a uniform structure to death notification in ED. In spite of this, the use of a protocol for notification was considered inappropriate because it was deemed too rigid. Flexibility and empathy emerged as essential qualities for HPs. We submit that the family’s ED visit is an episode of disorganization/dysfunction that gets partially resolved during their stay. Based on our results, we propose an educational model for teaching delivery of news of death in the ED.

Keywords : Death, Bereavement, Bad news, Notification, Protocol, Competency, Emergency Department, Physician-patient relations, Physician-family relations, communication

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xii
Liste des sigles et abréviations.....	xiii
Introduction.....	1
Énoncé du problème, cadre conceptuel et cadre contextuel.....	1
Le concept de compétence.....	5
Recension des écrits.....	10
L’annonce d’une mauvaise nouvelle dans la littérature médicale générale.....	10
Conclusions sur l’annonce de mauvaises nouvelles dans la littérature générale.....	17
L’annonce d’un décès dans la littérature générale.....	18
Impact à long terme d’une annonce mal réalisée.....	23
Conclusions sur la littérature générale sur l’annonce d’un décès.....	25
La littérature sur l’annonce d’un décès au service des urgences.....	25
État de la situation.....	25
Interventions proposées dans la littérature sur l’annonce d’un décès au service des urgences.....	27
Synthèse des données empiriques disponibles sur les interventions.....	27
Précisions apportées par les auteurs.....	31
Conclusion et réflexion sur la revue de littérature sur l’annonce d’un décès au service des urgences.....	32
Réflexion sur les limites du niveau d’évidence à rechercher dans la littérature..	32
Conclusion de la revue de littérature.....	34
Questions de recherche et objectifs.....	37
Méthodologie.....	38

Justification du devis.....	38
Posture épistémologique	40
Méthodologie de l'étude	42
Population, unité d'analyse et définitions	42
Recrutement	42
Commentaire sur le risque de la méthode de recrutement retenue	45
Instruments, entrevues et transcription	47
Analyse.....	47
Validation.....	50
Protocole	52
Résultats et Article	53
Recrutement des cas.....	53
Article.....	54
Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: a qualitative study and an evidence-based model.	55
Abstract	55
Introduction	56
Study objectives	60
Methodology	60
General design.....	60
Case, unit of analysis and definitions.....	61
Recruitment.....	61
Results	64
Recruitment of cases	64
Case contexts.....	68
Synthetic results	82
Detecting healthcare providers' underlying death-disclosure strategy in the ED	82

Understanding the death-notification experience of physicians, nurses, and family members in the ED.....	87
Difficulties.....	87
Roles.....	89
Family needs	91
Identifying the educational needs of healthcare providers in the area of sudden-death notification.....	94
Healthcare providers' interpretation of concepts mentioned in ED literature: flexibility, compassion and physical contact.	94
Flexibility	95
Compassion.....	96
Physical contact.....	97
Results from the validation groups	97
Local validation.....	98
External validation	98
Discussion	101
Educational models	102
The overall objective.....	107
Dialectical tensions	109
The nature of support	110
Limitations	112
Appendix 1: Methodology	116
General design.....	116
Population, unit of analysis and definitions	116
Recruitment.....	119
Interviews and transcripts	120
Analysis.....	120
Validation.....	123

Protocol	125
Appendix 2: Summary of interventions proposed in emergency literature for delivering news of death to a family	126
Appendix 3: CanMEDS roles and competencies as applied to the delivery of news of death in the emergency department.....	127
Appendix 4: Physician's interview guide	128
Appendix 5: Contact Summary Form	129
Appendix 6: External validation (focus group) guide.....	130
Discussion	140
Besoins éducatifs des intervenants.....	140
Compétences CanMEDS.....	141
Objectif de la visite	142
Moyens pédagogiques.....	143
Applicabilité et limites des résultats	144
Perspectives pour la recherche	146
Conclusion	148
Bibliographie.....	149
Annexes.....	I
Annexe 1: Tableau annonce de mauvaise nouvelle de Girgis.....	II
Annexe 2: Évidence sur l'impact à long terme de l'annonce.....	IV
Annexe 3: Utilité des interventions au SU	XVI
Annexe 4: Instruments	XXX
Guide d'entrevue du médecin	XXX
Guide d'entrevue de l'infirmière.....	XXXII
Guide d'entrevue du membre de famille.....	XXXIV
Guide d'entrevue autre intervenant.....	XXXV
Guide de validation externe (focus group).....	XXXVII
Fiche synthèse d'entretien.....	XL

Annexe 5: Consentement - Exemple.....	XLII
Annexe 6: Livre de codes.....	XLVIII
Définitions et précisions sur les codes	XLIX
Annexe 7: Exemple de résumé intermédiaire par perspective	LI
Annexe 8: Application de la règle de décision aux données obtenues des entrevues avec les médecins.	LVIII
Tableau XIV: Tableau extrait de l'article sur l'application de la règle de décision aux éléments de structure de l'annonce dans les entrevues avec les médecins.....	LVIII
Annexe 9: Matrices - Exemple.....	LXII
Annexe 10: Opérationnalisation des rôles CanMEDS	LXV

Liste des tableaux

Tableau I : Rôles et compétences CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada/Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (RCPSC), 2005)	9
Tableau II : L'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Buckman et al. (1992, 2001).....	10
Tableau III : L'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Baile et al. : SPIKES (2000).....	11
Tableau IV : L'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Kurtz et al. (2005) et Silverman et al. (2005)	12
Tableau V : L'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Rabow et McPhee (1999)	13
Tableau VI : L'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Dias et al. (2003)	14
Tableau VII : Principes et étapes essentiels à respecter pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Girgis (basé sur les éléments du guide de pratique initial sélectionnés par plus de 70% des participants)	17
Tableau VIII : Étapes de l'annonce d'un décès au service des urgences selon Iseron (1999)	19
Tableau IX: Critères d'inclusion dans l'étude	43
Tableau X: Échéancier de recrutement	53
Tableau XI : Principes et étapes à respecter pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Girgis (basé sur le guide de pratique initial issu d'un consensus) (A. Girgis & Sanson-Fisher, 1998)	II
Tableau XII : Auteurs cités à l'effet que la manière d'annoncer un décès a un impact à long terme.....	IV
Tableau XIII : Utilité des interventions possibles lors de l'annonce d'un décès au service des urgences	XVI
Tableau XIV: Tableau extrait de l'article sur l'application de la règle de décision aux éléments de structure de l'annonce dans les entrevues avec les médecins.....	LVIII

Tableau XV : Rôles CanMEDS, compétences associées et opérationnalisation des compétences dans le contexte de l'annonce d'un décès à une famille au service des urgences.....	LXV
---	------------

Liste des figures

Figure 1 Cadre conceptuel de l'annonce d'un décès au service des urgences (SU).	3
Figure 2 Cadre contextuel de l'annonce d'un décès au SU.....	4

Liste des sigles et abréviations

ED	Emergency Department
HP(s)	Healthcare provider(s)
SU	Service des urgences

À mes parents, édifiant exemple dans ma vie.

*À la mémoire de ma mère, décédée en ce
23^e jour d'avril 2011.*

Remerciements

J'aimerais remercier les personnes suivantes qui, par leur soutien, leurs réflexions et leurs commentaires, ont contribué de façon significative à ce projet, le rendant, par le fait même, possible :

- Ma directrice de recherche, Johanne Goudreau
- Le directeur du programme, Bernard Charlin

Je remercie également mes collaborateurs de terrain pour leur contribution au recueil des données, à l'analyse et à la validation des données :

- Fortunée Taïeb
- Danielle Blouin

Je remercie mes collègues infirmières et médecins de la Cité de la santé du Centre de Santé et de Services sociaux de Laval (CSSSL) et ceux du Kingston General Hospital qui ont généreusement dévoilé leurs habitudes de pratique professionnelle aux fins de cette recherche.

Je remercie particulièrement les membres des familles endeuillées qui, dans un geste altruiste, ont accepté de participer et de se soumettre à une entrevue alors qu'ils avaient encore en mémoire des événements douloureux.

Je remercie les membres de ma famille pour leur tolérance et leur soutien tout au long de ce projet.

Finalement, je remercie les organismes suivants pour leur contribution financière :

- Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en association avec Associated Medical Services Inc.
- Fondation Cité de la Santé
- ÉRUC (Équipe de Recherche Urgence de la Cité)

Avant-Propos

L'annonce d'un décès au service des urgences est ardue pour la famille, mais aussi pour les intervenants. Les bases théoriques et empiriques pour soutenir l'action de ceux-ci dans ce contexte sont fragiles et peu explorées. Ce projet vise à recueillir des données pour favoriser l'apprentissage des compétences requises pour mener à bien cette mission difficile.

Introduction

Énoncé du problème, cadre conceptuel et cadre contextuel

L'annonce d'un décès à une famille n'est pas un événement inhabituel dans une salle des urgences (Abbott & Stone, 2010; Edlich & Kubler-Ross, 1992). L'aspect affectif est souvent prédominant. C'est une mission qui demeure difficile pour les intervenants (Abbott & Stone, 2010; W. R. Ahrens & Hart, 1997; Alderman, 1999; Dosanjh, Barnes, & Bhandari, 2001; Dubin & Sarnoff, 1986; Schoolfield, 1992). En particulier, l'apprentissage de la divulgation d'une mauvaise nouvelle avec efficacité et délicatesse rencontre certaines entraves qui ont été identifiées chez les médecins en formation (Dosanjh, Barnes, & Bhandari, 2001; Meitar, Karnieli-Miller, & Eidelman, 2009). De plus, la communication de mauvaises nouvelles occasionne un stress chez le médecin (W. R. Ahrens & Hart, 1997; Ptacek & Eberhardt, 1996). Olsen et al. (1998) rapporte une étude de Schmidt et al. (1990) dans laquelle 70% des médecins d'urgence trouvaient l'annonce d'un décès pénible.

L'acquisition des habiletés et des attitudes nécessaires à une telle mission est plus difficile que la simple acquisition de connaissances. Celles-ci doivent ensuite être mobilisées en situation authentique afin de développer les compétences pertinentes.

On peut considérer l'annonce d'une mauvaise nouvelle comme une situation particulière de l'entrevue médicale et la divulgation d'un décès comme une circonstance particulière d'une annonce de mauvaise nouvelle. Dans un tel cadre conceptuel, la divulgation d'un décès au service des urgences est une annonce de décès dans un contexte spécifique. Cette conceptualisation se prête à une représentation imbriquée (voir Figure 1 Cadre conceptuel de l'annonce d'un décès au service des urgences (SU).).

Au cadre conceptuel s'ajoute un cadre contextuel qui confère sa spécificité à la divulgation au service des urgences (voir Figure 2 Cadre contextuel de l'annonce d'un décès au SU). L'intervention interdisciplinaire est l'un des éléments spécifiques de ce cadre.

C'est à l'intérieur de ce cadre contextuel clinique que les habiletés communicationnelles se développeront pour devenir des compétences professionnelles.

Le but de notre investigation est de mettre à jour la structure de divulgation de décès que des intervenants d'expérience utilisent au SU. Ceci dans le dessein de voir comment s'articulent les compétences qu'ils ont développées en milieu clinique. Cette analyse nous permettra de mieux saisir comment les concepts communicationnels sont opérationnalisés par les intervenants du milieu. Finalement, nous comptons dégager des recommandations pour la création d'une intervention pédagogique, pour les intervenants en formation, sur la divulgation d'un décès dans le contexte particulier du SU.

Avant de regarder ce que la littérature propose sur le sujet, nous allons tenter de définir ce qu'est une compétence et comment celle-ci se développe.

Figure 1 Cadre conceptuel de l'annonce d'un décès au service des urgences (SU).

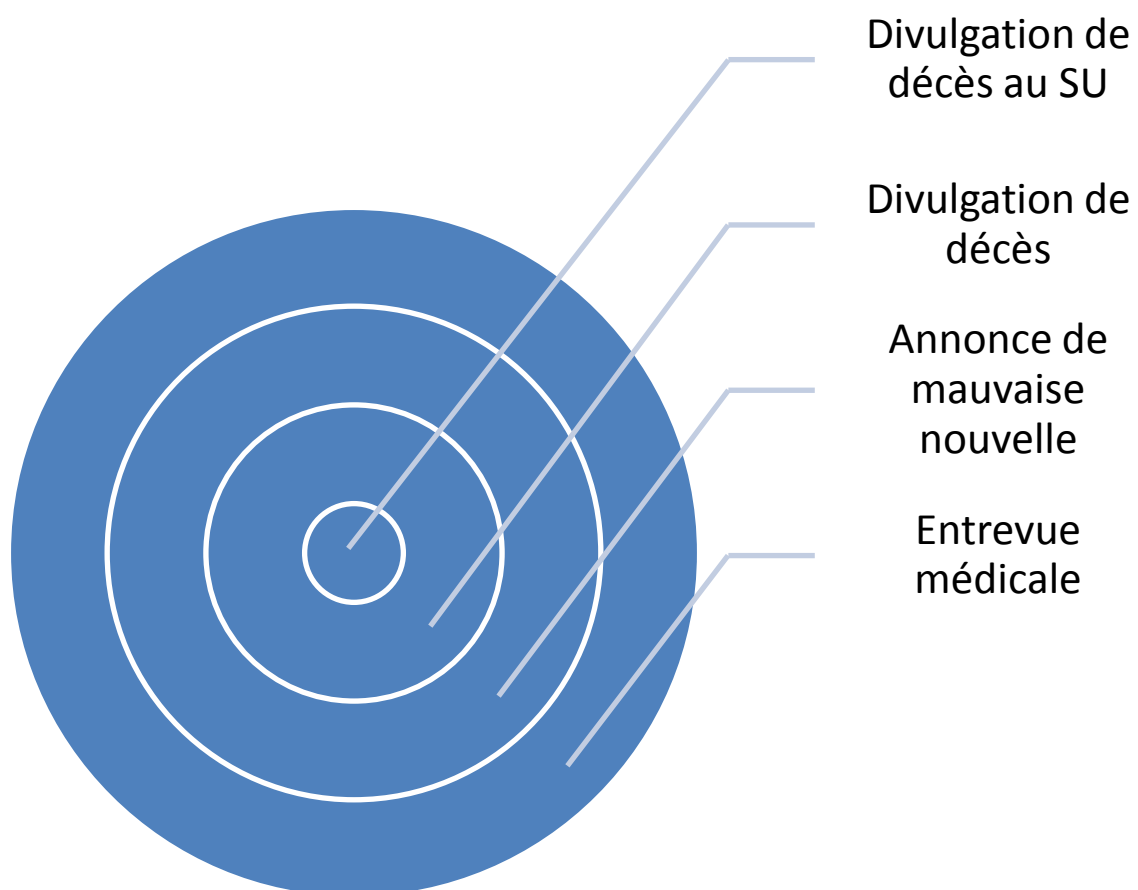
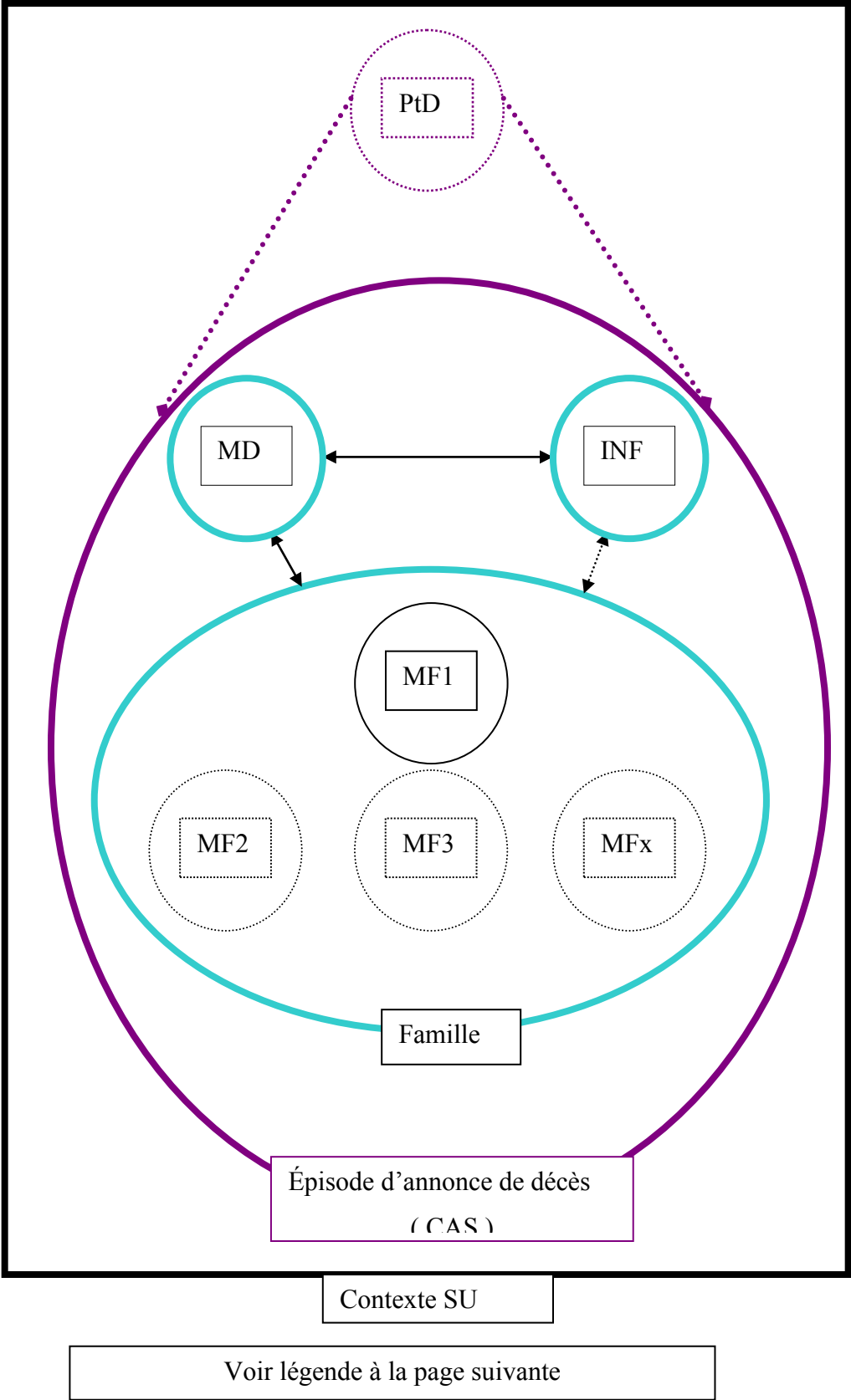


Figure 2 Cadre contextuel de l'annonce d'un décès au SU



Voir légende à la page suivante

Légende de la Figure 2 Cadre contextuel de l'annonce d'un décès au SU

PtD : Patient décédé

MD : Médecin

INF : Infirmière

MF : Membre de Famille (1, 2, 3..., x) [

SU : Service des urgences

CAS

SOUS-UNITÉS D'ANALYSE IMBRIQUÉES DANS LE CAS

[RETOUR](#) à Méthodologie

Le concept de compétence

Puisque nous nous intéressons à la façon dont les intervenants construisent leurs compétences dans une situation clinique particulière, il est utile de définir ce dont on parle.

Plusieurs énoncés de définition de ce qu'est une compétence sont disponibles (Wiki, 2010). Tous ces énoncés ont beaucoup en commun.

- Le dictionnaire de l'éducation de R Legendre (2005) propose plusieurs énoncés dont celui-ci :

« Capacité à mobiliser un ensemble intégré de connaissances, habiletés et d'attitudes en vue d'accomplir une opération, d'exécuter un mouvement, de pratiquer une activité, d'exécuter une fonction, de s'acquitter d'une tâche ou de réaliser un travail à un niveau de performance prédéterminé en fonction d'attentes fixées et de résultats désirés ou en vue de l'accès à des études ultérieures. »

- Lasnier (2000) suggère :

« (Une compétence est) un savoir-agir complexe résultant de l'intégration, de la mobilisation et de l'agencement d'un ensemble de capacités, d'habiletés et de connaissances utilisées efficacement. »

- Henry et Cormier (1987-2006) du DISCAS (bureau privé de consultation pédagogique québécois aujourd'hui fermé) définissaient la compétence comme étant :

« Un potentiel d'action (savoir-agir) que possède une personne de gérer efficacement une situation en mobilisant les ressources appropriées. Pour ce faire, elle doit utiliser simultanément et concurremment des connaissances (déclaratives, procédurales et conditionnelles) et des attitudes pertinentes dans l'accomplissement de tâches appropriées à la situation.

La gestion efficace d'une situation (et donc l'exercice d'une compétence) fait appel au processus de résolution de problème et, pour nous, se confond avec celui-ci. »

Les auteurs précisent les attributs d'une compétence : complexité, relativité (elle n'est jamais atteinte), potentialité (par opposition à une performance qui est fixe dans le temps), exercice en situation, insécabilité, transférabilité, conscience (transformations des expériences en compétences par la réflexion).

- MF Legendre (2008) insiste également sur l'aspect réflexif :

« Le savoir-agir constitutif de la compétence suppose simultanément la capacité à investir dans l'action les savoirs précédemment acquis, qu'ils soient de nature théorique ou expérientielle, et la capacité à abstraire de ses actions des savoirs qui pourront être réinvestis dans de nouveaux contextes. »

En plus, elle souligne qu'une compétence est individuelle, mais aussi, collective, puisqu'elle est socialement située :

« Une réponse compétente à un problème complexe n'est généralement pas une réponse individuelle, mai suppose une mise en réseau et un partage d'expertises complémentaires. »

- Pour Jacques Tardif et al. (2006), une compétence est :

« Un savoir-agir ; qui intègre des ressources de nature variées (cognitives, affectives, sociales, sensorimotrices) ; qui les combine d'une façon particulière, unique, propre à chaque situation, à chaque apprenant ; qui s'acquiert progressivement, qui se développe dans le temps ; qui est contextualisé ; qui permet de s'adapter à de nouvelles situations en mobilisant de nouvelles ressources »

En résumé, tout comme Nguyen et Blais (2007), nous retiendrons la définition de compétence de Tardif et al. (2006) qui englobe une majorité des réflexions et des propositions sur le sujet.

Une compétence est :

« Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. »

Il décline également cinq caractéristiques d'une compétence :

- Son caractère intégrateur : Chaque compétence fait appel à une multitude de ressources de nature variée.
- Son caractère combinatoire : Chaque compétence prend appui sur des orchestrations différenciées de ressources.
- Son caractère développemental : Chaque compétence n'est jamais pleinement réalisée, elle se développe tout au long de la vie.
- Son caractère contextuel : Chaque compétence est mise en œuvre dans des contextes (obligatoires et indispensables) qui orientent l'action
- Son caractère évolutif : Chaque compétence intègre de nouvelles ressources (par ex. une nouvelle technologie) et de nouvelles situations sans que sa nature soit compromise.

Les savoirs (connaissances déclaratives, procédurales, conditionnelles), les savoir-faire (les habiletés), les savoir-être (attitudes) sont des ressources internes. Il est entendu que les ressources internes ne se limitent pas à la sphère cognitive, mais elles incluent les sphères sociales, affectives et expérientielles. Les ressources externes peuvent être de nature matérielle (par ex. documentaire), humaine, financière ou temporelle. Il est également entendu qu'une compétence se développe en situation authentique.

Tardif et al. (2006) précise ce qui différencie le savoir-faire du savoir-agir. Ce dernier a un caractère heuristique, est ancré dans un contexte, est complexe et ne peut être

automatisé. Il caractérise une compétence. Le savoir-faire, d'autre part, a un caractère algorithmique, peut être automatisé, peut s'exercer hors d'un contexte particulier et est moins complexe. Il caractérise une ressource qui peut être mobilisée par une compétence.

Le concept de compétence s'applique particulièrement bien à notre situation et à notre méthode de recueil de données puisque comme le fait valoir Legendre (2008) :

« La notion de compétence conduit donc à placer l'individu au centre de l'analyse, mettant l'accent sur ce qui se passe dans la tête de la personne lorsqu'elle agit dans un contexte déterminé, plutôt que sur ce qui est objectivement requis par la tâche. »

Il est utile de rappeler que la recherche d'une structure ou d'un cadre d'intervention, qui est utilisé par nos intervenants dans la divulgation d'un décès au SU, permet l'identification d'une ressource de type savoir-faire qui a un caractère algorithmique, qui peut être automatisée et apprise hors contexte. Cette ressource contribue à la construction de la compétence par l'apprenant, mais ne doit pas être confondue avec celle-ci.

De façon plus spécifique pour le médecin, on dispose d'un référentiel de compétences nommé CanMEDS (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC), 2005). Ce référentiel a été proposé par le Collège royal de médecins et chirurgiens du Canada. Dans celui-ci on utilise un vocabulaire légèrement différent. Le CanMEDS est constitué de 7 **rôles** (voir Tableau I) qui comportent un certain nombre de **compétences principales** (key competencies) et d'**objectifs** (enabling competencies). L'utilisation du terme « objectif » dans la traduction française n'est pas reliée à une approche par objectifs. C'est bien d'une approche par compétences dont il s'agit. On pourrait parler de compétences secondaires. Nous ferons appel à ce référentiel lorsque le moment sera venu de dégager les compétences nécessaires à l'annonce d'un décès au SU.

Tableau I: Rôles et compétences CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada/Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (RCPSC), 2005)
Expert médical : Le rôle pivot à la fois intégrateur des autres rôles et spécifique à chacune des spécialités
Communicateur : Facilitation de la relation médecin-patient
Collaborateur : Travail en équipe
Gestionnaire : Affectation optimale des ressources
Promoteur de la santé : Prévention auprès des patients et des populations
Érudit : Apprentissage continu fondé sur la réflexion et les connaissances médicales
Professionnel : Pratique respectueuse de l'éthique
Source : CRMCC (http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php) (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada/Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (RCPSC), 2005)

Il est important de rappeler qu'une compétence ne peut être enseignée. Elle doit être apprise, c'est-à-dire construite par l'apprenant. L'apprenant construira donc sa compétence d'annonce de décès au fil des rencontres avec les membres de famille dans ce contexte particulier. Celle-ci évoluera continuellement et ne sera jamais pleinement réalisée ou complétée, mais elle sera de plus en plus adaptée à la situation spécifique rencontrée.

Maintenant que nous sommes situés, nous allons voir la lumière que jette la littérature sur le sujet de l'annonce d'un décès.

Recension des écrits

Nous aborderons d'abord les propositions de la littérature médicale générale sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Nous progresserons ensuite vers la situation plus spécifique de l'annonce d'un décès, pour terminer avec le contexte particulier de l'annonce d'un décès au service des urgences.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle dans la littérature médicale générale

La littérature médicale générale et oncologique propose plusieurs méthodes d'annonce de mauvaises nouvelles qui se recoupent toutes dans leur approche. Nous examinerons d'abord les propositions de Buckman et al. (1992, 2001), Baile et al. (2000), Kurtz et al. (2005) & Silverman et al. (2005), Rabow & McPhee et al. (1999) et Dias et al. (2003). Nous terminerons avec les commentaires et la proposition de Girgis et al. (1995; 1998).

Buckman et al. (1992, 2001) propose d'aborder la situation en six étapes (voir Tableau II).

Tableau II : L'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Buckman et al. (1992, 2001)
1. Préparer le contexte : lieu (s'asseoir dans une pièce privée), convenir des participants.
2. S'enquérir de ce que le patient sait : vérifier sa connaissance des faits, le langage utilisé et le contenu émotionnel.
3. Demander ce que le patient veut savoir.
4. Partager l'information : partir du point de vue du patient en utilisant un langage compatible; combler l'écart entre la perception du patient et les faits médicaux en divulguant par petits morceaux, en utilisant un langage simple et en vérifiant la compréhension; répondre aux questions et préoccupations du patient.
5. Répondre aux sentiments du patient : identifier et légitimer la réaction,

soutenir (défini comme l'écoute active, soit écouter et identifier les sentiments en se gardant d'émettre des jugements de valeur)
--

6. Planifier la suite : préparer l'avenir et le suivi

Il propose une approche de base dont les éléments se retrouvent dans les autres approches que nous allons voir. Le soutien émotionnel au patient est fondé sur l'identification et la légitimation des émotions en évitant les jugements de valeur.

Quant à lui, Baile et al. (2000) considère qu'il y a quatre objectifs de l'entrevue d'annonce de mauvaise nouvelle: le recueil d'information auprès du patient; la communication de l'information au patient; le soutien après l'annonce; l'engagement du patient dans le développement d'une stratégie ou d'un plan de traitement.

Pour atteindre ces objectifs, il propose le protocole en six étapes *SPIKES* (voir Tableau III)

Tableau III : L'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Baile et al. : SPIKES (2000)
1. S etting up : Répétition mentale et préparation de l'environnement (endroit privé, à l'abri des interruptions, assis, avec un contact visuel, en présence de membres de famille)
2. P erspectives of the patient : Obtenir de l'information sur la perception du patient
3. I nvitation to break news : Demander au patient s'il désire une divulgation complète ou partielle de l'information.
4. K nowledge : Informer (Divulguer), d'abord en avertissant que les nouvelles sont mauvaises, en utilisant un langage simple, et en portions assimilables.
5. E motions/ E mpathy : Offrir un soutien émotionnel. Répondre avec empathie (1. Observer l'émotion, 2. Identifier celle-ci, 3. Identifier la raison pour celle-ci, 4. Lorsque le patient l'exprime, confirmer la relation de l'émotion avec la raison.)
6. S trategy and S ummary : Résumer et développer une stratégie de traitement pour le futur

Pour Baile, le soutien émotionnel consiste en l'identification de l'émotion du patient et sa liaison explicite avec le motif. D'autre part, il remarque que le porteur de mauvaises nouvelles (le clinicien) ressent fréquemment de l'anxiété et de la culpabilité. Ce protocole, proposé en oncologie, a été retenu pour application à d'autres contextes (Harrison & Walling, 2010).

Kurtz et al. (2005) & Silverman et al. (2005) présentent également un protocole en six étapes (voir Tableau IV). Les auteurs insistent sur l'importance d'être conscient de ses propres anxiétés et de ses expériences antérieures lors de cette démarche.

Tableau IV : L'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Kurtz et al. (2005) et Silverman et al. (2005)
1. Préparation : lieu privé à l'abri des interruptions, choix des personnes présentes, se familiariser avec les détails du cas, mettre ses propres émotions de côté.
2. Installer le scénario : résumer les événements, s'enquérir de ce que le patient sait et ressent.
3. Partager l'information : vérifier la compréhension du patient et ce qu'il veut savoir, donner un avertissement du sérieux de l'information à venir, donner l'information en mots simples, par morceaux, en répétant, en surveillant son débit, son langage non-verbal et en vérifiant la compréhension du patient.
4. Demeurer sensible aux besoins du patient : lire et répondre au langage non-verbal du patient, permettre une pause, répondre aux questions, répondre aux sentiments du patient avec empathie, sollicitude et acceptation, vérifier sa compréhension, ne pas avoir peur de démontrer soi-même de l'émotion.
5. Soutien et Planification : Aborder les préoccupations identifiées en les catégorisant et les priorisant, faire un plan, fournir un espoir réaliste, insister sur la qualité de vie.
6. Suivi et Conclusion : Résumer et vérifier la compréhension, solliciter le soutien familial, faire un rendez-vous de relance, offrir du matériel écrit.

On discerne, chez Kurtz et Silverman, une approche plus large qui ne se limite pas à une identification et à une intellectualisation de l'émotion exprimée par le patient. On remarque une plus grande attention aux éléments de communication non verbale et une plus grande introspection de la part du clinicien que l'on perçoit plus comme un participant qu'un observateur.

Kurtz et Silverman sont les auteurs du guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale et leur approche comporte donc l'avantage de s'intégrer facilement à l'intérieur du canevas élargi d'enseignement de l'entrevue médicale. En effet, ils considèrent l'annonce d'une mauvaise nouvelle comme un cas particulier de communication clinique pour laquelle le clinicien doit posséder les habiletés communicationnelles de base du guide. Pour eux, le contexte et le contenu de la communication varient, mais les habiletés procédurales sont les mêmes. Le contexte difficile exige seulement une plus grande maîtrise des habiletés pertinentes, notamment, la lecture et l'utilisation des silences et autres manifestations non verbales.

Rabow et McPhee (1999) suggèrent la technique en cinq étapes ABCDE (voir Tableau V).

Tableau V : L'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Rabow et McPhee (1999)
A. A dvanced preparation : Répétition mentale et préparation émotionnelle, Préparation de l'environnement (lieu, personnes, demander ce que la personne sait)
B. B uild a therapeutic relationship / environment : Établir la relation thérapeutique (endroit paisible, assis, proximité physique, rassurer)
C. C ommunicate well : Communiquer directement (« J'ai de mauvaises nouvelles »), avec des mots non techniques, avec des mots clairs (« cancer », « décès »). Accorder des silences, faire un contact physique approprié, répéter l'information, demander au patient de reformuler.
D. D eal with reactions from patient and family : Accueillir les réactions du

patient et de la famille. Évaluer la réaction du patient du point de vue physiologique, cognitif (déli, intellectualisation, etc.), affectif (colère, anxiété, etc.). Faire de l'écoute active, explorer les sentiments, exprimer de l'empathie.
E. <u>Encouragement and validation of emotions</u> : Encourager l'expression des émotions et valider celles-ci. Évaluer les effets de la nouvelle, refléter les émotions, corriger les distorsions, offrir d'annoncer aux membres de famille, assurer le suivi, tenir compte de ses propres émotions.

Les auteurs suggèrent d'évaluer la réaction du patient d'un triple point de vue, soit : physiologique, cognitif et affectif. Ils mentionnent l'importance de voir aux problèmes physiques et émotionnels du patient, mais aussi à sa souffrance qui est souvent d'ordre spirituel. Cette dimension est en lien avec le sens que le patient accorde aux événements et à la vie. Ils suggèrent que le clinicien peut accompagner le patient dans une entreprise de recherche de sens et de croissance personnelle. L'aspect introspectif chez le clinicien est également présent. Toutefois, leur protocole apparaît moins linéaire et moins «procédural» que les précédents. Celui-ci permet une liberté d'action qui pourrait être appréciée des intervenants expérimentés, mais s'avérer déroutante pour des novices.

Enfin, Dias et al. (2003) propose six étapes (voir Tableau VI).

Tableau VI : L'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Dias et al. (2003)
1. Soyez préparé. Que savent-ils et que veulent-ils savoir?
2. Prévenez que les nouvelles sont graves (coup de semonce).
3. Exprimez-vous clairement et simplement. Adaptez l'information au patient.
4. Le message a-t-il été bien compris? S'il ne l'a pas été, vérifier combien d'information supplémentaire le patient désire connaître.
5. Accorder une pause pour permettre l'assimilation de l'information, puis

répondre à leurs réactions et aux questions difficiles.

6. Résumer et établir un plan pour la suite des choses.

Il fait valoir que toutes les approches proposées dans la littérature ont des points communs et insiste sur l'importance de la communication. En particulier, la préparation de l'environnement, la position assise, le contact visuel et physique, de même que l'importance de maintenir l'espoir. Selon lui, un patient ne devrait jamais entendre qu'il n'y a rien d'autre à offrir.

On remarque quatre choses qui sautent aux yeux dans ces cinq approches au dévoilement d'une mauvaise nouvelle. D'abord, elles se recoupent toutes, de par leurs éléments constitutants, de façon très significative. Ensuite, la communication est bilatérale et centrée sur le patient et sur ses besoins que l'on identifie. Nous sommes loin d'une annonce avec transmission unilatérale d'informations. De plus, bien que le nombre des étapes soit limité à cinq ou six dans toutes les approches proposées, chacune de celles-ci contient plusieurs sous-étapes. Conséquemment, le processus est plutôt complexe. Enfin, ces approches sont relativement peu explicites sur les aspects paraverbaux et non verbaux des interventions, ce qui est vrai de l'ensemble de cette littérature. À cet égard, notons les exceptions suivantes : Bruera et al. (2007) a démontré que l'adoption d'une position assise par le médecin était perçue plus positivement, mais ne compensait pas un manque de sollicitude; Takayesu et al. (2004) insiste sur les aspects posturaux lors du dévoilement d'une mauvaise nouvelle.

Les principaux éléments communs de ces propositions sont donc :

1. La préparation préalable. Cette préparation s'applique au clinicien qui doit calmer ses propres émotions, se répéter les événements pertinents du cas en ordre

chronologique et préparer l'environnement. Les éléments de l'environnement sont : un lieu privé, à l'abri des interruptions, en position assise, avec, si souhaité par le patient, les membres de famille présents.

2. Obtenir la perspective du patient : Ce qu'il sait et ce qu'il ressent.
3. S'enquérir de ce que le patient veut savoir.
4. Divulguer la nouvelle : partir du point de vue du patient, prévenir que la nouvelle sera mauvaise; utiliser un langage clair et non technique; livrer des portions assimilables d'informations, divulguer avec un terme non équivoque; accorder une pause et écouter; vérifier la compréhension.
5. Soutenir le patient. Pour ces différents auteurs, le soutien est en relation avec la sphère affective et semble synonyme d'empathie. On propose de manifester cette empathie de plusieurs façons, notamment, l'identification, le reflet, l'exploration et la validation des émotions du patient.
6. Répondre aux questions
7. Planifier le futur

Finalement, dans sa revue de littérature de 1995, Girgis et al. (1995) conclut que les propositions sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle sont basées sur des opinions et l'expérience clinique, plutôt que sur des données probantes. Elle propose en 1998 une mise à jour d'un guide de pratique de 1992 basé sur un consensus qui énumère treize (13) étapes du processus d'annonce d'une mauvaise nouvelle et dix-neuf (19) principes sous-jacents à respecter (Voir Tableau XI à l'Annexe 1) (A. Girgis & Sanson-Fisher, 1998). De plus, elle a validé son guide auprès de patients atteints de cancer, de même qu'auprès d'infirmières et de médecins du domaine oncologique pour identifier les éléments les plus pertinents de son guide. Elle a ainsi retenu cinq (5) étapes et huit (8) principes parmi ceux du guide qui ont été jugés comme étant essentiels (voir Tableau VII).

Tableau VII : Principes et étapes <u>essentiels</u> à respecter pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Girgis (basé sur les éléments du guide de pratique initial sélectionnés par plus de 70% des participants)
<i>Les 8 principes essentiels de l'annonce d'une mauvaise nouvelle</i>
1. Une seule personne est responsable de faire l'annonce
2. Le patient a un droit légal et moral à une information exacte
3. La responsabilité du médecin est, d'abord, envers le patient
4. S'assurer que le patient comprend les options de traitement et les raisons pour les investigations à venir
5. Dévoiler le diagnostic dès qu'il est certain
6. Divulguer la nouvelle en personne (plutôt qu'au téléphone)
7. Utiliser un endroit privé
8. Utiliser des indices non verbaux pour démontrer de la chaleur et de la sympathie et pour encourager et rassurer : langage corporel, contact visuel
<i>Les 5 étapes essentielles de l'annonce d'une mauvaise nouvelle</i>
1. Vérifier la compréhension du patient
2. Offrir une information honnête dans un langage simple et sans être brusque
3. Permettre l'expression des émotions, pleurer par exemple.
4. Éviter de donner un pronostic avec un temps bien défini
5. Discuter des options de traitement possibles
Traduit et adapté de Girgis A, Sanson-Fisher RW. <i>Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians</i> . Behav Med 1998;24(2):53-9.

Conclusions sur l'annonce de mauvaises nouvelles dans la littérature générale

Il existe donc une littérature assez abondante qui propose des guides pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ces approches sont, elles-mêmes, basées sur un cadre conceptuel plus large de l'entrevue médicale, de sa fonction et des compétences requises. L'approche Calgary-Cambridge est un guide pédagogique de l'entrevue médicale qui permet la représentation et l'enseignement des habiletés communicationnelles requises pour la pratique clinique. Elle a un fondement théorique et empirique (Richard & Lussier, 2005), ce qui n'est pas négligeable. Dans ce cadre, le clinicien doit d'abord maîtriser les connaissances, les habiletés et les attitudes communicationnelles de base, puis mettre en

application et approfondir celles-ci en situation clinique pour acquérir les compétences spécifiques.

Dans leurs revues de littérature respectives, Girgis et al. (1995), Walsh et al. (1998) et Ptacek et al. (1996) concluent à un manque de données probantes et de base théorique pour appuyer les interventions alors que l'on ne connaît pas l'impact de celles-ci sur l'ajustement psychologique.

La littérature sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle propose donc des approches qui sont surtout fondées sur des opinions et des consensus, et qui sont adaptées, typiquement, à un contexte d'annonce de cancer à un patient, dans le bureau du médecin de famille ou de l'oncologue. Il s'agit alors d'une annonce individuelle, à un patient connu qui a passé des examens et qui soupçonne déjà qu'il pourrait recevoir de mauvaises nouvelles de son médecin. Ceci est assez différent de l'annonce d'un décès.

Nous retenons tout de même que ces étapes concernent : la préparation; le recueil d'informations sur la compréhension du patient et son désir d'être informé; la transmission de l'information; l'accueil de l'expression des émotions du patient (empathie); la planification du futur.

L'annonce d'un décès dans la littérature générale

La ressource la plus exhaustive de la littérature générale sur l'annonce d'un décès est un livre d'Iserson (1999). Il y décrit les réactions des familles, les difficultés qui sont susceptibles de survenir et propose des moyens pour les aborder. Iserson s'est intéressé plus particulièrement à l'annonce d'un décès subit et inopiné à des proches. Dans son livre « Grave words », il soumet un protocole d'annonce général qu'il adapte à différents

contextes, au fil des chapitres du livre. Au chapitre dix-sept (17), il présente un protocole détaillé pour les services des urgences.

Celui-ci contient de nombreuses étapes regroupées en quatre phases sous l'acronyme « PISA ». « **P** » pour **Prepare** (se **Préparer**), « **I** » pour **Inform** (**Informer**), « **S** » pour **Support** (**Soutenir**) et « **A** » pour **Afterwards** (**Après**).

Les étapes individuelles sont énumérées au Tableau VIII. Nous les avons également indexées au tableau de l'utilité des interventions possibles au SU (voir Tableau XIII à l'Annexe 3). Nous en discuterons plus loin à la section : La littérature sur l'annonce d'un décès au service des urgences.

Tableau VIII : Étapes de l'annonce d'un décès au service des urgences selon Iserson (1999)
Se Préparer
Utiliser le protocole du SU s'il y en a un.
Utiliser une salle non clinique pour les membres de famille. Cette salle devrait contenir des fauteuils, un téléphone, des papiers-mouchoirs et un « bouton panique » pour le personnel..
Si possible, avoir une salle à proximité pour la visualisation du corps.
Avoir une politique concernant la restitution des vêtements et possessions du défunt.
Avoir disponible une liste des agences à aviser pour les différents décès (coroner, services sociaux, etc.).
Écrire le nom du défunt et une liste des éléments clé des événements entourant le décès et la réanimation pour y référer lors de la rencontre, si nécessaire.
Identifier les survivants comme étant la famille du défunt.
S'assurer qu'un membre du personnel escorte la famille dans une salle privée à leur arrivée.

Vérifier si d'autres membres de famille sont attendus.
Vérifier ce que la famille sait déjà.
Si la réanimation est en cours, donner de l'information sur la gravité de la situation et préparer la famille à un décès possible.
Donner des mises à jour fréquentes sur la situation.
Prévoir suffisamment de temps sans interruption pour ne pas avoir l'air pressé pour, au moins, la divulgation initiale.
S'assurer d'avoir des vêtements propres avant d'aller rencontrer la famille. Porter un sarrau identifié à son nom.
Informers
S'identifier, ainsi que les accompagnateurs et le rôle de chacun.
Être disposé à rester dans la pièce au moins quelques minutes. Ne pas rester dans le cadre de la porte comme si vous vous prépariez à vous enfuir.
Utiliser un langage clair et non technique.
Utiliser un mot sans équivoque : « décédé » ou « mort »
Faire une pause et demeurer silencieux pour permettre la réaction des proches.
Expliquer l'état et aviser de l'apparence du corps avant la visualisation (ex. visage bleuté).
Ne pas s'excuser pour le décès, car ceci amène les proches à penser incorrectement que le patient aurait pu être sauvé.
Offrir une photo du défunt.
Si les proches veulent parler, <i>écouter</i> . Ne pas continuer ses commentaires préparés.
Contacter les services sociaux au besoin, pour les cas complexes.
Les proches, en particulier les parents d'enfants décédés, peuvent vouloir donner leur version des faits pour démontrer qu'ils n'ont pas été négligents.
Une sédation légère peut être requise après évaluation du proche en cause, mais pas seulement sur requête d'un autre membre de famille.

Être prêt pour un accès de violence. Une violence interpersonnelle est inhabituelle. Des dommages matériels occasionnant une blessure à un proche est un événement plus courant.
Après la visite initiale, dire à la famille que vous serez de retour dans peu de temps pour répondre à toute question additionnelle.
Soutenir
Mentionner que toute manœuvre raisonnable a été tentée pour réanimer le patient (sauf si contre-indiqué).
Apaiser la culpabilité de la famille en leur disant que le décès ne résultait pas de leur faute (sauf si, de façon très évidente, ce n'était pas le cas).
Rassurer que le patient n'a pas souffert (si cela est plausible)..
Soutenir la famille, mais accorder du temps privé si désiré.
S'occuper des arrangements pour le transport des proches à la maison, si nécessaire.
S'occuper des arrangements de l'hébergement des proches pour une nuit, si nécessaire.
Avoir une procédure simplifiée pour l'enregistrement des proches comme patients en cas d'exacerbation de conditions médicales.
Si les survivants sont sérieusement blessés, consulter la famille sur le moment de divulgation. En général, s'ils sont assez éveillés pour demander, il est préférable de leur dire.
Conserver une liste des différents groupes de soutien locaux et nationaux.
Contacter le médecin traitant du patient aussitôt que possible.
Protéger les proches des médias.
Donner un numéro de téléphone à contacter dans les prochains jours pour obtenir de l'information supplémentaire, préférablement du médecin ou de l'infirmière avec lequel ils ont le mieux interagi lors du séjour au service des urgences.
Obtenir le numéro de téléphone et adresse des proches pour les contacter à nouveau dans les prochains jours ou semaines.

Permettre à la famille de conserver une mèche de cheveux ou une photo du patient.
Ne pas permettre de violence. Protéger les proches et le personnel en utilisant la police ou la sécurité au besoin.
Si un proche est suicidaire, obtenir une consultation psychiatrique.
Être prêt à fournir une quantité limitée de médicaments d'ordonnance, surtout s'ils sont de l'extérieur.
Demander aux proches s'ils ont d'autres questions.
Les accompagner jusqu'à la sortie.
Après
Aviser le personnel que l'information sur le décès peut être révélée à des personnes appropriées qui appellent.
Être prêt à répondre aux questions.
Être prêt pour toute réaction telle qu'incrédulité, culpabilité, colère, exacerbation d'une condition médicale préexistante, condition requérant une consultation psychiatrique (comme un déni absolu).
Faire un débriefing avec le personnel.
Appeler ou écrire à la famille pour offrir ses condoléances, donner toute information supplémentaire (ex. rapport d'autopsie) ou répondre aux questions.
Traduit et adapté de Iserson KV. Grave words: Notifying survivors about sudden unexpected death. Tucson, AZ: Galen Press, Ltd; 1999.

Le nombre d'items dans la liste d'Iserson est plutôt accablant. Il n'y a pas, non plus, de hiérarchie claire en fonction de l'importance de chacun. On a l'impression de se retrouver devant un répertoire. La base de ses propositions repose sur l'expérience de plusieurs collègues, de disciplines variées, qui sont impliqués dans l'annonce de décès. Peu de ses recommandations sont étayées par de l'évidence scientifique, comme en font foi les listes succinctes de références à la fin des chapitres. D'entrée de jeu, dans sa page de remerciements, il reconnaît le peu d'information de qualité qui est disponible.

Même s'il admet qu'un protocole ne peut prévoir toutes les situations possibles, il croit qu'il est utile pour deux raisons : préparer les intervenants en enseignant les procédés d'une annonce; évaluer la qualité des annonces. Il cite Adamowski et al. (1993) pour alléguer que la combinaison d'un protocole et l'éducation des intervenants améliorent la perception et la réponse des survivants à l'annonce d'un décès. En fait, Adamowski a plutôt démontré que l'adhérence à un protocole et la qualité de l'information donnée à la famille étaient meilleures après une intervention qui proposait une démarche aux intervenants. Le format des questions aux membres de famille biaisait les réponses. Tout de même, le protocole a été conçu à partir de suggestions publiées dans la littérature sur ce qui est considéré comme important et la durée du séjour au SU en a été réduite. Cependant, bien que la qualité de l'information fournie aux survivants soit un aspect à ne pas négliger, nous ne croyons pas que ces données soutiennent l'affirmation que la réponse des survivants ait été améliorée, pour autant que l'on parle d'ajustement psychologique ou de processus de deuil. Ceci nous amène à aborder l'importance d'une annonce « bien réalisée ».

Impact à long terme d'une annonce mal réalisée

Plusieurs auteurs prétendent que l'ajustement au deuil peut être affecté par une annonce de décès mal effectuée. Ainsi, Abbott et al. (2010) déclare : *“The manner in which this is done may make a difference in the course of subsequent grief and coping.”* En soutien à cette affirmation elle cite Zalenski et al. (2006) qui, lui-même cite Kaltman et al. (2003). En fait, Kaltman a démontré que les deuils associés à des morts violentes sont plus susceptibles de provoquer des symptômes de stress post-traumatiques que les deuils associés à décès naturels. Ces données ne soutiennent pas l'affirmation initiale sur l'impact à long terme de la façon dont l'annonce est exécutée sur le processus de deuil. Cette situation se répète avec les différents auteurs, de sorte que nous avons colligé le tout dans un tableau (voir Tableau XII, à l'Annexe 2).

Bien que plusieurs auteurs (Abbott & Stone, 2010; Back, 1991; Fallowfield & Jenkins, 2004; Jennings, 2002; Knapp, Mulligan-Smith, & American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, 2005; Li, Chan, & Lee, 2002; Marrow, 1996; Mian, 1990; Parrish, Holdren, Skiendzielewski, & Lumpkin, 1987; Prigerson & Jacobs, 2001; Quest et al., 2002; Tolle, Bascom, Hickam, & Benson, 1986; Tolle & Girard, 1983; Tye, 1993; Vanezis & McGee, 1999; Walters & Tupin, 1991; Wellesley, Glucksman, & Crouch, 1997; M. Williams, 1984 ; Zalenski, Gillum, Quest, & Griffith, 2006) fassent référence aux conséquences d'une annonce de décès inadéquate et à la possibilité de deuil pathologique secondaire, aucun ne fournit d'évidence pour soutenir cette affirmation. Dans les cas où des références sont soumises à l'appui, la consultation de celles-ci (Adamowski, Dickinson, Weitzman, Roessler, & Carter-Snell, 1993; W. Ahrens, Hart, & Maruyama, 1997; Bugen, 1977; Dubin & Sarnoff, 1986; Finlay & Dallimore, 1991; Holland & Rogich, 1980; Lundin, 1984; Main, 2000; Tolle, Bascom, Hickam, & Benson, 1986; Tolle & Girard, 1983; Yates, Ellison, & McGuiness, 1990) ne révèle pas d'évidence probante non plus. Back (1991) mentionne que, lors d'entrevues avec des parents d'enfants décédés, ceux-ci se souviennent comment ils ont été informés du décès et comment ils ont été traités par les intervenants. Jurkovich et al. (2000), Main (2000), Jones et al. (1981), Wisten et al. (2007) et Finlay et al. (1991) ont tous relevé la même chose : les survivants se rappellent surtout l'attitude des intervenants. Une attitude froide et désinvolte laisse un souvenir négatif. Jones a constaté que la colère qui semblait en rapport avec le processus d'annonce pouvait persister des mois durant.

Nous ne savons pas si ce souvenir négatif perturbe le processus de deuil ou si une intervention précoce peut favoriser un processus de deuil plus harmonieux. En 1979, Williams et al., dans une étude aux faiblesses méthodologiques évidentes, n'avait pas démontré de bénéfice pour une intervention psychiatrique précoce après un décès soudain. L'intervention montrait même une tendance vers un effet délétère! Dans sa revue de littérature, Walsh et al. (1998) n'a pas retrouvé non plus d'effet probant de l'intervention. La seule évidence d'effet à long terme d'une approche que nous avons retrouvé était

rapportée par Thistlethwaite (2009) qui citait Zachariae (2003). Dans ce cas, il ne s'agissait pas de décès, mais d'adaptation à une annonce de mauvaise nouvelle.

En résumé, il n'y a pas d'évidence que la façon d'annoncer un décès a un impact sur l'ajustement subséquent au deuil. Par contre, la manière dont l'annonce est divulguée peut imprimer un souvenir durable et peut déterminer la satisfaction des survivants.

Conclusions sur la littérature générale sur l'annonce d'un décès

Cette littérature est, bien sûr, plus adaptée à l'annonce d'un décès, mais demeure insatisfaisante à bien des égards. D'abord, parce que les recommandations multiples sont peu appuyées par des données probantes. Il en découle une incertitude sur ce qui importe vraiment et sur la conduite à adopter. Ensuite, nous avons vu que les affirmations de nombreux auteurs sur l'impact que peut avoir l'intervention sur l'ajustement psychologique des survivants sont non étayées. On peut dès lors s'interroger sur la valeur d'un tel objectif de soins qui accroît la pression sur l'intervenant et qui n'est peut-être ni réaliste, ni aisément mesurable.

Enfin, ces recommandations s'appliquent à des contextes parfois suffisamment différents pour douter de la possibilité de les appliquer inchangés au contexte du service des urgences.

La littérature sur l'annonce d'un décès au service des urgences

État de la situation

La revue de la littérature d'urgence nous renseigne sur la difficulté de l'annonce d'un décès au service des urgences (Abbott & Stone, 2010; W. Ahrens, Hart, & Maruyama, 1997; Iserson, 1999; Quest, 2008; Selbst & De Piero, 2004), en particulier en pédiatrie, en raison de la dimension affective (Swisher, Nieman, Nilsen, & Spivey, 1993) de l'annonce.

Le caractère inopiné des événements, le milieu chaotique et l'absence de relation préalablement établie avec les membres de famille sont des écueils importants. Il est, cependant, possible que l'absence de relation préalable puisse favoriser une communication plus ouverte (Abbott & Stone, 2010; Minichiello, Ling, & Ucci, 2007).

L'annonce d'une mauvaise nouvelle occasionne un stress chez le messager (Abbott & Stone, 2010; W. R. Ahrens & Hart, 1997; Ptacek & Eberhardt, 1996). La littérature nous indique que les intervenants se sentent mal préparés pour cette tâche (Abbott & Stone, 2010; W. R. Ahrens & Hart, 1997; Pauls & Ackroyd-Stolarz, 2006; Schmidt & Tolle, 1990; Tye, 1993) alors que les proches considèrent, assez souvent, la performance des intervenants avec déception.

Wisten et al. (2007) a interviewé 28 parents d'enfants décédés au SU 5 à 12 ans plus tôt. Les souvenirs étaient encore vivants. En particulier, le comportement des intervenants et l'atmosphère lors du séjour au SU étaient clairement décrits. Seulement un tiers des parents étaient satisfaits de l'intervention au SU. Ils déploraient surtout le manque d'information, le manque de compassion/délicatesse et le manque de responsabilité. Le manque de responsabilité n'est pas clairement expliqué dans l'article, mais semble être en relation avec l'absence de continuité des soins, en particulier, le soutien déficient après le congé de l'urgence.

Dans l'étude de Finlay et al. (1991), qui n'était pas limitée au SU, 34 des 120 parents (28%) considéraient que la divulgation du décès de leur enfant avait été mal réalisée ou était offensante. À cet égard, les policiers étaient évalués plus favorablement que les médecins et les infirmières.

Parrish et al. (1987) rapporte un taux de satisfaction de 71% chez les proches s'étant fait annoncer un décès au SU. Les critiques concernaient le manque de soutien et l'attitude froide des intervenants.

Dans un sondage téléphonique auprès de membres de famille, Scott et al. (1995) relève que 45% des divulgations étaient considérées comme étant appropriées, alors que 36% des répondants avaient des préoccupations sur la manière de l'annonce.

Adamowski et al. (1993) a démontré une amélioration de la performance des intervenants du SU après l'implantation d'un protocole quant à l'information divulguée, la présence des intervenants et une réduction du délai avant la transmission d'informations. Bien que son étude ait été réalisée auprès des membres de famille, elle ne ciblait pas directement leurs besoins parce que les questions étaient tendancieuses. En effet, il cherchait à déterminer si les intervenants avaient posé certaines actions prédéterminées par le protocole. Néanmoins, il a démontré que l'on peut modifier l'action des intervenants.

Interventions proposées dans la littérature sur l'annonce d'un décès au service des urgences

Synthèse des données empiriques disponibles sur les interventions

Nous avons regroupé dans un tableau (voir Tableau XIII à l'Annexe 3), l'essentiel des interventions proposées dans la littérature d'urgence, lors d'une annonce de décès au SU. La première colonne décrit l'intervention. Les deux suivantes donnent les références des études selon qu'elles ont démontré que l'intervention était utile (deuxième colonne) ou non utile (troisième colonne). La dernière colonne énumère les références des auteurs qui proposent l'intervention, mais qui n'offrent pas de données à l'appui. Ces auteurs, soit ont fait une revue de littérature et réfèrent aux autres études contenues dans le tableau (ou, parfois, à des études s'appliquant à d'autres contextes que celui du SU), soit expriment une opinion basée sur leur expérience personnelle ou celle de collègues.

Nous avons quelques commentaires généraux sur le Tableau XIII. En premier lieu, nous n'avons pas inclus dans celui-ci bon nombre publications de moindre envergure telles que commentaires, observations de cas unique, opinions. La dernière colonne pourrait donc être plus substantielle, mais ne contribuerait pas davantage au paysage global de ce qui est proposé sur le sujet.

Ensuite, un certain biais pourrait exister en relation avec la publication d'un nombre relativement élevé d'études en pédiatrie. Notamment, des sondages qui ont été réalisés auprès de parents d'enfants décédés et explorant leurs préférences et besoins. Ainsi, l'intervention « Obtenir un souvenir du défunt (mèche de cheveux) » était appréciée des parents (deuxième colonne). Nous n'avons, cependant, trouvé qu'une seule référence à cette pratique, une observation unique, dans la littérature adulte (O'Connor & Gervasini, 2001).

Enfin, les données de la littérature sur le sujet reposent sur des entrevues et des questionnaires réalisés a posteriori et portant sur l'expérience et les préférences de proches et/ou d'intervenants (habituellement des infirmières ou travailleuses sociales) s'étant retrouvés en situation d'annonce de décès. Ces données concernent l'identification et la satisfaction des besoins des proches. Comme le fait remarquer Girgis et al. (1995), il n'y a pas d'essai clinique randomisé, sauf sur des aspects très limités de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. Nous précisons les raisons qui expliquent cet état de fait ci-dessous (voir Réflexion sur les limites du niveau d'évidence à rechercher dans la littérature)

La consultation du Tableau XIII évoque, d'emblée, certaines constatations. Les interventions jugées importantes selon les données issues de plusieurs études¹ sont :

- Rencontrer la famille sans délai à leur arrivée

¹ Les références pour chacune des interventions se trouvent dans la deuxième colonne du tableau XIII.

- Donner de l'information régulièrement à la famille durant la réanimation
- S'installer dans une pièce privée
- Donner une chronologie des événements/Expliquer les manœuvres de réanimation
- Utiliser un langage clair/Éviter le jargon médical
- Avoir une attitude bienveillante/Porter attention à son langage non verbal
- La visualisation du corps
- Récupérer et respecter les vêtements et possessions du défunt
- Rassurer que tout a été fait pour tenter de sauver la vie du patient

Sans surprise, toutes ces interventions sont également recommandées par de nombreux auteurs en l'absence de données empiriques. Les autres interventions d'intérêt et qui sont soutenues par une base empirique plus faible sont :

- Regrouper les membres de famille pour l'annonce
- Faire sentir que l'expression de son chagrin est acceptable
- Donner la cause probable du décès
- Rassurer que le défunt n'a pas souffert
- Rassurer que les proches ont agi correctement/que le décès était inévitable
- Être présent au chevet/Rassurer que le défunt n'était pas seul
- Toucher le corps du défunt
- Permettre de passer du temps seul, en privé
- Répondre aux questions
- Répéter l'information/Vérifier la compréhension
- Offrir d'utiliser le téléphone/la salle de bain
- Respecter les coutumes après le décès
- Demande d'autopsie/don d'organes
- Remettre de la documentation écrite
- Donner le temps/ne pas presser la famille
- Ne pas donner de sédatifs
- Obtenir un souvenir du défunt (mèche de cheveux) [pédiatrie]
- Référence à une ressource communautaire de soutien
- Débriefing/Soutien pour les intervenants

Toutes ces interventions font également l'objet de recommandations de plusieurs auteurs. Un certain nombre de recommandations font l'objet d'études qui sont parfois favorables, parfois défavorables². Il en est ainsi pour :

- Offrir un suivi par le personnel du service des urgences
- Offrir des papiers-mouchoirs, de l'eau, du café ou thé
- Prévenir/Présager de la gravité des nouvelles à venir
- Donner la permission de quitter le SU
- Contact physique d'un membre de famille par un intervenant (toucher)
- Utilisation du mot « décédé »

Le dernier élément est surprenant. La divulgation d'un décès en utilisant le mot « mort » ou « décédé » fait l'objet d'un large consensus dans la littérature générale. L'étude de Flam (1999), réalisée auprès d'urgentologues belges, indique que ceux-ci préfèrent l'utilisation d'un euphémisme. Quant à Wisten et al. (2007), les parents d'enfants décédés préféreraient l'utilisation d'un terme sans ambiguïté. Enfin, deux interventions apparaissent non utiles sur la base empirique disponible :

- Apprendre la nouvelle du médecin
- Recevoir de l'information sur le processus de deuil

En ce qui concerne l'annonce de la nouvelle par le médecin, il faut préciser que l'identité du messenger semble assez peu préoccupante, mais la disponibilité du médecin pour répondre aux questions l'est. La présence de proches en salle de réanimation peut être considérée, mais la littérature ne tranche pas sur ce sujet. Notons que les interventions telles que :

- Identification des intervenants et membres de famille,
- Utilisation du nom du patient,
- S'asseoir/contact visuel,
- Faire une pause pour la réaction/demeurer présent en silence,

² Les références pour les interventions défavorables se trouvent dans la troisième colonne du tableau XIII.

- Promotion d'une approche d'équipe, bien que non soutenues par des données empiriques, sont largement prônées par les auteurs.

Précisions apportées par les auteurs

Quelques auteurs qui se retrouvent dans le tableau se distinguent par leur contribution ou par les précisions qu'ils apportent.

Wisten et al. (2007), qui a étudié les des parents dont un enfant est décédé au service des urgences, a identifié quatre besoins fondamentaux de ceux-ci. Outre la compassion ou la délicatesse (« sensitivity ») des intervenants, des notions centrales au soutien émotionnel étaient de comprendre (les causes et événements du décès) et d'être compris par une personne à l'écoute. À partir de ses données, Wisten a construit un modèle dont le noyau est le besoin de comprendre et d'être compris. Quatre besoins des parents (et les interventions correspondantes) alimentent ce noyau soit : une évidence claire du décès (utiliser des mots non équivoques); une reconstruction des événements (donner la chronologie des événements); la compréhension de la cause du décès (expliquer la cause du décès); le besoin de compassion (agir avec délicatesse et compassion).

L'American Academy of Pediatrics (AAP) et l'American College of Emergency Physicians (ACEP) ont publié un énoncé de principe conjoint (American Academy of Pediatrics & American College of Emergency Physicians, 2002) dans lequel ils prônent une approche d'équipe centrée sur la famille (« *a family-centered and team-oriented approach* ») qui respecte la diversité sociale, culturelle et religieuse.

Lebrocq et al. (2003), qui a évalué une stratégie de suivi téléphonique par les intervenants du service des urgences auprès des familles endeuillées, a jugé celle-ci insatisfaisante. Les membres de famille recevaient des appels considérés comme intrusifs à des moments inopportuns. Par ailleurs, ils étaient contrariants pour les initiateurs parce qu'ils nécessitaient un appel de ressources humaines qui étaient déjà très sollicitées.

Résumons donc l'information fournie par le tableau :

Les éléments d'interventions qui apparaissent cruciaux selon les données empiriques disponibles sont : un contact rapide avec les proches et la transmission d'informations dès qu'elles sont disponibles; l'utilisation d'une pièce privée; l'attitude bienveillante et respectueuse des intervenants; la déclinaison d'une chronologie des événements dans un langage clair, la visualisation du corps et rassurer que tout a été tenté.

Les autres interventions souhaitables viennent compléter l'approche. La discordance concernant l'utilisation du mot « décédé » est très intrigante. On peut s'interroger à savoir si cela représente une particularité locale culturelle belge.

En ce qui concerne les interventions pour lesquelles aucune donnée empirique n'est disponible, mais qui sont prônées par les auteurs, on remarque qu'elles relèvent surtout de la bienséance et de la dimension non verbale. Il est plus difficile d'obtenir des données sur ces dimensions de l'annonce, ce qui ne signifie pas qu'elles ne sont pas importantes. On ne devrait pas les exclure d'emblée pour cette raison et également parce que « Avoir une attitude bienveillante/Porter attention à son langage non verbal » est considéré crucial dans les études auprès des proches.

Conclusion et réflexion sur la revue de littérature sur l'annonce d'un décès au service des urgences

Réflexion sur les limites du niveau d'évidence à rechercher dans la littérature

Dans sa revue de littérature générale, Girgis et al. (1995) note qu'il n'y a pas d'essai clinique randomisé, sauf sur des aspects très limités de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. Elle suggère que plus d'essais randomisés (considérés comme de meilleure qualité méthodologique) sur le sujet devraient avoir lieu, en particulier sur les résultats de

l'application d'un protocole. Cependant, on peut s'interroger sur la pertinence de proposer une méthodologie d'essai clinique pour aborder une situation, relevant du domaine affectif et requérant de l'écoute et de la flexibilité de la part du clinicien, comme l'annonce d'une mauvaise nouvelle. De plus, dans une telle situation, le contexte est important, alors que l'essai clinique tend à l'exclure. Son approche par consensus puis validation de l'importance des items individuels du guide par les différents participants concernés est probablement la méthodologie la plus quantitative qu'il soit possible d'utiliser dans une telle situation. En effet, pousser plus loin l'analyse quantitative risquerait de ne produire que des statistiques vides de sens et inutilisables par le clinicien parce que trop générales et variables pour s'appliquer à une situation particulière. Par exemple, savoir que dans un échantillon 30% des personnes ne voulaient pas être touchées physiquement (Jurkovich, Pierce, Pananen, & Rivara, 2000) nous enseigne qu'il existe une variabilité dans les préférences des membres de famille. Par contre, cela ne nous éclaire pas beaucoup sur la conduite à tenir lors de notre prochaine annonce. Du reste, il est improbable que l'on puisse reconnaître des caractéristiques permettant d'identifier des sous-groupes pour lesquels une uniformité serait attendue. En absence d'uniformité, les statistiques ne nous amèneront pas plus loin vers une conclusion, sinon qu'à une description assez pauvre de la situation.

Par ailleurs, la réalisation de telles études permettant de répondre à la question de la meilleure méthode d'annonce est improbable pour deux raisons principales.

La première raison est que l'issue la plus pertinente qui pourrait être mesurée serait l'ajustement de la famille au deuil ou à une mauvaise nouvelle. Or, cet ajustement est, avant tout, difficilement mesurable, mais, surtout, susceptible d'être influencé par de nombreux facteurs psychosociaux s'étendant sur plusieurs mois et qui viendront obscurcir tout effet de l'intervention brève ayant eu lieu au SU.

La deuxième raison réfère à la nature affective de la situation et de l'intervention. L'objet affectif se prête mal à une exploration par essai randomisé. La plus grande qualité de l'intervenant risque d'être sa « flexibilité » ou sa capacité à « lire » la situation affective

et sociale et à y répondre adéquatement. Le contexte devient primordial, alors que l'essai randomisé aplanit le contexte. Une option possible serait d'évaluer la « flexibilité » ou la « plasticité » de l'intervenant face à des situations sociales pertinentes variées. La possibilité de standardiser les situations, prendre en compte les aspects médicaux et sociaux (verbaux et non verbaux) ainsi que la détermination de la conduite optimale dans chaque cas, quoique possible, serait une entreprise difficile. En fin de compte, la réalisation de telles études en contexte réel se buterait à des obstacles éthiques titanesques. On voit mal comment on pourrait demander à des participants un consentement à la participation ou l'enregistrement d'une annonce de décès ou d'une mauvaise nouvelle avant que ceux-ci en soient informés.

En résumé, il n'y a pas d'évidence provenant d'études randomisées sur l'impact à long terme d'une méthode d'annonce d'un décès au service des urgences et la venue de telles études est improbable.

Conclusion de la revue de littérature

Cette absence de données probantes sur l'impact à long terme de notre intervention ne devrait pas réduire notre motivation à réaliser une annonce de décès qui soit la plus adéquate possible. Ce qui nous motive c'est notre désir d'agir professionnellement, mais surtout, de ne pas ajouter au fardeau émotionnel déjà lourd des personnes à qui nous portons la mauvaise nouvelle.

Une chose se dégage, cependant, des entrevues avec des membres de familles. Les souvenirs de l'annonce, en particulier ceux sur la manière dont l'annonce est réalisée, persistent souvent des années durant. Il est probablement plus important de cultiver nos manières que de tenter de « cocher » les éléments d'une liste de contrôle.

Notons tout de même que l'éclairage apporté par la recherche dans le contexte de l'annonce au service des urgences est faible (Abbott & Stone, 2010). Les auteurs ont donc souvent élargi l'exploration à d'autres contextes pour trouver une assise empirique et théorique. Toutefois, cette littérature s'intéresse surtout au patient encore vivant à qui on propose un suivi longitudinal. Il s'ensuit que les recommandations de la littérature sur le sujet sont souvent importées à partir d'autres contextes (Abbott & Stone, 2010), ce qui peut poser un problème d'applicabilité.

L'annonce d'un décès au service des urgences est fort différente de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en contexte de bureau ou de consultation externe. C'est ce dernier contexte qui inspire la majorité des approches proposées. Lors de l'annonce au service des urgences : il n'est pas réaliste de demander ce que les interlocuteurs veulent savoir; le patient est décédé et l'annonce se fait à une famille plutôt qu'à un individu; la divulgation se fait souvent en équipe multidisciplinaire (médecin et infirmière, le plus souvent); le décès est fréquemment inopiné et la famille n'a pas eu le temps de se préparer; il n'y a pas de relation préalable entre les membres de famille et les intervenants; le milieu (services des urgences) est menaçant et chaotique; les intervenants subissent des contraintes de temps.

De plus, deux stratégies d'intervention de soutien psychologique au patient qui sont présentées comme les plus efficaces, l'élaboration d'un plan de traitement et la planification du suivi (Baile et al., 2000; Boulé & Girard, 2005; Rassin, Levy, Schwartz, & Silner, 2006), sont difficilement applicables dans ce contexte. Il en est de même d'une stratégie visant à conserver un certain espoir (Dias, Chabner, Lynch, & Penson, 2003; Rassin, Levy, Schwartz, & Silner, 2006). Quant à la combinaison d'énoncés empathiques, exploratoires et de validation (Ambuel & Mazzone, 2001; Baile et al., 2000), s'ils sont retenus, leur contenu doit être adapté.

Ces divergences contextuelles risquent donc de modifier l'approche utilisée. À tout le moins, il est opportun de s'interroger sur la pertinence des approches proposées.

S'il n'y a pas d'évidence provenant d'études randomisées, nous avons, par contre, une liste des éléments qui sont considérés comme importants par une majorité des familles et par les intervenants. Ce qui est moins clair, c'est comment les éléments devraient être sélectionnés dans cette trop longue liste et comment les agencer dans une situation particulière.

Qui plus est, une revue de la maigre littérature originale de médecine d'urgence sur le sujet montre des écarts substantiels avec la littérature d'autres disciplines. En effet, dans les publications de Flam (1998, 1999) sur ses observations auprès de cliniciens urgentologues belges, il est troublant de constater que ceux-ci étaient en désaccord avec deux des principes les plus consensuels de la littérature sur l'annonce d'un décès : amener progressivement l'interlocuteur à l'annonce (approche en escalier) et éviter d'utiliser un euphémisme pour désigner la mort. Il y a lieu de se demander si ces divergences fondamentales sont anecdotiques ou répandues et tributaires du contexte particulier du service des urgences.

En conséquence, il est nécessaire de recueillir plus d'information sur ce contexte et les besoins des intervenants avant de pouvoir proposer une intervention qui puisse être appliquée avec succès au service des urgences.

Nous avons donc rencontré des intervenants du service des urgences qui possèdent une expérience dans l'annonce de décès à des familles. Nous avons également rencontré des membres de famille et une agente de deuil. Notre objectif principal était, dans un premier temps, d'exposer l'approche qu'ils utilisent et de clarifier certains points nébuleux

de la littérature de médecine d'urgence sur l'annonce d'un décès. Dans un deuxième temps, nous aspirions à soumettre des recommandations pour l'apprentissage des compétences nécessaires à la divulgation d'un décès au service des urgences.

Questions de recherche et objectifs

Les objectifs, qui sont également les questions de recherche, de cette étude qualitative sont :

1. Comprendre l'expérience des médecins, infirmières et membres de la famille lors de l'annonce d'un décès au département d'urgence.
2. En particulier, exposer la structure d'annonce que les intervenants d'expérience utilisent.
3. Identifier les besoins éducatifs des intervenants ayant à annoncer un décès dans ce contexte.
4. Obtenir des intervenants, une interprétation et une clarification de certains concepts qui sont mentionnés dans la littérature, notamment : la flexibilité; la compassion; le contact physique; l'évitement des aspects affectifs par les médecins.

Méthodologie

Justification du devis

L'annonce d'un décès au service des urgences est une situation sociale particulière au cours de laquelle une interaction intense et à forte coloration affective, entre plusieurs participants, se déroule dans un milieu soumis à plusieurs contraintes temporelles, institutionnelles et culturelles. L'annonce d'un décès est indissociable du contexte qui influence les impressions et les réactions des participants.

Il n'y a pas de théorie établie et peu de données empiriques sont disponibles dans la littérature pour éclairer les intervenants du service des urgences dans une démarche d'annonce. Les réactions au deuil ont été décrites (Abbott & Stone, 2010) et des protocoles d'intervention ont été proposés (Abbott & Stone, 2010; Iserson, 1999) par des intervenants expérimentés.

Cette combinaison de phénomène affectif, contexte influent, absence de théorie établie et base empirique dégarinée milite en faveur d'une approche qualitative, de type étude de cas, pour étudier la question de l'annonce d'un décès au service des urgences.

Selon Giacomini et al. (2008) :

« Qualitative research has two qualities that distinguishes it from traditional quantitative research in health care : (1) it focuses on social and interpreted, rather than quantifiable, phenomena; and (2) It aims to discover, describe, and understand, rather than test and evaluate. »

La recherche qualitative possède donc deux qualités qui la distinguent de la recherche quantitative traditionnelle du domaine de la santé : (1) Elle se concentre sur des phénomènes sociaux et le sens qu'on leur accorde plutôt que sur la quantification; (2) Elle vise à explorer, décrire et comprendre plutôt qu'à vérifier et évaluer.

Yin (2003), quant à lui, déclare :

« In general, case studies are the preferred strategy when the “how” or “why” questions are being posed, when the investigator has little control over events, and when the focus is on a contemporary phenomenon within some real-life context. »

Il précise davantage:

« A case study is an empirical inquiry that 1. investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when 2. The boundaries between phenomenon and context are not clearly evident... In other words, you would use the case study method because you deliberately wanted to cover contextual conditions- believing that they might be highly pertinent to your phenomenon of study. »

A case study design is especially welcome in new situations in which the little is known about the phenomenon and where established theories are unsatisfactory. »

Pour Yin (2003), « le choix de l'étude de cas est justifié lorsqu'une question de type « comment » ou « pourquoi » se pose sur un ensemble d'événements contemporains sur lesquels le chercheur a peu ou aucun contrôle. L'étude de cas est donc particulièrement bienvenue dans de nouvelles situations où le phénomène étudié est peu connu de la recherche et où les théories déjà établies sont insatisfaisantes. »

Yin définit l'étude de cas comme « une recherche empirique qui 1. étudie un phénomène contemporain dans son contexte réel, en particulier lorsque 2. les frontières entre le phénomène et le contexte n'apparaissent pas clairement». En d'autres termes, il conclut : « On sélectionne la méthode d'étude de cas dans un choix

délibéré pour aborder les conditions contextuelles, parce qu'on les considère comme hautement pertinentes au phénomène à l'étude. »

Pour les raisons énumérées ci-dessus, nous avons choisi une approche qualitative avec une méthodologie d'étude de cas multiples prospective avec trois niveaux d'analyse imbriqués (type 4 de Yin) comme devis le plus adéquat pour répondre à nos questions de recherche.

En ce qui concerne les sources d'évidence et les instruments utilisés pour le recueil des données, nous avons sélectionné l'entrevue semi-dirigée différée à l'aide d'un guide d'entrevue. Ce choix permet la collecte d'information, à la fois, de nature factuelle et affective sur le cas, tout en offrant la possibilité d'étendre l'exploration et permettre la comparaison aux autres cas dans lesquels les interviewés ont été impliqués.

Une observation directe ou participante ou des entrevues immédiates auraient été des options plus susceptibles de permettre l'évaluation des éléments affectifs recherchés. Cependant, ces options n'étaient pas réalisables en raison, notamment, de préoccupations éthiques. Il n'était, en effet, pas possible d'obtenir un consentement éclairé préalable à une telle observation. Les difficultés en relation avec ces limites sont davantage abordées ci-dessous dans la section de méthodologie traitant du recrutement (voir Commentaire sur le risque de la méthode de recrutement retenue).

Posture épistémologique

Le recours à l'expérience des cliniciens comme source de nos données repose sur un paradigme interprétativiste. Notre posture épistémologique est socioconstructiviste. En

effet, nous postulons que les intervenants du service des urgences (SU), des médecins et des infirmières travaillant en équipe dans des rôles complémentaires, ont développé, à travers leurs expériences en situation réelle, des compétences dans la divulgation d'un décès.

La construction de ces compétences prend appui sur des connaissances, des habiletés et des attitudes antérieurement acquises. Ces ressources internes sont investies et sont « mises à jour » en situation authentique. Elles sont mobilisées et combinées avec des ressources externes pour former la compétence spécifique de divulgation d'un décès au SU.

Il y a un sens qui est accordé à cette situation sociale par les acteurs (participants) impliqués. Ce sens entraîne la construction d'un cadre d'intervention par les intervenants. Ce cadre d'intervention représente la structure que nous cherchons à mettre en évidence.

Nous cherchons à explorer l'expérience de divulgation des intervenants au SU pour éclairer l'apprentissage de cette compétence CanMEDS de « Communicateur ».

L'identification du cadre d'intervention permettra de baliser l'apprentissage des compétences d'annonce d'un décès au SU. Nous demeurons fidèles à nos principes socioconstructivistes, en ce que ce cadre ne suffira pas pour acquérir les compétences requises. Nous n'agissons pas dans un paradigme d'enseignement; nous ne pouvons pas transposer les compétences aux apprenants. Nous œuvrons dans un paradigme d'apprentissage (Jouquan & Bail, 2003); nous fournissons une composante pour bâtir la compétence. Ce cadre sera donc une ressource interne qui sera mobilisée par l'apprenant dans la situation authentique pour la construction de sa compétence de divulgation d'un décès au SU. Plus précisément, cette ressource est un savoir-faire qui sera utilisé pour développer le savoir-agir (la compétence).

Méthodologie de l'étude

Population, unité d'analyse et définitions

Pour les besoins de cette étude, les définitions suivantes sont utilisées :

- **L'unité d'analyse** correspond à un **cas** d'annonce de décès. Il y a trois **sous-unités d'analyse** qui sont imbriquées dans chacun des cas. Ces sous-unités correspondent aux perspectives individuelles des participants à l'annonce de décès.
- Les **participants** sont les personnes présentes lors de l'annonce: médecin, infirmière, membre(s) de famille.
- Les **intervenants** sont le médecin et l'infirmière qui forment l'équipe qui annonce la nouvelle. Ils sont également des participants.
- Les **représentants familiaux** sont les membres de famille du défunt qui étaient présents lors de l'annonce, qui sont choisis par la famille pour les représenter au moment de l'entrevue et qui sont recrutés pour l'étude. Ils sont également des participants.
- La triple perspective réfère à la triangulation que permettent les trois sous-unités d'analyse, soit l'expérience de chacun des participants d'un cas. Un cas pour lequel les trois perspectives sont disponibles (médecin, infirmière et membre de famille) est désigné comme « cas à triple perspective ». Un cas pour lequel deux perspectives sont disponibles (médecin et infirmière) est désigné comme « cas à double perspective ».

La représentation graphique de l'unité et des sous-unités d'analyse est retrouvée dans le cadre contextuel que nous avons présenté en introduction (voir Figure 2 Cadre contextuel de l'annonce d'un décès au SU).

Recrutement

La méthodologie de cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique et de recherche du CSSSL.

Le recrutement des participants a eu lieu au département d'urgence du CSSSL (Centre de Santé et de Services Sociaux de Laval) entre le 1^{er} octobre 2008 et le 30 novembre 2009. Le département d'urgence du CSSSL est un centre de référence urbain

affilié à l'Université de Montréal et situé à Laval, en banlieue de Montréal. Le département d'urgence reçoit 75,000 visites et effectue plus d'une centaine de divulgations de décès par année. Une variété de conditions médicales urgentes adultes et pédiatriques y sont traitées. Les cas de traumatismes majeurs sont rares puisqu'ils sont habituellement accueillis au centre de traumatologie situé à proximité.

Nous avons utilisé un échantillonnage dirigé non probabiliste. Les infirmières responsables (assistantes) de l'urgence abordaient les familles éligibles pour une participation en fonction de critères d'inclusion/exclusion prédéterminés (voir Tableau IX).

Tableau IX: Critères d'inclusion dans l'étude
1) Le décès est soudain, inopiné et le membre de famille n'est pas présent au chevet au moment de sa survenue.
2) Divulgation du décès d'un proche à un ou plusieurs membre(s) de famille au département d'urgence.
3) Le(s) représentant(s) de la famille étai(en)t physiquement présents pour la divulgation. (Pas d'annonce téléphonique)
4) Le médecin impliqué possède un minimum de quatre (4) années de pratique dans un département d'urgence.
5) L'infirmière impliquée possède un minimum de deux (2) ans d'expérience comme assistante ou adjointe ayant la tâche d'accompagner le médecin pour les annonces de décès.
6) Le médecin et l'infirmière assistante sont tous deux présents au moment de la divulgation.
7) Le médecin et l'infirmière impliqués acceptent de participer à l'étude et de faire une entrevue enregistrée sur cette annonce.
8) Aucun des participants n'a été recruté pour cette étude auparavant
9) Le(s) représentant(s) de la famille demeure(nt) à moins de 40 km de l'hôpital.
10) Le(s) représentant(s) de la famille parle(nt) français ou anglais

Note : En cours d'étude, des critères restrictifs quant à l'expérience clinique minimum des intervenants et la langue d'entrevue ont été abandonnés.

Compte tenu du contexte délicat dans lequel le recrutement avait lieu, nous nous sommes assurés que l'infirmière faisant la demande de participation ne soit pas la même que celle qui avait accompagné la famille lors du séjour de celle-ci au département d'urgence. Si la famille acceptait de rencontrer l'infirmière, celle-ci expliquait brièvement les buts de l'étude et remettait une pochette d'information contenant une brève description du projet, un numéro de téléphone permettant de joindre l'infirmière de recherche pour obtenir de l'information ou du soutien et un exemple du formulaire de consentement. La seule requête faite à la famille lors de cette approche initiale était de demander la permission de contacter un ou deux membres désigné(s) dans un mois pour une entrevue enregistrée avec une infirmière de recherche. Dans l'affirmative, l'information et les préférences de contact étaient recueillies.

Tout au long de la période de recrutement, un journal de bord a été maintenu par les infirmières responsables (assistantes) pour enregistrer les raisons d'exclusion des cas de décès. L'investigateur principal révisait régulièrement les registres de décès de l'hôpital pour compléter le journal de bord au besoin. Si, après revue du dossier, la raison d'exclusion demeurait incertaine, il contactait l'infirmière assistante impliquée pour clarifier.

Les intervenants impliqués dans un cas retenu, et pour lequel la famille acceptait d'être contactée dans un mois, étaient sollicités par l'investigateur principal pour une entrevue avec lui dans les deux semaines suivant la divulgation.

Les représentants familiaux ayant donné leur assentiment initial étaient contactés par une infirmière de recherche environ 1 mois après la divulgation pour leur demander s'ils acceptaient toujours de réaliser une entrevue avec enregistrement audio sur leur

expérience au département d'urgence. Si le premier représentant refusait, alors le deuxième représentant, le cas échéant, était rejoint. Sur acceptation, l'infirmière établissait un rendez-vous et se rendait à leur domicile ou à un autre endroit de leur choix pour réaliser une entrevue enregistrée.

L'objectif de recrutement pour atteindre saturation a été estimé à cinq (5) cas. Une entrevue supplémentaire, qui n'était pas prévue au devis, a été réalisée, après la conclusion du recrutement, avec une agente de deuil travaillant dans un autre centre hospitalier. Cette personne entre régulièrement en contact avec des familles endeuillées dans la période immédiate suivant le départ du département d'urgence, notamment pour la complétion de procédés administratifs, et ce, depuis de nombreuses années. Elle recueille des commentaires de membres de famille et donne du soutien dans une période qui n'est habituellement pas accessible pour une observation ou une entrevue et durant laquelle les membres de famille ont franchi le pic d'émotion initial et sont susceptibles de se confier sur leur expérience récente au département d'urgence. Puisque cette période de temps n'était pas évaluée dans notre devis, et que cette perspective pouvait compléter celle des membres de famille, nous avons jugé que son inclusion pourrait apporter un éclairage intéressant sur le sujet.

Commentaire sur le risque de la méthode de recrutement retenue

Dès la période de planification, nous avons identifié un risque important de refus de participation, en particulier de la part des membres de famille et de la probabilité de ne pas obtenir de troisième perspective pour chacun des cas. Ces difficultés étant, pour une large part, reliées à la connotation affective intense du thème, celles-ci constituaient un risque inévitable. La mort est un sujet délicat qui représente un tabou dans notre société. Il était certain que certaines personnes refuseraient d'en discuter. La plus grande vulnérabilité de notre devis avait été identifiée durant la période de l'élaboration, à savoir, le recrutement des intervenants avait lieu avant celui des membres de famille, ce qui nous exposait à un

refus subséquent de ces derniers, après un assentiment initial, et au recrutement de cas à double perspective.

Cette lacune avait été jugée insurmontable pour des raisons éthiques. D'une part, il n'était pas possible d'obtenir un consentement éclairé préalable de la famille pour l'obtention d'enregistrement audio-vidéo de l'interaction lors de la divulgation, en temps réel, du décès par l'équipe médicale et, d'autre part, nous ne voulions pas exercer de pression psychologique sur les membres de famille dans une période vulnérable pour obtenir une entrevue après l'annonce. Nous voulions respecter un délai minimal d'un mois avant l'entrevue pour permettre à la famille de passer la période initiale du deuil avant de revenir sur des événements traumatisants. Au moment de leur visite à l'urgence, nous leur demandions uniquement la permission de les contacter un mois plus tard pour planifier une entrevue, en étant bien conscient que l'assentiment initial pourrait se transformer en refus.

Par ailleurs, ce délai d'un mois avait été considéré trop long pour l'entrevue avec les intervenants à cause du biais de mémoire (memory bias) qui risquait d'être important pour les aspects affectifs que nous voulions explorer. Les cas d'annonce de décès étant assez courants au département d'urgence, nous craignions un émoussement des émotions et des attributs affectifs que nous cherchions à éveiller chez les intervenants. Nous cherchions donc à obtenir une telle entrevue le plus tôt possible à l'intérieur du délai fixé de deux semaines.

Nous avons accepté d'assumer le risque de refus des membres de famille en raison de l'importance considérable du sujet, de la pauvreté des données empiriques disponibles sur les intervenants qui se retrouvent en telle situation et de la possibilité de combler une partie des données manquantes sur les membres de famille par la littérature disponible. De plus, l'objectif principal de notre projet était d'identifier les besoins éducatifs des

intervenants et leur perspective était jugée essentielle. Compte tenu de ce qui précède, nous avons considéré que le risque était acceptable et que l'inclusion de cas à double perspective, le cas échéant, n'invaliderait pas nos conclusions.

Instruments, entrevues et transcription

La méthode de recueil de données était l'entrevue semi-dirigée. Trois instruments étaient utilisés : un guide d'entrevue contenant les questions à aborder avec les participants (voir Annexe 4), une *Fiche synthèse d'entretien* (voir Annexe 4) pour obtenir les impressions de l'intervieweur (voir Analyse ci-dessous) et un protocole (voir Protocole ci-dessous). Les participants et l'agente de deuil interviewés signaient un formulaire de consentement (voir Annexe 5) avant l'entrevue.

L'enregistrement audio était réalisé en format mp3 à l'aide d'un appareil Marantz PMD660 utilisant une carte mémoire flash de 1 Go. Les enregistrements étaient ensuite transférés sur ordinateur pour être transcrits par une secrétaire en format texte modifiable (Word 2003). Les enregistrements audio originaux étaient détruits une fois que les transcriptions étaient complètes et validées par l'investigateur principal.

Analyse

L'intervieweur remplissait la *Fiche synthèse d'entretien* électronique immédiatement après l'entrevue qui est un guide sous forme de questions posées à l'intervieweur (voir Annexe 4). Le but de l'utilisation de cette fiche était de faire une analyse de synthèse préliminaire, dégager l'essentiel du message de l'interviewé, évaluer la relation des éléments mis à jour avec les questions de recherche et réfléchir sur les aspects plus subtils de l'entrevue tels que l'ambiance émotionnelle et les perceptions de l'expression non verbale.

Une fois les entrevues transcrites, les documents étaient anonymisés et importés dans un logiciel conçu pour l'analyse qualitative. Le logiciel QDAMiner version 3.2.2 de la compagnie Provalis Research a été utilisé pour le stockage, le codage et l'analyse des données.

Les segments de texte étaient codés par unités sémantiques, pour identifier les thèmes, séparément (à l'insu) par un médecin (PAL) et une infirmière (FT) ayant tous deux plus de vingt ans d'expérience de travail dans un service des urgences. Un livre de codes conjoint (voir Annexe 6) a été employé avec un codage semi-émergent. Compte tenu de la nature des questions de recherche, un livre de codes préliminaire limité avec des catégories de thèmes de base a été créé par l'investigateur principal (PAL). Les catégories initiales portaient, notamment, sur les différentes émotions exprimées ou perçues; la chronologie des événements (les étapes de l'annonce); les rôles et la collaboration des différents participants, ainsi que le contexte de l'annonce. Des catégories ont ensuite été ajoutées au livre de code et précisées à l'aide de définitions à la lecture des premières entrevues par PAL. Le livre de codes ainsi mis à jour était rendu disponible à FT pour son codage et vice-versa. Les deux codeurs pouvaient ajouter des codes dans le livre conjoint tout au long de l'analyse des textes. Une fois le codage double de toutes les entrevues terminé, les codeurs révisaient conjointement les textes et le codage final était établi par consensus. Les catégories de codes et les thèmes étaient également fusionnés et divisés par consensus.

L'investigateur principal ajoutait des annotations ou des commentaires en marge. Ces annotations portaient surtout sur des réflexions ou des analyses qui surgissaient lors du codage. Celles-ci n'étaient pas visibles à l'autre codeur.

L'analyse procédait ensuite en cinq niveaux : analyse de la perspective individuelle des participants (analyse des entrevues individuelles ou sous-unités d'analyse); analyse des cas (unités d'analyse incluant les 3 sous-unités ou la triple perspective); analyse inter-cas

(et synthèse); inclusion des données de la littérature; recommandations pour la création d'interventions pédagogiques. L'investigateur principal était l'analyste central.

Une fois le codage complété, pour le premier niveau d'analyse, celui des sous-unités, PAL relisait systématiquement toutes les entrevues individuelles codées et les fiches-synthèse correspondantes pour réaliser une synthèse des éléments les plus pertinents et apporter des réponses aux questions de recherche. Pour chaque entrevue, un *Résumé Intermédiaire par perspective* a été créé. Ce résumé était divisé en sections représentant les concepts suivants : structure de la divulgation, entraves, ce qui facilite, rôles, aspects affectifs et physiques, flexibilité, compassion, besoins éducatifs, ce qui importe, commentaires. Le *Résumé Intermédiaire par perspective* contient le concept et le mot pour mot (verbatim) duquel le concept a été extrait ainsi que les lignes correspondantes du document de transcription (voir exemple à l'Annexe 7). En ce qui concerne les entrevues des intervenants, l'analyse cherchait à exposer, notamment, la structure sous-jacente que ceux-ci utilisaient pour leurs divulgations aux familles. Des matrices ordonnées par rôle et par concept, telles que décrites par Miles et Huberman (2003), étaient ensuite complétées (voir Annexe 9). Nous avons utilisé les mêmes concepts dans les matrices que dans les *Résumés Intermédiaires par perspective*, en excluant le texte intégral (verbatim). Cependant, il est toujours possible de retrouver le texte intégral formant la base d'un concept en retournant à la section de concept numérotée du *Résumé Intermédiaire par perspective*.

Les matrices ont également été utilisées pour les analyses de second niveau (le cas ou unité d'analyse) et de troisième niveau (analyse inter-cas).

Au quatrième niveau, les résultats obtenus étaient confrontés aux données disponibles dans la littérature.

Le cinquième niveau intégrait les résultats des niveaux précédents pour proposer des recommandations pratiques sur la conception d'interventions pédagogiques destinées à

améliorer les pratiques cliniques de divulgation de décès au service des urgences. Nous avons utilisé une règle de décision pour justifier l'intégration d'une donnée dans les recommandations qui ont ultimement donné naissance au modèle. Celle-ci exigeait qu'une donnée soit recueillie dans au moins deux entrevues. Le Tableau XIV de l'Annexe 8 donne un exemple de l'application de la règle dans la synthèse des données brutes sur les étapes de l'annonce qui ont été extraites des entrevues avec les médecins. Les extraits en italique n'ont été mentionnés que par un seul intervenant et ne sont pas inclus dans le modèle final.

Validation

Une fois l'analyse complétée, nous (PAL) avons présenté nos résultats à deux groupes d'intervenants travaillant dans le service des urgences où s'est tenue l'étude pour validation de nos conclusions et assurer une validité de construit (Yin, 2003). Le premier groupe était constitué de douze médecins. . Aucun des médecins présents n'était un sujet de l'étude. Le second, de neuf infirmières familières avec l'accompagnement de familles endeuillées. Deux des infirmières présentes étaient des sujets de l'étude. Pour des raisons éthiques, les représentants familiaux n'ont pas été soumis à un processus de validation. Le but de la démarche était de s'assurer que les résultats et les conclusions que nous avons tirés des entrevues étaient conformes à l'expérience des sujets et de leur groupe de pairs.

Nous avons également présenté nos conclusions à un groupe d'intervenants travaillant dans un environnement différent à des fins de validation externe. Un groupe de discussion (focus group) unique composé de cinq médecins et quatre infirmières du service des urgences du Kinston General Hospital a été rencontré par un des investigateurs (DB) pour une discussion semi-dirigée à l'aide d'un questionnaire (voir Annexe 4).

L'hôpital de Kingston est un centre académique de 402 lits et un centre de traumatologie de niveau un, affilié à l'Université Queen's. C'est le seul hôpital de soins aigus desservant une population de 120,000 avec un bassin de 500,000. Il offre des soins à une population variée (pédiatrique, gériatrique, urbaine, rurale, médicale, psychiatrique, etc.). Le nombre de visites annuelles au service des urgences avoisine 50,000.

Les discussions ont été enregistrées et un document synthèse résumant les réponses aux différentes questions a été préparé par l'investigateur (DB). L'analyste principal (PAL) a utilisé ce document synthèse pour effectuer les comparaisons avec les résultats du groupe de recherche.

La démarche méthodologique décrite ci-dessus respecte la conception de l'analyse qualitative de Miles et Huberman (2003) en trois flux concourants d'activité (trois étapes) soit : 1) la condensation des données par sélection, centration, récapitulation, simplification, abstraction et transformation. Ce flux se réalise à travers la synthèse des entrevues, le codage sémantique et thématique orienté en fonction de nos questions de recherche et la création de matrices; 2) la présentation des données, qui se livre à travers nos matrices et notre diagramme contextuel; 3) l'élaboration et la vérification des conclusions quant à elles, se manifestent à travers l'utilisation d'un devis de cas multiples qui permet la recherche de régularités et la réplique littérale. Elle est renforcée par le processus de validation locale et dans un autre milieu.

La notion de vérification nous amène à discuter de l'attention apportée à la fiabilité et la validité de construit de notre analyse. Nous avons respecté les stratégies proposées par Yin (2003) pour assurer la validité de construit, soit : la triangulation des sources de données que nous offre la triple perspective des cas; la codification de tous les textes par deux codeurs ayant une longue expérience du travail en contexte de service des urgences (triangulation des évaluateurs); la vérification des conclusions auprès des personnes interviewées et leurs collègues; l'adhésion stricte au protocole de recherche (voir ci-dessous) qui permet le maintien de la chaîne de l'évidence des citations des informateurs aux conclusions.

La fiabilité est assurée par les stratégies proposées par Yin, soit : l'utilisation d'un protocole; la création d'une base de données regroupant les transcriptions des entrevues; le maintien de la chaîne d'évidence à partir des questions de recherche, aux conclusions basées sur les citations contenues dans la base de données, en passant par les guides d'entrevue du protocole. Il est donc possible de remonter la chaîne de l'évidence de nos données à partir des conclusions du rapport aux matrices, puis aux *Résumés Intermédiaires par perspective*, et ensuite aux comptes rendus in extenso (verbatim) des transcriptions d'entrevues. De plus, toutes les transcriptions d'entrevue ont été codées par deux codeurs.

La validité externe, quant à elle, est soutenue par le devis à cas multiples permettant l'utilisation d'une logique de réplique littérale et par la révision des conclusions par des médecins et des infirmières d'urgence travaillant dans un milieu différent du site de recrutement.

Protocole

Nous avons utilisé un protocole pour assurer la fiabilité. En conformité avec les recommandations de Yin, il contenait l'information suivante :

1. Vue d'ensemble de l'étude de cas et des questions de recherche
2. Procédés de terrain : le document de recrutement pour les infirmières; les critères d'inclusion et d'exclusion; les procédés d'entrevue; les instruments (guides d'entrevue); les *Fiches synthèse d'entretien* (contenant les impressions et des questions à l'intervieweur); mécanisme d'anonymisation des cas.
3. Description des procédés d'analyse : transcription, codage, commentaires en marge, niveaux d'analyse à effectuer, exemple de matrice ordonnée par rôle.
4. Guide de rédaction du rapport.

Résultats et Article

Recrutement des cas

La période de recrutement s'est étendue du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009. L'échéancier qui a été respecté pour les étapes de recrutement est exposé au tableau Tableau X.

Tableau X: Échéancier de recrutement	
Étape	Date
Début du recrutement des cas	1 ^{er} octobre 2008
Fin du recrutement des cas	30 novembre 2009
Entrevue avec agent de deuil	15 avril 2010
Validation locale auprès des médecins	29 avril 2010
Validation locale auprès des infirmières	6 octobre 2010
Validation externe auprès du groupe de discussion (médecins et infirmières).	25 janvier 2011

Les résultats sont décrits dans l'article ci-dessous.

Article

Déclaration sur la contribution des auteurs de l'article:

L'auteur de ce mémoire a été le contributeur principal à toutes les étapes de ce projet de recherche incluant la rédaction de l'article ci-dessous.

Danielle Blouin a contribué à la demande de financement, la collecte de données de validation externe et la révision de l'article.

Johanne Goudreau, à titre de directrice de recherche, a soutenu toutes les étapes du projet. Par conséquent, sa contribution s'étend de la supervision du devis méthodologique à la demande de financement du projet et à la révision de l'article.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: a qualitative study and an evidence-based model.

Paul-André Lachance, MD, Danielle Blouin, MD, Johanne Goudreau, PhD

Abstract

Delivering news of death in the emergency department (ED) is difficult. Guidelines are few, they rarely address the ED context, and they have little basis in theory or empirical evidence. ED healthcare providers (HPs), physicians and nurses working as a team in complementary roles, have developed competencies through their experience in dealing with this situation. Our study sought to explore the notification experience of ED HPs in order to inform the teaching of these “Communicator” role competencies.

Semi-structured interviews conducted with a non-probabilistic sample of 8 HPs were analyzed using recognized qualitative methods. Results were subjected to internal validation with two groups of 9 and 12 HPs and external validation with 9 HPs from another centre.

The total self-estimated number of death notifications attended by the study HPs was more than 2000. Analysis showed that death notification in ED by experienced HPs has a definite, uniform structure. Nonetheless, all HPs considered it inappropriate to follow a protocol for notification because they deemed it too rigid. Flexibility, defined as the ability to adapt one's interventions to a family's rhythm and needs and entailing the interpretation of social cues, emerged as a quality that HPs deemed essential. Empathy too, as opposed to sympathy or compassion, was considered crucial. In most cases, it was estimated that physicians were present with the family for less than 10 minutes, while the nurses' intervention was spread over 120 minutes.

We submit that the family's ED visit is an episode of disorganization/dysfunction that is partially resolved during their stay in the department. Based on our results, we propose a model for teaching how to deliver news of death in the ED.

Introduction

Although healthcare providers (HPs) regularly deliver news of death to families of deceased patients in emergency departments (ED), surprisingly little is known about how they do it or how they feel about it. There are significant considerations in and barriers to the delivery of such news in the ED (see Table 1). (1) Preparation for this daunting task is lacking, and evidence is scarce. (2, 3) Some authors have provided guidelines for the ED. (1, 4-7) Consultation of the references suggests that these guidelines are based on personal experience or extrapolation from other medical contexts. Emergency department residents have identified end-of-life issues as being among their top learning needs in bioethics. (8) However, before we can teach the necessary skills, we need to better understand what experienced HPs actually do.

Table 1 Considerations in and barriers to the delivery of news of death in the ED

Interaction commonly occurs with a family rather than with an individual.
Death is often sudden and unexpected.
There is no pre-existing relationship with family members.
The environment is often chaotic.
There are time constraints.
The situation is ordinarily handled by a physician-and-nurse team.
The physician must often transit rapidly from an algorithmic, cognitive style of thinking to a socio-affective style.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Medical staff may have to deal with discomfort, guilt or other emotional issues.
--

Legal issues (coroner, litigation risk).
--

Cultural or language issues.

[RETURN](#)

According to Baile, the manner in which bad news is discussed with cancer patients can affect their longitudinal psychological adjustment.(9) There is a literature on breaking bad news that provides physicians with guidance and models for accomplishing this task;(9-15) for example, for disclosing test results indicating cancer to a known patient in a one-on-one encounter in the family physician's or oncologist's office. However, this is significantly different from disclosing a sudden death to a previously unknown family by a physician-and-nurse team in the ED.

Some consensus exists in the general medical literature about key items to be included in an adequate sudden death notification.(1-3, 16) A review of the available emergency medicine literature shows that the empirical data they contain are largely derived from questionnaires or interviews administered to family members several weeks to years after the death of a loved one,(17-33) and from questionnaires or interviews with nurses working in the ED.(24, 34-37)

The result is a long list of 58 proposed interventions of uncertain value (see Table 12, in Appendix 2). Many interventions that the authors consider important have no empirical foundation, while empirically based interventions are not necessarily the most important ones.

An examination of Table 12 would lead one to conclude that there is an empirical basis for a number of the interventions: providing a chronological description of events; using clear, non-technical language; gathering the family together in a private room and greeting them
Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

promptly; viewing the body; and treating the patient's personal items with deference. The empirical data also suggest that family members are not concerned with the identity of the person delivering the news as long as the physician remains available to answer questions. However, there is little documentation to support the notion that the social and nonverbal aspects of interaction, with the exception of a caring attitude, are very important. Furthermore, despite wide promotion in the literature, the data on the interventions of hinting at bad news and of follow-up by ED HPs remain somewhat ambiguous. The same can be said of the use of the word "dead", although authors may have included it under the more general category of "using clear language."

Protocols and interventions for ED death notification based on this literature and on experience in other contexts have been proposed(38) and evaluated with medical students or residents,(7, 11, 39-43) nurses(19, 20, 44) and practising physicians.(27) The emphasis in such protocols is on setting the appropriate physical environment, providing information, and using the right words. Less attention is paid to the affective component of the intervention, although some authors stress the importance of compassion and flexibility.(45, 46) However, these qualities are left undefined, and it is unclear whether there is any possible way to foster them.

Only six original studies cast any light on emergency physicians' experience with death notification.(47-52) In a survey of practising emergency physicians conducted at a conference,(50) 66% believed that breaking the news of a paediatric death was the most difficult task in their work; 47% reported feeling impaired for the remainder of their shift. In another survey, 94% of physicians said training is needed in this area.(52) Swisher administered a questionnaire to explore the topics usually raised by residents and attending physicians in a death notification. Factual information was provided most consistently; emotional issues were considered highly stressful and were avoided.(49) Parker-Raley

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

brought to light the dialectal tensions that physicians face when communicating the death of a child in the ED.(51) Finally—and disturbingly—in Flam’s studies of physician-nurse teams in Belgium, ED physicians disagreed with some of the most consensual and central elements raised in the literature on death notification: avoiding the use of euphemisms and preparing for (building up to) breaking the news.(47, 48) A majority of physicians rejected uttering the words “death” or “died,” preferring a “softer” word instead. They also preferred breaking the news quickly to taking a stepwise approach.

This study is an attempt to present empirical evidence on and clarifications regarding death notification in the ED. The predicted importance of context and affective issues coupled with existing weak theoretical foundations(3) prompted adoption of a multiple-case, exploratory, qualitative design that accords with Yin’s specifications(53) as the most appropriate approach. Our theoretical assumptions were that: 1. there is an underlying structure to death notification by experienced ED healthcare providers; and 2. this structure can be revealed through an interview process. The research was approached from the healthcare providers’ point of view.

Healthcare providers’ strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Study objectives

The aim of this exploratory qualitative study was to:

- 1- Detect the underlying strategy to death disclosure that is followed by experienced healthcare providers (HP) in the emergency department (ED).
- 2- Understand the death-notification experience of physicians, nurses and family members in the ED.
- 3- Identify the educational needs of healthcare providers regarding sudden-death notification.
- 4- Elicit the healthcare providers' interpretation of concepts mentioned in the ED literature: flexibility, compassion, physical contact, and avoidance of affective issues.

Methodology

General design

A prospective, embedded, multiple-case design (Yin's type 4, see Figure 3 in Appendix 1)(53)) was used. Recent cases of clinical death notification served as the basis for eliciting and discussing the participating nurses' and physicians' emotional responses. Interviewees were encouraged to make comparisons with and explore similar experiences to the index case. Consequently, although the number of cases is small, each of them draws upon each interviewee's background and comprises a synthetic account of his or her overall experience with death notification over many years.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Case, unit of analysis and definitions

For the purposes of this study, the following definitions are used:

- The main **unit of analysis** is a **case** of death notification. Each case comprises three embedded **sub-units of analysis** corresponding to the particular **perspective** of each of the **invested individuals**.
- The **invested individuals** are those present for the case of death notification in the ED: physician, nurse and family member(s).
- The **healthcare providers** (HPs) are the physician-and-nurse team present at the ED death notification. They are **invested individuals**, as well.
- The **family representatives** are the family members present at the ED death disclosure who were chosen by the families to represent them in the home interview and were recruited for the study. They are **invested individuals**, as well.
- The **triple perspective** refers to the triangulation afforded by the three **sub-units of analysis** of a **case**; that is, each **invested individual's** experience of the **case**. A case for which data are available for each of the three subunits is described as a "**triple-perspective case**." A case for which data are available for **healthcare providers** only is described as a "**dual-perspective case**."

The project was approved by the Comité d'éthique et de recherche (Ethics Board) du Centre de Santé et Services Sociaux de Laval (CSSSL).

Recruitment

Recruitment of cases took place in the Emergency Department (ED) of the CSSSL between October 1, 2008, and April 15, 2010. The CSSSL is a 500-bed suburban referral centre affiliated with the University of Montréal and located in Laval, Quebec, in the suburbs of Montreal. The ED has a census of 75,000 and over 100 death notifications per year and treats both adult and paediatric populations presenting with a variety of medical emergencies. Major trauma cases are usually treated at the nearby trauma centre and are thus rare.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

The research methodology is summarized in Table 2. A more complete description of the methodology is found in Appendix 1. All participants signed consent.

Table 2: Summary of study methodology.

Recruitment

Purposive, non-probabilistic sampling of eligible deaths occurring in ED in accordance with inclusion/exclusion criteria (see Table 3).

Nurse involved with family asks if they are willing to meet a research nurse.

Research nurse describes the goals of the study and asks if family members would agree to be contacted in 1 month for an interview.

If the family agrees, the principal investigator (PAL) contacts the nurse and physician involved in the case as soon as possible for an interview.

Principal investigator conducts and records interviews with healthcare providers.

At least one month after the ED visit, the family members are contacted to request permission for interview.

Research nurse (FT) conducts and records interviews with family members.

Interviewer's initial impressions entered into an electronic contact summary sheet.

Interviews transcribed into electronic text.

Interview transcripts entered into an electronic database with a qualitative analysis program (QDA Miner).

Analysis (54)

Semantic coding of each transcript by two investigators (a physician (PAL) and a nurse (FT)) blinded to each other. A common codebook with a semi-emergent coding scheme is used.

The two coders' coding is merged. Discrepancies are resolved by consensus.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Principal investigator reviews all interviews (perspectives) to answer the research questions by creating a category for each question. A <i>Perspective-based Summary</i> is created. The link to the source transcript is maintained.
Role-ordered and conceptually ordered matrices are created using the perspective-based summary of each interview.
The matrices are used for case and cross-case analysis.
Internal validation of results conducted with nurses (n=9) and physicians (n=12) from the recruitment site in two separate group discussions led by an investigator (PAL)
External validation of results conducted with focus group of nurses (n=4) and physicians (n=5) from another centre in a semi-directed discussion led by an investigator (DB)
Results compared with current ED literature.
Use of a decision rule to select data to provide recommendations for the creation of educational interventions designed to improve the practice of death notification in the emergency department: mention by at least 50% of our HPs.

[RETURN](#)

Upon presentation of an eligible case, the nurses in charge of the ED would approach the family in accordance with predetermined inclusion/exclusion criteria (see Table 3).

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Table 3: Study inclusion criteria
1) Death notification to one or more family members by emergency department staff.
2) Death is sudden and unexpected, and family member(s) is (are) not at the bedside at the time of death.
3) The family member(s) was (were) physically present for the disclosure. (No telephone notification)
4) The ED physician and nurse are both present at the time of notification.
5) The physician has a minimum of four years' experience in clinical emergency medicine.
6) The nurse has a minimum of two years' experience as a team leader involved in death notification in the ED.
7) The ED physician and nurse involved agree to participate in a recorded interview.
8) None of the invested individuals has been recruited for this study before.
9) The family representative(s) live(s) less than 40 km from the hospital
10) The family representative speaks French or English

[RETURN](#) to Table 2

[RETURN](#) to Appendix 1

Results

Recruitment of cases

During the recruitment period, October 1, 2008, to November 30, 2009, 159 deaths were recorded in the study ED. Four (4) cases were collected, two with a triple perspective and two with a dual perspective for a total of 10 interviews (4 with doctors, 4 with nurses, 2 with family members). After initially agreeing to be contacted, two families refused to be Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

interviewed. An additional eleventh interview was conducted with a bereavement officer. All interviews were conducted in the interviewee's language of preference, which was French for all but one family member and the bereavement officer, for whom it was English.

Table 4 lists the reasons for the exclusion of cases.

Case recruitment proved more difficult than anticipated. Recruitment was stopped at four cases when new data from healthcare providers showed redundancy. Because of the study design and the care taken to avoid any psychological pressure on the bereaved families, we obtained only two interviews with relatives of the deceased. As it turns out, they yielded relatively little information, for the family members recalled only their general impressions of the visit to the ED. Recollection of details was poor except for specific moments before and during the death disclosure. We reached saturation for the first three major objectives of the study. Saturation for the fourth objective and for family members was deemed unattainable.

The non-random sample included 1 female and 3 male physicians, 1 male and 3 female nurses, 1 male and 1 female family member. (To preserve anonymity, nurses are always referred to in the feminine and physicians in the masculine irrespective of the interviewees' gender.) The mean age, number of years of experience and self-estimated number of death disclosures by the four physicians was 44 (range: 39–49), 14 (6–22) and 387 (50–1000), respectively. The average age, number of years of experience and self-estimated number of death disclosures by the four nurses in our sample was 44 (range: 28–54), 16 (5–31) and 261(15–1000), respectively. The median time that passed between death notification and the interview was 11 days (range: 10–35) for physicians, 9.5 days (1–12) for nurses, and 73 days (70–76) for family members.

Table 4: Reasons for case exclusion

Death not sudden	36
Family present at bedside and witnessed moment of death	32
Family member not present in ED for notification	15
Family member lives too far away to conduct interview	3
Family refuses to participate	9
Language barrier precludes interview with family member	5
Physician and nurse not both present during notification	13
Physician does not meet inclusion criterion (less than 4 years' clinical experience)	10
Nurse does not meet inclusion criterion (less than 2 years' clinical experience)	6
Physician has already participated in the study	11
Nurse has already participated in the study	21
Nurse forgot to ask eligible family	10
Nurse too uncomfortable to ask family	6
Second nurse (not involved with the family) not available to approach the family	3
Nurse refuses to be interviewed	3
Notification was made by a physician who was not ED staff	5
Notification by the nurse preceded notification by the physician	1
Unknown	1
TOTAL	190
Multiple exclusion criteria	35

The total number of exclusions (190) is higher than the number of cases excluded (155) because some (35) were based on multiple exclusion criteria. [RETURN](#)

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Events leading to the patient's death and to the course of a case of death notification (context) are summarized below, followed by a very short description of how the context provided some specificity for each case. As mentioned earlier, our objective was to use these cases as bases for analysis, not to describe them in detail. Features common to most or all cases will be discussed in the section "[Synthetic results](#)" below.

Case contexts

Case 1 (JAL)

A 50 year-old man of Mediterranean background was taken to the ED by ambulance technicians (AT) who performed cardiopulmonary resuscitation (CPR). His wife had found him bloody and unconscious 45 minutes earlier in the basement of his house. He had been drinking and threatening to commit suicide unless he was given more alcohol. The ambulance arrived 10 minutes later. The man was in full cardiac arrest. He had a deep laceration at the base of his neck. A bloody kitchen knife lay on the floor beside him. On arrival at the hospital, he was in asystole. Advanced resuscitation efforts, volume infusion and chest-tube insertion proved futile. He was declared dead 15 minutes later after ultrasonography showed no cardiac contractility. The coroner was contacted. Police officers and investigators from the homicide unit were already present in the ED.

The patient's wife arrived 35 minutes later accompanied by the patient's sister. The physician and nurse met with them in the "family room" 15 minutes after their arrival. Before delivering the news, the physician asked the family for clarification about the events that preceded the patient's arrival in the ED. Upon being notified of her husband's death, the nurse recalls that the wife had an intense and extreme emotional reaction (see Table 5,

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

statement 1). She threw herself on the floor screaming. After a few minutes, the sister-in-law “took charge” of the situation to restrain the wife’s display of psychological pain.

The police officers on site did not allow contact between the deceased and the family. Ninety minutes later, after much negotiation, the nurse in charge obtained permission for visual contact on condition that there be no physical contact and no prior cleaning of the body. After considering these terms, the wife and sister decided not to view the body. Two brothers-in-law identified the body. The family left the ED after a further 90 minutes of family exchange and contacts (including required administrative tasks) with the nurse in the family room.

This was a triple-perspective case. The participating family member was the patient’s sister. The nurse, physician and family member all considered the situation to be difficult. They all pointed to the intrusion of the judicial process as a source of disruption and an added burden. The physician was upset that the body could not be moved from the resuscitation room while critical patients crowded the ED. The nurse was angry that the normal “flow of care” that usually surrounds the family was interrupted. She felt strongly about the consequences that not having viewed the body would have for the family’s bereavement process. She felt that the fact that she could not “clean and prepare the body” for viewing by the family led to their decision. In her interview, the family member confirmed the nurses’ apprehensions (see Table 5, statement # 2). She felt a lack of closure as a result of not seeing her brother a last time. However, given the conditions imposed on them, she did not want her last memory of her brother to be of him slain and bloody.

Case 2 (KEM)

A 52 year-old previously healthy woman fell suddenly to the floor in her home. Her husband heard her fall. He called 911 and was instructed to begin CPR. She was in cardiac

Healthcare providers’ strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

arrest when the ambulance technicians arrived. She was taken to the hospital where asystole was confirmed. Attempts at cardiac resuscitation were unsuccessful, and she was declared dead 14 minutes after arrival.

The physician and nurse notified the husband of his spouse's death minutes later. The husband had not expected it and his initial reaction was one of disbelief (see Table 5, statement 3) followed by shock. Minutes later, as he began to assimilate the news, he became despondent and fell mute. He was unable to function. When his two daughters, aged 27 and 14, arrived 30 minutes later, he was sad and crying. He was still unable to talk and answer their repeated questions about what was wrong. He just held his daughters in his arms and cried. At this point, the physician had already left, and the nurse ascertained that the father would not be able to tell the children about his spouse's death. She therefore decided to inform the daughters (see Table 5, statement 4). Upon hearing the news, the younger daughter felt weak and had to sit down. They joined together in a sad embrace. The nurse left to allow for undisturbed family interaction (see Table 5, utterance 5).

When she returned 10 to 15 minutes later, the father was talking again. He was describing the dinner he and his wife had had with friends on the previous evening and the recent events that led him to call 911. He voiced his anger with religious beliefs, demanding an explanation for the unexpected death of his previously healthy wife. He displayed some physical agitation, pacing back and forth. He also expressed concern about his capacity to raise his teenage daughter alone. The nurse asked them if they wanted to see the deceased. The husband and younger daughter were not yet ready to do so, but the older sister went. She had physical contact with the body, stroking her mother's hair and uttering some words. The nurse stayed some distance away to give her some privacy while discreetly ensuring that her assistance was not required. The daughter stayed 5 minutes and left, apparently relieved. She came back minutes later with her sister and father, who were now

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

ready to see the body. The man was now calmer. He was no longer restless. The nurse left to give them some privacy. The nurse used the husband's earlier questions about the cause of death to raise the issue of an autopsy. The family agreed to the autopsy but declined organ donation. Because there was speculation about the cause of death and the woman was relatively young, the coroner was notified. The family left the ED about 2 hours after arriving. By then, they were composed.

This was a dual-perspective case. During his two-hour stay in the ED, the husband displayed several of the affective states commonly associated with the stages of grieving: shock, denial, anger, sadness, disorganization, anxiety, acceptance (resignation).(4) The nurse was familiar with these stages and so could accept the shifting emotions and be supportive. Her intervention was made up of periods of support interspersed with periods of family privacy. She considered that notifying the children was a family responsibility. Upon establishing the father's inability to function, she assumed this duty. She found it to be the most difficult part of her intervention.

The healthcare providers considered this case to be fairly standard except for one thing: When the physician came in to deliver the news, he introduced himself and began to speak. Unusually, he was interrupted by the husband, who began to describe the events that had led to the current situation. The physician listened and then carried on the chronological account starting from the point where the husband's story ended.

Case 3 (LIN)

A 33-year-old, previously healthy divorced woman, who lived with her 4 year-old child and her mother, complained of substernal chest pain radiating to both arms shortly before fainting. The mother called 911 and initiated basic cardiac life support; the ambulance arrived 9 minutes later. The young woman was cyanotic, breathing agonally and in

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

ventricular fibrillation. She was intubated and defibrillated twice, but her rhythm progressed to asystole. She arrived at the ED 33 minutes later. She displayed pulseless electrical activity (PEA) rhythm. Standard advanced cardiac life support (ACLS) was continued along with volume infusion, intravenous amines and thrombolysis for suspected massive pulmonary embolus. Twenty minutes after arrival, cardiac ultrasound showed no contractility, and resuscitation efforts were halted.

The patient's brother arrived while resuscitation efforts were still under way. The reception clerk took him to the family room; the nurse went to meet him there. She told him that his sister's heart had stopped and that resuscitation attempts were under way. He was calm but seemed to understand that the situation was critical.

When the patient was pronounced dead, the nurse noticed some discomfort in the physician's demeanour and associated it with the fact that the patient was young. She told the physician that the brother already suspected that his sister was dead. After being introduced by the nurse, the physician started by asking the brother what he knew about the situation. The brother explained that his mother had called him and that he had been there to witness the ambulance technicians' efforts. The physician elaborated on his knowledge of the situation and explained what had been done since the patient's arrival at the ED. Moments before the physician's notification, the brother verbally confirmed that he understood (see Table 5, statement 6). The brother remained very calm and made no obvious emotional display. He talked about recent events. The physician listened for 10 minutes then excused himself, for he was being called to the resuscitation room for another patient. The nurse stayed to listen. When the mother arrived, her son broke the news. She had suspected it as well and remained calm. The coroner was notified. The family agreed to organ donation and to an autopsy to determine the cause of death.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

This was a triple-perspective case. The participating family member was the brother. He was quite stoic and rational, both in the ED and two months later during the interview. His behaviour made it easier for the healthcare providers (see Table 5, statement 7) who feel more discomfort when emotional displays are more blatant (see Table 6). However, the fact that the woman was only 33 years old and the mother of a young child was disquieting. The family broached the subject of organ donation before the nurse did. She described this as a rare occurrence, even though the patient carried a signed donor card. In this case, the physician started this death notification sequence by requesting input from the family member.

Case 4 (MOP)

A 43 year-old previously healthy man lost consciousness while seated in a chair at home. Paramedics arrived on site at 3:32 PM, 9 minutes after his wife called 911. He required defibrillation for ventricular fibrillation and intubation. He arrived at the ED 21 minutes later. His rhythm was found to be PEA. Further standard ACLS maneuvers proved unsuccessful. A cardiac ultrasound showed no contractility. He was pronounced dead 14 minutes after arrival. Information gathered from the paramedics revealed that the patient had consulted a medical clinic physician in the morning for new-onset shortness of breath and some chest discomfort. He had returned home with a prescription for a beta-agonist inhaler.

The wife and sister arrived at the ED 45 minutes after the patient's death and were met by the physician-nurse team. The physician gathered information from the family on the events preceding the patient's arrival in the ED and went on to disclose his death. The wife burst into tears. The sister had a more intense, though typical, reaction that included crying and screaming. The coroner was notified. The family left the ED after viewing the body and providing information for the necessary administrative tasks.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

This was a dual-perspective case. Our interviewees considered it quite typical in its presentation and in the family's reaction. The main difficulty for the health providers was how to provide a sensible and truthful explanation of the patient's death in the context of the patient's medical consultation that very morning. Although the earlier visit seemed likely to be directly related to the death, information about it was incomplete since no record was immediately accessible. The inevitable question about whether the patient's death could have been prevented was difficult to answer factually (see Table 5, statement 8). The physician tried to remain noncommittal while being careful not to appear as if he were trying to hide anything (he was not). A final answer would have to wait for the coroner's report.

Table 5: Verbatim interviewee statements

*Statements marked with an asterisk are translated from French.

#	Case	Statement
1	JAL- IN	[A]s soon as the doctor said the patient had passed away, the lady threw herself onto the ground. It was a panic attack. She was really in a state of total shock.* RETURN
2	JAL- FA	You know, I found it hard that we weren't able to see him in the sense that, not that we weren't allowed—they allowed us. I didn't want to go see him... they couldn't touch him, so he had the blood on him that he had because of his cut... I guess I didn't have my closure of seeing him there in hospital... That was hard; to let go and leave him there and not see him, besides the awful news that we got. RETURN RETURN to stage 6
3	KEM- IN	The man didn't believe she was gone. It's like he really had a shock when he was told. Of course, he wouldn't admit it. "It can't be! It can't be! She was in good health! Why all of a sudden?" * RETURN
4	KEM- IN	I thought it wasn't necessarily appropriate for the doctor to come back then to tell the daughters since the father already knew. I thought it was really up to him. But I think he didn't have the heart to do it, so I didn't impose, but I think I evidently had to do it. That's the hardest part, I found.... But I think it was up to me to do it because I'd developed a relationship with the man, and I saw... In my assessment of the situation, I think the man wouldn't have been up to it. He hadn't gotten there yet. In his mind, it wasn't entirely settled that she had passed away. I think he hadn't gotten to that stage yet.* RETURN
5	KEM- IN	I think it was something that had to be settled within the family. For my part, I saw myself as an intruder... and I felt that everyone was relatively

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

		safe because they had expressed... at any rate they'd gotten the news and reacted.* RETURN
6	LIN- IN	[The doctor] said: "You got home. You saw your mother had given her CPR. Your mother had already been doing it for some time when the ambulance attendants arrived. After that, they used a defibrillator. At the time... at first she had a pulse, but afterwards she didn't anymore. At the hospital, her pulse came back a few times, but not for long. We kept at it. We tried our best. We did everything because of her age really, but..." In the end he was the one who said: "So, finally, what you're telling me is that my sister is dead."* RETURN
7	LIN- IN	[T]he composure for a young woman of 33 was really impressive from the outset. I wasn't expecting it, so basically it was kind of easier than it might have been for another 33 year old.* RETURN
8	MOP- MD	I'd already had some disturbing information about this case because I'd been told he was a man with no previous history and that he'd been having trouble breathing and pain in his chest for 24 hours—this information came from the paramedics who'd gotten it from the family—and that he'd been at a clinic a few hours earlier, where he got a beta-agonist pump. Then he came home and was in the kitchen and said: "Oh, I'm having trouble breathing" Then he suffered cardiac arrest. So that means that what I fear is... I know full well that the family is going to ask me probing questions about what caused it and whether it all might have been different if the clinic had acted differently. Obviously, the family could see things that way ... I have to be careful because if you try to ... you can't defend the physician because you don't know what happened... Even if you're neutral, it's seen as if you're trying to defend [him], you're trying to hide things. But you can't jump to conclusions if you don't have the information. *

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

		RETURN
9	LIN- FA	Of course ... clearly, from the moment they brought me into the small room, I liked it a little less ... Just that fact alone makes it clear that it's really something serious. * RETURN
10	JAL- IN	That's the stage I sometimes don't like much because for some doctors it's not so important to go see the family right away. For my part, I think the family has priority in these cases, but not everyone shares that opinion. Personally, I find that when I go see them to tell them the family's arrived, that should be the priority.* RETURN
11	KEM- MD	I say: "Hello, you're Mr. So-and-so, Mrs. So-and-so's husband?" He'll say "Yes." "I'm Dr X. I'm the emergency-room doctor. As you know, Mrs. So-and-so was brought to the emergency. You found her unconscious. Blah, blah, blah. Some procedures were performed. The paramedics arrived with her, and we made attempts to resuscitate her in the emergency room, but they didn't work. So, unfortunately, Mrs. So-and-so passed away."* RETURN
12	JAL- MD	P: When I tell them about the death, I let them react... I think I have to give them a little time to react because some of them, sometimes, don't react much. Some of them have questions to ask me... After that, I sort of keep quiet to see what they're going to do because some of them don't feel like talking. Some of them feel like talking amongst themselves. Some of them want to ask me questions because they want more details. But some of them just want to cry, and they need a little time to pull themselves together if they want to ask questions. Usually, I don't say a word. I wait, and I let them react. Int: How long does it take for them to pull themselves together? P: Once I've told them, one or two minutes. * RETURN

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

13	JAL- FA	<p>Interviewer: Do you remember approximately how much time the doctor was in with you at the time when he came to see you?</p> <p>Participant: I'd say, I don't know. Time feels like a weird thing, but I'd say maybe a good half hour. A half-hour, probably. RETURN</p>
14	MOP- IN	<p>I have a tendency for this type of sadness, of grief, to get to me. It bothers me more than big outbursts. But “I’m throwing myself against the wall and punching the wall and hurling myself onto the ground!”—that leaves me cold. It leaves me unmoved. It doesn’t touch me.* RETURN</p>
15	JAL- MD	<p>And I respect that too. As far as I’m concerned, those are their feelings... Their feelings aren’t mine; they’re theirs. So you can have whatever feelings you want. In any event, you take things how you want. You’re the one who’s experiencing the death, not me, really. So, as far as feelings go, I’ll just do what I can for them to be comfortable with it. But, whatever the emotion, it’s not important to me.* RETURN RETURN to compassion</p>
16	JAL- MD	<p>It’s always a big downer on a shift. You’re working. You’ve got the adrenalin flowing. And when you’re working on the case, you’re operating on adrenalin. Then after a death or after a big case is over, it’s like you’ve peaked. Afterwards, there’s like a big down and then it’s hard to get back to work.... You feel deflated ... You almost practically can’t get back into it anymore. It’s just a matter of energy, not that I necessarily feel bothered or feel bad.* RETURN</p>
17	JAL- IN	<p>I like it when doctors aren’t too technical. I’ve seen some doctors who are too... who really use medical terms. The family doesn’t understand a thing. And then afterwards they start firing their questions: “I didn’t understand this. I didn’t understand that.”* RETURN</p>
18	LIN- IN	<p>Of course, you try to find... Generally, there’s always one person there who’s calmer and will help you.* RETURN</p>

Healthcare providers’ strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

19	JAL- MD	Some people have a strong reaction. Sometimes, there are people who punch the walls, some who get angry. Then it often even happens that when some people get angry or ... worked up, someone else from the family will get up and say: "Hey, calm down!" Often, they'll manage themselves, and I'll wait.* RETURN
20	JAL- IN	Afterwards, I had less contact with the wife, because the brothers-in-law and sisters-in-law took the lead.* RETURN
21	LIN- FA	There's also the fact that I'm the one who told my mother my sister had died. My mother knew, but the fact of telling her... Because I didn't want it to be someone else who told her. I didn't want it to be the doctor. I didn't want it to be the police. I did it.* RETURN
22	JAL- FA	They were very gentle. The doctor told us the news. I mean, you know, he tried to tell us in the most delicate—I think—way, although he was very sad and serious, he was very delicate in saying it and announcing it to us, even when I kept looking at him like the news sounding so final, I thought, ok well, next, it's going to be really bad but when he said he had died, he well, he just announced it and for him, he just sat there. He didn't know what to say. RETURN
23	JAL- FA	She tried to come close to us and give her sympathies and try to calm us because at that point, you can imagine, my sister-in-law went nuts and we were all breaking down crying and we couldn't believe it. But she was trying to be sympathetic by kneeling next to us and trying to keep us calm and just try to be soft with us and that was really it, you know. RETURN
24	JAL- MD	Int: How long does it take for them to pull themselves together? P: Once I've told them, one or two minutes...* RETURN
25	JAL- MD	Two minutes ... I'm not saying they aren't grieving, but by then they've more or less accepted it, and then they start... What happens is that they've

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

		<p>more or less accepted it, in a manner of speaking, and then usually they, the family, start to talk among themselves: what they're going to do and all that. I say to myself: See, they've already got past the medical side of things, in which the death was announced and they're discussing things... Now it's become a family matter, it's really come down to family support, so, already, I see, if they have any immediate questions, they ask me. If not, the families start to talk among themselves, and they don't ask me any more questions. So I feel that I'm no longer much help. But I think that's okay, I think it's all right because I tell myself: They're taking themselves in hand now and getting organized. And basically, that's what I want: for them to take themselves in hand and get organized. And what they'll do is support the person, and that's just what they have to do.* RETURN</p>
26	JAL-MD	<p>I have a medical phase. I have a phase in which I'm ready to take questions. Then I announce the death. Then a phase in which I'm a lot quieter, and I stay empathetic and open to what they have to say to me, to comments, questions, all kinds of things. And, after that, there's a phase when they actually get organized among themselves.</p> <p>Int: When you see the family getting organized...</p> <p>P: I say to myself: I've done my part.* RETURN</p>
27	LIN-IN	<p>P: When the family arrives, you see that they go to... Say the person who's there, say there are two or three of them, then they don't see you anymore. They don't see you anymore...</p> <p>Int: You become like an external actor.</p> <p>P: Yes. And you feel you're in the way. I feel I'm in the way. That's always more or less what happens: They hug one another. They talk. There are prayers.</p> <p>Int: They interact with each other, and you're like outside the circle.</p>

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

		P: Yes. So then, at that moment, I say: “I’ll leave you alone.” And then I say, “You can take as much time as you like. If you have any questions, call me.”* RETURN
28	LIN- MD	I’m sure the families really want to... When you go in, what they want to know is whether or not he’s dead... It’s clear But I’ve never had patients tell me ... who’ve rushed things. Often I take... I introduce myself and ask them: “What do you know about what’s happened? What happened at home? Was she known to have problems? But nobody’s ever said: “Listen, is she dead or isn’t she?”* RETURN

LEGEND: The first three letters identify a case. The last two represent the interviewee’s role: MD = physician, IN = nurse, FA = family member

Synthetic results

The eight healthcare providers (HPs) we interviewed had considerable experience; among them, they had 142 years of emergency department clinical work and had attended over 2000 self-estimated death notifications. We purposely asked them to compare and contrast the index case they managed with other typical and extreme cases they had previously encountered. We used these synthetic accounts to answer our four research questions (objectives).

Detecting healthcare providers' underlying death-disclosure strategy in the ED

At first, most healthcare providers voiced the belief that their approach to death disclosure in the ED was “ad hoc.” They did not conceive of having a standard structure. However, by the end of the interview, three of them said specifically that they had come to see that they did indeed have one.

The interviews revealed that the HPs perceive the stay in the ED as divided into three periods and eight stages:

- A. Pre-notification period
 - 1. Patient's arrival
 - 2. Family's arrival
- B. Notification period
 - 3. Death notification
- C. Post-notification period
 - 4. Acute grief reaction
 - 5. Informing, answering questions and transferring family care to the nurse
 - 6. Viewing the body
 - 7. Recovery and administrative duties
 - 8. Discharge

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

The nurse is involved in every stage. The physician's presence is usually limited to stage one with the patient and stages three to five with the family.

The first stage, the patient's arrival, is medical in character. Despite some tension, the HPs actions are guided by their ACLS training and regular ED teamwork. Experienced staff members have little difficulty managing this stage.

The second stage, family arrival, may overlap with (though it seldom precedes) the first. When it does, the nurse meets with the family to greet them, give them information about the patient's status, assess their emotional status and their level of suspicion that death may be the outcome. This encounter usually takes place in a private "family room." Segregation of the family from the other people in the waiting room is the first warning sign that something serious is happening. Both family members interviewed clearly took this as an ominous cue (see Table 5, statement 9). Even though it made them more anxious, in retrospect they felt it was appropriate since they appreciated the privacy for what ensued. During resuscitation, the nurse may make several visits to update family members (if they are not at the bedside) and prepare them for the imminent news. Some physicians make an effort to meet with the family while resuscitation is under way to warn them of the impending outcome, but it is possible only if they have another physician assisting them.

The third stage is death notification. This intervention is usually carried out by the physician-nurse team working as a unit. Normally, the physician delivers the news. In some circumstances, the nurse will do so, most commonly if the physician is not immediately available because of other critical ED patients in need of care. The nurse will break the news to the family to avoid delay. Nurses in our sample felt very strongly about not making relatives wait once the patient is pronounced dead (see Table 5, statement 10).

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Before seeing the family, the physician gets into the appropriate emotional state, reviews the chronological and medical facts of the case and is briefed by the nurse who has already met the family. Two of the four physicians said they always sit down after the initial introductions. Three physicians said that they start the conversation with a question and ask the family what they know or what happened. They then pick up from where the family account leaves off to describe what followed. One physician proceeds directly to an account of events in chronological order. In the index case 2, however, he was interrupted by the husband who started to describe the incident, an exceptional occurrence in his experience. This seems to be the only aspect about which there is wide difference between our sample and the external validation group; none of the 5 physicians in the validation group starts the interaction with the family by asking a question.

All physicians use paraverbal signs to convey gravity. They speak more slowly and in a lower tone of voice. Some were unaware of this behaviour, but when asked to repeat what they told the family during the interview, they spontaneously modified their tone of voice and rate of speech. The content of what they say reveals a stepwise progression (giving warning signs) before breaking the news (see Table 5, statement 11). Usually, four steps are involved: describing the patient's critical condition on arrival; in layman's terms, describing the thoroughness of the resuscitation efforts (not giving a thorough description); using a word or sentence indicating defeat ("unfortunately"); delivering the news using an unequivocal term. All of them use the word "dead" or "deceased" and then, stop talking. The physician in case 3 stated that he tends to take a little time before speaking the word "dead." He admits that, rather than verbalize the news himself, he tries to get the family to draw the correct conclusion and say their relative is dead.

The fourth stage, the acute grief reaction, is a source of apprehension for HPs. Family members display a variety of emotions and reactions, and HPs have to be able to adapt their approach accordingly. Sadness, disbelief, anger, despair, confusion, anxiety, and guilt are common. During the spike of psychological pain that immediately follows disclosure, the family members are oblivious to their environment. According to our participants, this peak lasts two minutes or less (see Table 5, statement 12). No interaction is then possible. The only option is to stay in the room and remain silent until the reactions become more subdued. Once physical agitation decreases and/or verbal expression resumes, interaction is again possible.

At this point, family members commonly have a need to talk and recount the events of the day leading up to their relative's death. Listening is the natural response. The family members organize the information as they speak. They begin to ask questions: What was the cause of death? Was death avoidable? Did their relative suffer? What comes next? The physician customarily answers questions like the first three. The nurse handles questions about administrative tasks, viewing the body and other procedures to follow. When the family starts asking questions about the future, it is a cue to move on to the next stage.

In the fifth stage, the physician gives medical information and answers family members' questions. When the family has no more medical questions, the physician transfers continued family care to the nurse, offers his condolences and leaves. Some physicians discuss an autopsy and organ donations before leaving, while others do not. If they do not, the nurse raises the issues. Some physicians offer to come back later to answer any further questions the family might have.

Similarly to what others have reported (24, 52), the estimated usual duration of the physician's presence with the family appears to be 5 to 10 minutes. The physicians' Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

estimates tended to be at the higher end of the range more than the nurses'. In case 3, the physician's estimate was 6 minutes; the nurse's 5 minutes, and the family's 5 minutes. In case 1, the corresponding estimates are 10, 10, and 30 minutes, respectively, although the family member shrewdly realized that time was probably distorted (see Table 5, statement 13). In this last case, the physician was seated.

Viewing the body is the sixth stage. Either the family will ask or the nurse will make the suggestion when she sees that the relatives have sufficiently regained their composure. She will make the proposal more than once if the relatives are not ready, but ultimately she will respect the survivors' decision. All the nurses considered viewing the body to be an important aspect of the bereavement process. The family member we referred to in case 1 above concurs (see Table 5, statement 2).

The seventh stage is dedicated to recovery and administrative duties. It is characterized by a family that is less emotional, more rational, more composed, and more organized. During this phase, the nurse (rarely the physician at our site) addresses the sensitive issues of organ donation and autopsy. In case 2, the nurse had "banked away" information from the patient's husband. He sought clarification about the cause of death. The nurse used this as an opening to suggest an autopsy. In case 3, the family was exceptional in that it asked about organ donation before the nurse did. The nurse already knew the patient had a donor card. Such information helps in broaching the issue with the family. If the patient does not have a card, it still may be easier to approach the subject by asking whether the patient had ever expressed any wishes regarding organ donation, thus placing the family in the role of surrogate. This slight shift in perspective might facilitate the decision; the family members are trying to reproduce their loved one's decision rather than making the decision for him.

The eighth stage ends the ED visit as the family leaves. Written information is handed out, and the patient's belongings are returned. Three of the nurses interviewed plan on a two-hour ED stay for the family to go through the stages described, while allowing for some flexibility. The families are told early on about the timeframe, which appears to suit most of them. One nurse does not set any time limits and "navigates" the episode in accordance with the family's progress.

The details of the synthesis of physicians' interview results regarding the strategy of death notification are set out in Table 11 in Appendix 1.

Understanding the death-notification experience of physicians, nurses, and family members in the ED

Difficulties

The HPs interviewed outlined the characteristics of cases that make delivering bad news more difficult for them; these are summarized in Table 6. All or most of the HPs agreed that the death of a child and overwrought reactions with physical agitation by family members are tough for them. Cases of the first type trigger a sympathetic sadness that they find very trying. In contrast, unrestrained reactions give rise to an emotional distance. Three nurses were very clear about the negative effects of overwrought reactions on their emotional state (see Table 5, statement 14). To keep himself from reacting negatively, the physician in case 1 would reframe a family's overwrought behaviour (see Table 5, statement 15). He respected the reaction by reminding himself that it belonged to the person expressing it. He consequently felt no need to judge it or take a position on it. He simply accepted it and

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

avoided making comparisons. Such a posture may be easier to maintain from an empathic standpoint than a sympathetic one.

Interestingly, the negative associations with a family's overwrought reaction were not apparently due to fear of physical harm. All the HPs claimed they had rarely, if ever, felt threatened or targeted by a family member's anger.

The transition from a tense resuscitation case to delivering the news of death can also be difficult. Physicians furthermore experience a feeling of deflation when they return to their duties after a notification (see Table 5, statement 16).

Table 6: HPs' description of characteristics that increase the difficulty of delivering bad news

Death of a child or a young patient (as in case 3)
Death of a patient who was alive on arrival and deteriorated acutely in the ED
Death of a patient who had a recent medical consultation (as in case 4) and/or received an erroneous diagnosis
Medicolegal or judicial context (as in case 1)
Identification with the patient or the family member
Families who are overwrought or react with physical agitation.
When physician has no idea of the cause of death.*
When family member has no idea of the possible outcome / There is hope in a family member's face.*

* Input from the external validation group

[RETURN](#)

[RETURN](#) to case 3 description

[RETURN](#) to external validation

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Roles

Most (146 or 92%) of the ED death notifications during the study period were delivered by a physician-and-nurse team who together met with the family. Of the other 13 notifications, four were delivered by the physician alone and seven by the nurse. Four of the latter were expected deaths. One case occurred at the end of a shift with more than one physician-nurse team involved. In the other case, the record was incomplete.

Although there has never been any formal discussion in the department about specific responsibilities for physicians and nurses, there seem to be clearly delineated (albeit implicit) boundaries. Most of the interviewees agree that the physician should deliver the news, except, perhaps, when he is not immediately available. One nurse felt comfortable enough and ready to expand her role to break the news in other situations as well. The participants also felt that the physician should explain the medical procedures that were performed and answer questions about them and about the cause of death.

All the HPs perceived physicians and nurses as playing complementary roles. The nurse is seen to have the role of meeting the family members upon arrival, preparing them before notification and supporting them afterwards. She provides continuity of care and makes sure family members understand things. She often clarifies, explains or repeats what the physician has said since the relatives are often overwhelmed when they first receive the information. If the physician delivers the news of death properly, it is easier for the nurse to fulfil her role (see Table 5, statement 17). If the physician uses layman's language, the nurse is asked fewer questions after he leaves. Nurses have commented that it is sometimes difficult to get the physician to go back to meet the family a second time.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

All agreed that the nurse is better placed to deal with affective issues. Lack of time, discomfort on the part of the physician (mentioned by nurses but not by any of the physicians), lack of a perceived benefit of emotional involvement by the physician, and the belief that such an intervention is not part of the physician's role were the reasons given by HPs to explain the avoidance of emotional involvement by physicians in a previous study.(49) The external validation group added that any emotional involvement would be insincere.

Interestingly, while the dual coding of the interview transcripts was being run in, the female emergency nurse (FT) recognized more than twice as many affective statements as the male emergency physician (PAL) in the same transcript. This situation was corrected after discussion. The difference appears to have been due to the physician's failure to recognize some of the affective content. The relative lack of emotional involvement by physicians may therefore be explained by a difference in perception related to role or to gender.

As our cases illustrate, in the study institution the nurse may also have to deal with legal constraints, such as those entailed in notifying the coroner, for example.

There is a significant difference in perception between nurses and physician with regard to one matter. Nurses were adamant that as brief a time as possible should elapse between death and disclosure to the family. Physicians do not seem to view the issue with the same urgency. This is the main consideration that pushes nurses to take action and notify the family of their relative's death. This finding has been reported in other contexts.(55) Furthermore, the family member in case 3 backed up the concern the nurses expressed by making a recommendation based on his ED visit: try to make this period of anxious waiting as short as possible. Both family members interviewed said that being in the family room, though in the end appropriate, made them uneasy.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Families play a critical supporting role (see Table 5, statement 18). They also settle down overwrought members (see Table 5, statement 19). When the support function is handled effectively by the family, nursing interventions tend to be more discreet (see Table 5, statement 20). The immediate members of the family who are given the news will also pass it on to the rest of the relatives (see Table 5, statement 21). However, in case 2 the nurse judged that she had to step in and assume this function since the husband appeared too impaired to do it.

Family needs

The two family members interviewed were very satisfied with the care they received in the ED. They contributed little information in terms of describing their needs, whether met or unmet. The brother in case 3 wanted to know the cause of death in order to evaluate a possible genetic predisposition he might suffer from. He appreciated the fact that, although the nurse was supportive and made several visits, she was not intrusive and gave them private time alone. He recommended minimizing the time spent in the family room before delivery of the news. As noted above, the sister in case 1 felt her need to view the body was unmet because of legal constraints. Apart from the legal issues, she remembered what the physician said before delivering the news (“the step-wise approach to delivery”). However, her recollection of her ED visit was largely focused on the paraverbal and nonverbal aspects of her contacts. She mentioned the physician’s soft tone of voice, considerate facial expression and seated position (see Table 5, statement 22). She recalled the nurse’s availability, particularly her comforting attitude, physical posture and proximity (see Table 5, statement 23).

The HPs identified what they felt were the important family needs they try to address:

- Obtaining information about the cause of death
- Having questions answered
- Having guilt feelings arising out of a perception of having acted improperly or with insufficient speed at home allayed
- Knowing that everything possible was done to save the loved one's life
- Knowing that the patient did not suffer (when appropriate)
- Allowing the expression of one's emotions
- Formulating one's experience of the events and recounting it to another person

The HPs also noted that they try to adapt their intervention to the family's rhythm. We specifically inquired about what signals they consequently look for. When the HPs say the word "dead," marking the entry into the fourth stage, they pause while the family members normally react with crying, screaming, disbelief, or some other emotional display. Interaction is not possible during this period, which our HPs estimate to last from 1 to 2 minutes (see Table 5, statement 24). Only a passive presence is needed except in the event of extreme reactions that may require an intervention to prevent injury. The indicators that this spike is over are a decrease in psychomotor agitation and the resumption of verbal exchanges between family members. Communication with the HP team is re-established shortly afterwards. The signal may be a family member asking one of the HPs a question; or family members may simply stop talking and become available as they turn to the HPs. The family also shows signs of internal reorganization (see Table 5, statement 25). Alternatively, some HPs may resume contact by asking whether there are any questions. The physician answers all medical questions. Questions about what happens next, viewing the body and administrative requirements are best answered by the nurse. The physician takes his cue to transfer care to the nurse when the only remaining questions are of the latter type, the family's emotional reaction is contained, and reorganization is under way, (see Table 5, statement 26).

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

During this fifth stage, the nurse will listen actively, answer questions, explain, comfort and attend to the family needs listed above. At the same time, she collects information on family values and perceptions to help tailor her introduction of the subsequent steps (stages), especially her approach to the subjects of autopsy and organ donation. The family's assimilation of the news of their relative's death is confirmed when they request to see the body and ask questions about the future, indicating their readiness to pass on to the following stages.

In the sixth (viewing of the body) and seventh (recovery and administrative) stages, the nurse will alternate between providing support by looking in on them frequently and allowing them "private time." She "reads" the situation to decide when to leave the family. When she takes the family to view the body, she waits to make sure they are settled and then leaves. The cue is ordinarily when she feels like a stranger or outsider in the unfolding situation (see Table 5, statement 27). This is obviously a judgment call on her part, requiring minimal social skills and self-awareness. Similarly, in stage seven she takes it as a signal to grant the relatives "private time" when their discussions revolve around family organization.

Identifying the educational needs of healthcare providers in the area of sudden-death notification

The third objective of this study was to identify the educational needs of HPs. Delivering news of death to a family in the emergency department calls upon several competencies that are in line with the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada's CanMEDS roles framework.(56) The "Communicator" and "Collaborator" roles are central to such endeavours, and some aspects of the "Professional" and "Manager" roles also come into play. In the last column of Table 13**Error! Reference source not found.** in Appendix 3, we propose an operationalization of CanMEDS' key and enabling competencies in the context of death notification in the ED.

However, a list of educational needs and competencies is not enough. It leaves too many loose ends and lacks hierarchy and direction. We felt it failed to fully and properly represent our findings. The CanMEDS framework is generic and flexible enough to include situations such as delivering news of death in the ED. Though it was not intended to refer to specific contexts, context is essential to the development of a competency.(57, 58) We consequently proceeded to construct a model based on our data. The model is described in the discussion below.

Healthcare providers' interpretation of concepts mentioned in ED literature: flexibility, compassion and physical contact.

Many authors mention flexibility and compassion as important qualities HPs should possess to deal with bereaved families.(3, 4, 22, 25, 45, 46, 51, 59-61) We asked the HPs for their interpretation or an operational definition of these attributes.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Flexibility

Flexibility appeared to be a paramount factor for the HPs. The study and validation groups were unanimous in attaching great weight to flexibility and in rejecting the imposition of a protocol for delivering news of death. A protocol was seen as too rigid and too mechanical; it would curtail interaction with the family and might increase HPs' stress if they were to stray from it. All insisted on the importance of navigating the situation by taking their cues from the family's behaviour and responses.

The HPs' definitions of "flexibility" are listed in Table 7. The concept revolves around attentiveness to cues from the family and adapting one's rhythm and interaction accordingly. Flexibility may conflict with a physician's agenda and strategy for disclosing death. We therefore tested the physicians' commitment to either approach in what might also be perceived as a test of the dialectical tension between clarity and compassion (see the Discussion section below). We asked the HPs what they would do if they started their introduction to the notification and a family member asked them directly whether the patient was dead. Such situations are rare in our interviewees' experience, except for the physician in case 4. His particular approach was to foster such a response; he admits that he purposely attempts to get the family to conclude and verbalize that the patient is dead. Two physicians would answer the relative's question; two would persevere with their notification sequence (but might accelerate it). The four nurses were equally divided between the two approaches. For the HPs in our external validation group, the situation seems to arise quite often, and all of them would answer the question.

Nurses are able to handle most of the questions that families have after the physician's visit. Physicians' openness to returning to answer any further questions the family may have

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

forgotten is a nice demonstration of flexibility. They rarely need to do so, but the gesture is appreciated both by the family and by nursing colleagues.

Table 7: “Flexibility” as defined by healthcare providers

Modulating one’s activity in accordance with perceived family needs.
Respecting families’ rhythm / Not attempting to direct or control the grieving process.
Respecting and accepting families’ emotions and reactions.
Paying attention to families’ immediate needs (e.g. providing paper tissues, making a phone available)

[RETURN](#)

Compassion

The working definitions of “compassion” suggested by the HPs are listed in Table 8.

“Listening” and “empathy” (as opposed to “sympathy”) are the most common ones they give. In fact, all the members of the study and validation groups thought the term “compassion” inaccurate because it connotes excessive emotional involvement and identification (sympathy). They preferred “empathy,” which implies an understanding of and sensitivity to affective issues coupled with professional distance. Such distance avoids too deep an identification that might impair the HP’s action. As noted with regard to the physician in case 1, maintaining emotional distance may allow one to understand and accept families’ reactions without being judgmental (see Table 5, statement 15).

Table 8 “Compassion”* as defined by healthcare providers.

Empathy, defined as a professional and intellectual understanding of emotions (as opposed to sympathy which would entail sharing the emotions)
--

Healthcare providers’ strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Accepting and respecting the families' emotional reaction

Listening (as the family talks about the deceased, the events of the day, their feelings, etc.)

Paying attention to families' immediate needs (e.g. providing paper tissues, access to a telephone)

*Comment: The HPs felt the term "compassion" was inappropriate in these circumstances.

[RETURN](#)

Physical contact

Some authors insist on the importance of physical contact.(19, 62-65) Not all family members appreciate it, though, and apart from handshakes, it is uncommon among the study physicians. Nurses have greater physical proximity and will undertake physical contact with family members, albeit selectively. They initiate it as a comforting gesture when they perceive it is needed, most often with a lone, elderly family member. Sitting sufficiently close and offering paper tissues allow family members to initiate contact if it is needed. When more than one family member is present, the need for physical contact is fulfilled by the family when they hug each other.

While the literature seems to imply that anger directed at HPs is not uncommon,(1, 64) the study interviewees have rarely—if ever—felt threatened or targeted by angry family members. None has suffered physical violence in such circumstances.

Results from the validation groups

The results were reviewed with three validation groups: a local group of 9 nurses, a local group of 12 physicians and an external focus group of 4 nurses and 5 physicians. To Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

enhance the credibility (internal validity) of the results and ensure that our interpretation of the contents of the interviews was consistent with the local HPs' actual clinical experience, the findings were presented to the two groups from the recruitment centre. To enhance the transferability (external validity) of and confirm our findings, the main results were presented to a group of healthcare providers working in another ED.

Local validation

Since the principal analyst (PAL) is a physician who possesses thorough knowledge of the environment in which the study was conducted and has worked in this ED for more than twenty years, it is hardly surprising that both groups from the recruitment centre fully confirmed our interpretation of the results. We extrapolated from the results to go beyond a mere description of the eight stages to try to encompass the nurses' overall experience of the family's stay in the ED. We presented this "overall objective" to the local nursing validation group and summarize it in the Discussion section below.

External validation

We undertook external validation with regard to specific questions (see Appendix 6) raised by the data and the analysis with a group of HPs working in another city. The nurses in the external group had a mean 20 years' experience (range 13-37); the physicians had a mean 21 years' experience (range 3-37).

The focus-group members confirmed that most of our findings were representative of their clinical experience. They concurred with the description of the eight stages of delivery except for one point: sometimes the family gets to the ED before the patient.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

There was full agreement with our research interviewees on the following points:

- Most death disclosures are made by a physician and nurse working as a team, with the physician usually delivering the news.
- The use of the word “dead” or “died”
- The definition of flexibility.
- The great importance of flexibility and of reading the cues given by the family.
- The inappropriateness of using a strict, “mechanical” protocol that would defeat the objective of flexibility.
- The estimated time the physician spends with the family: 10 minutes by the physicians’ estimate; 5 minutes by the nurses’ estimate.
- “Compassion” and “sympathy” convey excessive emotional involvement, which is counterproductive when dealing with bereaved families. Empathy and respect are the appropriate professional response.
- Touching of family members is selective; it is more common when dealing with elderly women.
- The characteristics that make delivery more difficult (see Table 6)
- When to re-establish verbal interaction after the notification pause: when the family looks at you or starts asking questions, i.e., when it re-engages.
- When the physician feels it is time to leave the room: when there are no more questions for him to answer; when family is ready to see the body.
- Tasks that are part of the nurse’s role: meeting the family in the family room on arrival and inquiring about what the family knows of the situation; accompanying the physician for disclosure; providing continuity from delivery of the news to the conclusion of the family’s visit; answering questions after the physician leaves the room; explaining the logistics (what happens next); accompanying the family to see the deceased; the nurse is considered the main emotional support for the family.
- Tasks that are part of the physician’s role: delivering the news of death; giving information about the cause of death; answering medical questions; telling family members if the coroner needs to be contacted.

There were also differences between the focus group and the study interviewees.

Table 9: Differences between the external validation focus group and the study group

Characteristic	Focus group	Study interviewees
Physicians start disclosure by asking for a narrative from the family member.	None. (Physician gives the news as soon as possible)	Three out of four.
Physicians sit down, squat or kneel.	All.	Half.
Nurses deliver bad news.	Never. (It has never happened that a physician could not speak with the family members in a timely manner.)	Occasionally. (If physician is held up, and there is a delay)
Physicians ask the family if they want to see the body and, perhaps, join them for the viewing.	Some.	None.
If interrupted by a family member during a disclosure and asked if the patient is dead, physician would stop and answer the question.	All. This situation is common (50% of cases)	Half. This situation occurs rarely, if ever.

The bereavement officer we interviewed also worked in another centre, where she was responsible for hospital administrative tasks after families leave the ED. Over her eighteen Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

years in the field, she has met about a thousand families. In her meetings with them, their main concerns have revolved around cultural issues of ritual and respect for the body, knowing the cause of death, concern that the patient died alone, and practical administrative matters. She has been witness to the expression of a variety of emotions, greed and disorganization. She identified a family need to be listened to as relatives recount their perceptions of the events. Praise and complaints about ED HPs relate to the professionals' attitude, whether caring or callous, almost never to medical issues.

Discussion

There is no direct research evidence that the way in which news of death is delivered in the ED can improve or impede the bereavement process for family members.³ However, there is evidence that the family members remember the feelings evoked by the HPs' manner and attitude for months and years to come.(25, 26, 28, 32, 64, 66-68) Accurate information delivered in a caring way is remembered fondly; callousness and lack of information are associated with persistent bitter and angry memories.(28, 67, 68) It is important that we give families information and pay attention to our attitude while we give it, not only because doing so epitomizes our professionalism, but also because we do not want to add to the family's already heavy emotional burden.

Our data confirm our primary hypothesis: There is a structure underlying the delivery of news of death by healthcare providers in the ED. We have revealed that structure through our interviews and divided it into 3 periods and 8 stages. The 8 stages described are fixed and rigid in their chronological order. The flexibility referred to by our interviewees must,

³ PA Lachance. Master's thesis on delivering news of death in the ED. L'annonce d'un décès au service des urgences : une étude qualitative. Université de Montréal, 2011.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

therefore, manifest itself either within or in the transition between stages. A major problem in teaching empathic delivery of news of death in the ED is reconciling the rigidity of a protocol with the crucial flexibility and sensitivity our informants so strongly endorse. Flexibility, therefore, appears to be a central concern shared by all members of our validation groups and in the literature.(45, 46) It is, moreover, a concern that appears to be justified, given that one study conducted in another setting has shown that adhering to a “Do not resuscitate” form to improve physicians’ communication with families had precisely the opposite outcome.(69)

Educational models

Iserson has proposed a protocol that amounts to an extensive list of interventions separated into stages.(1) It serves as a useful reminder, but following a checklist is hardly an adequate mode of operation. Some healthcare providers have the required natural interactive and emotional skills to perform well in such social situations. The question is how to teach the ones who do not.

A few models have been proposed to teach this competency. Baile introduced the popular SPIKES model drawing on earlier work by Buckman,(9, 10) but it applies to the delivery of bad news to cancer patients. Hobgood offered the GRIEV_ING model, which applies specifically to the delivery of news of death in the ED.(7) Park proposed an adaptation for the ED that draws upon both models.(11) Quest suggests a procedural competency model with an extensive evaluation core based on principles from the Accreditation Council for Graduate Medical Education.(39) Benenson,(42) Tolle,(41) Pollack,(70) Hart,(71) and Schmidt(40) proposed educational interventions based on less descriptive models. The interventional steps cited in all these models and interventions are apparently based on a review of the literature and on local leaders’ opinions and feedback. However, the decision

Healthcare providers’ strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

rules for inclusion of the various interventional components are not stated. Wisten(26) created a model based on his empirical data and posited understanding and being understood as central concepts. Chan(59) looked at end-of-life models and concluded that they are difficult to apply to ED care.

We have inferred a model to teach learners from the analysis of our data. Merely learning the stages and sequence of notification would provide structure but would be insufficient. How does one teach flexibility? At a minimum, a learner needs to be able to “read” the social situation (input) and react appropriately and considerately (output). The stages follow a predictable chronology and so may provide some help in respecting a family’s rhythm. We thus propose a model (see Table 10) that incorporates the 8 stages, a notification sequence and *decision nodes*. The decision nodes introduce the necessary flexibility into an otherwise standard, fairly rigid structure. They entail an assessment of the family situation by identifying cues and taking action on the basis of this assessment. Decision nodes involve an evaluation of the family’s readiness in what we conceive as a binary system: ready/not ready. A healthcare provider should not move to the next stage before the family has completed the previous one. Focusing on the cues is a practical way for the beginner to learn an otherwise complex social interaction.

Table 10: Proposed model for teaching delivery of news of death in the ED.

Stage	Decision node
1. Patient's arrival	(Usual medical care, resuscitation)
2. Family's arrival	(Segregation in a "family room") Evaluate family members' relations with patient and how much they know about the situation. (usually done by the nurse)
3. Notification	Length of introduction based on nurse's assessment (in previous stage) of family readiness to hear the news. Then: Standard notification sequence (see * below)
4. Acute grief reaction	(Pause in respectful silence and listen) -Identify the moment when the peak reaction has passed. *Cue* = Physical agitation subsides and attempts at verbal exchange ¹ resume. Then, re-establish verbal exchange with family. *Cue* = family member looks at you and/or asks questions.
5. Informing, answering questions and transferring family care to the nurse	- Provide information and support and answer questions. -Identify the appropriate moment to transfer family care to the nurse. *Cue* = Agitation is controlled <u>and</u> there are no

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

	more questions, or all remaining questions relate to the future (what's next?), or it is the nurse's responsibility to answer them.
6. Viewing the body	<p>(Nurse's role)</p> <p>-If the family does not ask to see the body, readiness can be assumed once the news of death has been assimilated. *Cue* = There are no more expressions of disbelief or self-talk, and questions relate to the future (what is next?) rather than to the past (what happened to the patient?). The offer to accompany them to see their relative may have to be repeated since assimilation is an evolving process.</p> <p>-Allow the family private time with their deceased relative. *Cue* = The situation is safe, and the nurse feels like an outsider intruding on a special private moment.</p>
7. Recovery and administrative duties	Identify the appropriate moment to address administrative issues as well as organ donation and autopsy. This stage is characterized by a family that is less emotional, more rational, more composed, and more organized. *Cue* = The family has started to take charge. They are planning the future and how they are going to act and provide support to affected

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

	members.
8. Discharge	*Cue*: The family is rational and organized. Individuals who still are not are dealt with by other family members.

¹ Verbal exchange excludes expressions of disbelief and self-talk (e.g., “I can’t believe it”, “I talked to him yesterday”) that constitute ongoing assimilation of the news of death rather than attempts to communicate with others.

*Standard notification sequence:

Sitting, speaking more slowly and with a lower tone of voice

a. Ask the family what they know**; b. (Pick up the account from where family member’s stops and) describe events chronologically; c. describe the patient’s critical condition on arrival; d. in layman’s terms, describe the thoroughness of resuscitation efforts (do not attempt a thorough description); e. use a word expressing defeat (“unfortunately”); f. deliver the news using an unequivocal term (“deceased” or “dead”).

**[Step “a.” is omitted by the participants in the external validation group]

[RETURN](#)

[RETOUR](#) au mémoire (Discussion)

The above authors used a range of teaching media in the models and interventions they proposed: lectures,(7, 39, 41, 42, 70, 71) small group discussions on personal experiences,(7, 39-41) meeting with a survivor,(39, 41, 70, 71) role play,(7, 40, 70) simulation with a standardized patient,(7, 39-42, 70) debriefing/feedback,(7, 39-42, 70) video,(40, 42, 70) and real-time observation(42). These media are perfectly appropriate for teaching our model. Most lectures and small-group discussions in the other models appear to focus on bereavement responses, notification sequences, empathy, discussion of personal experiences, and meeting with a survivor. Dialectical tensions are another possible topic for inclusion in discussions. For practising HPs, debriefing and reflective practice would likely be more acceptable options.

The overall objective

We pursued the analysis with a reflection on the overall objective of the HP team when it assists a bereaved family in the ED(65, 72) in order to keep important issues at the forefront of consideration and add further flexibility to the model. The conceptualization of an overall objective would encompass and determine which of possible actions are taken during the family's ED stay.

When the nurses in our internal validation group were asked about the overall objective, the answer was "to make the family comfortable" or "to ensure a normal grief process." However, the former goal does not seem sufficient, while the latter hardly seems attainable during the family's short stay in the ED. The outcome of one's grief depends on many psychosocial factors in a situation that continues to evolve over several months. The long-term impact of the HP's team's handling of the brief ED visit is unknown,(3) and in any event, no outcome is available to provide feedback for one's actions. Given that feedback is an important part of competence building and performance improvement, how is an HP team to judge its performance?

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

For an answer, we introduced a conceptualization of the family's ED stay as an episode of disorganization/dysfunction that is partially resolved during the visit. We start with a functional family. Upon receiving the devastating news, it falls into a state of disorganization/dysfunction, in which decision making is often compromised, and support by HPs is needed. This support is not only emotional but practical as well: for example, helping contact other family members. When other family members arrive, they begin to assume much of the support function. The disorganization gradually passes as the family reorganizes itself and takes charge of its vulnerable members.

As personal and familial organization and function are built up, the nurse's support function is diminished, and her role becomes more administrative in nature. Her role thus seems to be to support family members in the initial stages and gradually transfer this support function to the family. The objective of the HP teams in the ED visit would then be to ensure that the family is minimally functional upon discharge. Such an objective is achievable during an ED visit and reduces the pressure on HPs that arises from attempting to avoid pathological grief. The successful transfer of the support function from the HP team to the family may thus be a realistic benchmark for evaluating performance. Sometimes individual family members, caught in intense emotional turmoil, may remain impaired throughout their stay in the ED. However, as long as other functioning family members can take charge of them, the family is considered functional even if some of its members are not.

This conceptualization can guide HPs' actions. It helps them determine when to be present and when to give patients "private time." It empowers the family by promoting an active role for its members, who become partners and resources in the process. The HPs' interventions to shape the outcome should thus complement, not inhibit, the family's role.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

The purpose of this conceptualization is to provide a setting in which the educational model operates to ensure greater flexibility and to keep attention focused on the family. This conceptualization was presented to the local validation group of nurses. Although they had never thought of their role that way, they considered it a valid and useful representation.

Dialectical tensions

Parker-Raley suggested focusing teaching discussions on the dialectical tensions that physicians face in end-of-life discussions.⁽⁵¹⁾ One such tension is that between clarity and compassion. When communicating tragic news to families, health providers want to be straightforward without being blunt or insensitive. This tension came to light in our study, notably when participants were asked what they would do if they were interrupted while “preparing” the family for the news. The equal distribution in the HPs’ answers reveals a tension between: a) putting a quick end to the anguish caused by uncertainty of the patient’s fate; and b) cushioning the blow with a stepwise approach.

Another tension clearly revealed by our data was that between initiating the family encounter by breaking the news or by asking the family a question. Three out of four physicians in our sample started their interaction (after the identification routine) with a request for input from the family (see Table 5, statement 28). In the other case (case 2), the physician started to deliver the news without requesting input, but the family member interrupted him and began to describe the events surrounding the death. This behaviour was unexpected. However, we are dealing with a situation in which family members have been anxiously awaiting the physician. As he enters, they scrutinize his face, tone of voice and body language, looking for the answer to the ultimate question. One would think they would be offended by any further delay; yet, remarkably, none of the four physicians and

Healthcare providers’ strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

four nurses interviewed had ever had a negative reaction from a family on that account. In fact, the nurses thought that physicians who adopt such an approach are more successful. It seems to fulfill a family need: perhaps—one might speculate—for further preparation, for greater involvement and to reduce a sense of helplessness,(22, 25, 63) or for putting the news into context or into a chronological order of a life story.

The situation in the validation group was very different. None of the physicians in the external group begin their interaction with a narrative from the family. Moreover, they say, they are frequently interrupted (almost 50% of the time!) while breaking the news by the family asking whether the patient is dead. The study group physicians were practically never interrupted. Only in case 4 (about 20% of the time) did this happen with a physician, and he admits he deliberately tries to prompt the family to conclude that their relative is dead and to ask the question. A cultural factor may be at work here since this is the only major discrepancy between the study and external validation groups. An alternative explanation may involve a strong family need to have input in the situation. In all cases, physicians go along with the sequence of action favoured by the family.

The nature of support

One area that we touched upon but did not specifically explore and that remains poorly defined is the nature of emotional support to be provided to family members. The HPs interviewed for the study focused on: a team approach; being present in respectful silence; offering the family a private room; paraverbal modulation of speech; physical proximity; listening; offering information about the patient's status, events leading to the death and its probable aetiology; answering questions; allaying survivors' feelings of guilt for actions they had taken; the patient's lack of suffering and the vigorous attempts to resuscitate; body viewing; balancing nurse presence with the family with "private time"; small gestures to

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

make family members more comfortable (tissues, water, telephone, etc.); being flexible and accommodating the family's rhythm.

Two of the most useful means of support adopted by physicians working with oncology patients are expressing solidarity ("I will be here for you") and planning the future (investigation and treatment).(9, 15, 73) These strategies are hardly applicable to the ED. Some have suggested that ED HPs should follow-up on the cases they see.(21, 29, 30, 32, 45, 74) The issue is controversial, though, since the value of such an approach is uncertain and many HPs do not think it any part of their role. Referral to external resources for follow-up on discharge from the ED is probably a more promising strategy. Rassin found that oncology patients rated having room to express emotions, empathetic silence and support through touch highly. These interventions can be used in the ED.(73)

In other contexts of bad-news delivery, several authors have suggested that the use of empathic, exploratory and validating verbal statements is an appropriate empathic manifestation of support.(9, 75, 76) However, none of our HPs mentioned using emotion identification, reflection or naming, and we think they are right. In an unambiguous situation in which empathy dictates that one should understand both the relations' emotions and their aetiology, reflecting and naming emotions would be a manifestation of social and emotional ineptitude rather than of support. At best, it would be an awkward, detached attempt at "scientific" categorization of emotions at a time when what is wanted is human presence and proximity. Furthermore, in Ptacek's view, a verbal response to emotion appears futile; he reported that patients do not hear much of what is said after the gist of the bad news is delivered.(3) Family members remember the ambiance of the situation, and ambiance has little to do with words; it is predominantly nonverbally determined. Parker-Raley's subjects, too, felt strongly about the nonverbal nature of support in the ED.(51)

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Not everyone can be sympathetic and share the family's sadness. Although family members feel positively about HPs' expressing grief,(67, 68) too deep an emotional involvement is considered an impediment by the HPs in both our research and validation groups. At the same time, aloofness is negatively perceived by family members as evidence of being uncaring.(4, 32, 68) The study nurses were quite clear that overwrought reactions by family members made them less sympathetic. The HPs must therefore be wary either of too much emotional involvement and sympathy as a result of identifying with a family member; or of too much emotional distance that would show them as "cold" and uncaring. A professional attitude is needed, one best described as "empathy" that entails navigating somewhere between these two reefs. Families do not expect the professionals to feel their pain, but they do expect them to understand it and to act accordingly. A silent presence is a form of sharing and support.(73, 77) Davies summed it up nicely and succinctly: "Most important is to have time for explanations, for silence, for talking."(78)

Limitations

Our study findings are concordant and were replicated and validated by an external group with respect to many issues. Although the data were gathered from interviewees with years of experience and who had dealt with many cases, the sample was small and relatively homogeneous. Cultural differences or other circumstances could very well introduce variability into the interactions between an HP and family members and modify the preferences we uncovered. Our experienced interviewees are therefore wise in citing flexibility and the need to pick up clues from the family as major issues.

The time that elapsed between the clinical events and the interviews may have introduced a recall bias. Ethical concerns precluded direct observation, though. Since two family

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

members dropped out before the interview, two of our cases provided a double rather than a triple perspective. The risk that this might occur was accepted at the design phase. We felt it would not invalidate our findings given that the research was conducted from the standpoint of the HPs, and that published literature on survivors' preferences was available. In addition, in his review Ptacek concluded that studies of receivers' preferences regarding what is important in breaking bad news show that they tend to converge with physicians'.(3)

Since the principal investigator interviewed HPs who were his colleagues, information and social desirability bias may have been a factor.

Furthermore, a qualitative research design is exploratory in nature. It allows us to address several questions, including many affective issues, and it fosters reflection. However, it does not provide definitive answers or address causality. Nor do the nature of such interactions and the research design allow for statistical generalization.

Finally, while the results may be transferable, it should be remembered that context is a major determinant of human interaction.

Future research

Future research should focus on exploring the decision nodes and on ways of identifying and collecting the cues that families give to guide healthcare providers' interventions. Our proposed model should be tested with groups of learners to see if their confidence and competence in breaking the news improves. Survivors' opinions of the notification process should also be sought, though the enterprise would be more difficult. The unresolved question of whether the clinician should break the news of death quickly to put an end to a

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

family's emotional suspense or start by allowing a family to give its account of the situation should also be explored further. The nature of the support to be provided is another area for ongoing investigation since the interventions proposed in other contexts seem poorly designed for the circumstances of the ED.

Conclusion

There is a definite structure to the delivery of news of death by healthcare providers. This structure has to be flexible to accommodate family members' needs. HPs must pace themselves as they move through the stages of delivery by constantly taking their cue from the family. They must possess a number of skills: an empathic attitude, listening abilities, using clear language, and a non-judgmental presence.

The overall objective for healthcare providers in the ED is to support and empower the family in a phase of sudden disorganization in order to foster family reorganization and autonomy. We propose an educational model geared to achieving this overall goal, a model we believe will help healthcare providers develop the competencies they need for empathic delivery of the news of death to a family in the real-world ED context.

Funding: We wish to acknowledge and thank the following sponsors for their financial support:

The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and Associated Medical Services Inc.

Fondation Cité de la Santé

ÉRUC (Équipe de Recherche Urgence de la Cité)

Acknowledgements: We wish to thank Fortunée Taïeb, who interviewed family members with all the necessary tact and gentleness and coded all the interviews. We thank the ED Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Staff at the Cité de la Santé and Kingston General Hospital for their time and contribution. Finally, we thank the family members for allowing us to interview them on a very sensitive and private moment of their life.

NOTE: In the text, nurses are always referred to in the feminine and physicians in the masculine irrespective of the interviewees' gender in order to preserve anonymity.

Appendix 1: Methodology

General design

Delivering news of death in the ED is a special social situation in which several people engage in an intense emotional interaction that is inextricably linked to the context in which it occurs. This fact, combined with the paucity of empirical data and the absence of established theory led us to adopt a qualitative case-study design as the most appropriate approach to answering our research questions. An embedded multiple-case design was used (Yin's type 4; see Figure 3). Evidence was gathered through deferred, focused, semi-structured interviews that enabled us to collect both factual and affective data on each case and to extend our explorations to—and make comparisons with—other cases in which the interviewees were involved. The recent clinical death notification was thus the hook used to elicit and discuss the participating nurses' and physicians' emotional responses. The interviewees were encouraged to draw comparisons and extend their exploration beyond the index case by referring to similar experiences they had had. As a result, although the number of cases is small, each one draws upon each interviewee's background and constitutes a synthetic account of the health professional's overall experience with death notification over many years.

Direct observation, participant observation or immediate interviews would have been better suited to evaluating the affective attributes of interest, but ethical concerns ruled these options out. Prior informed consent would not have been possible.

Population, unit of analysis and definitions

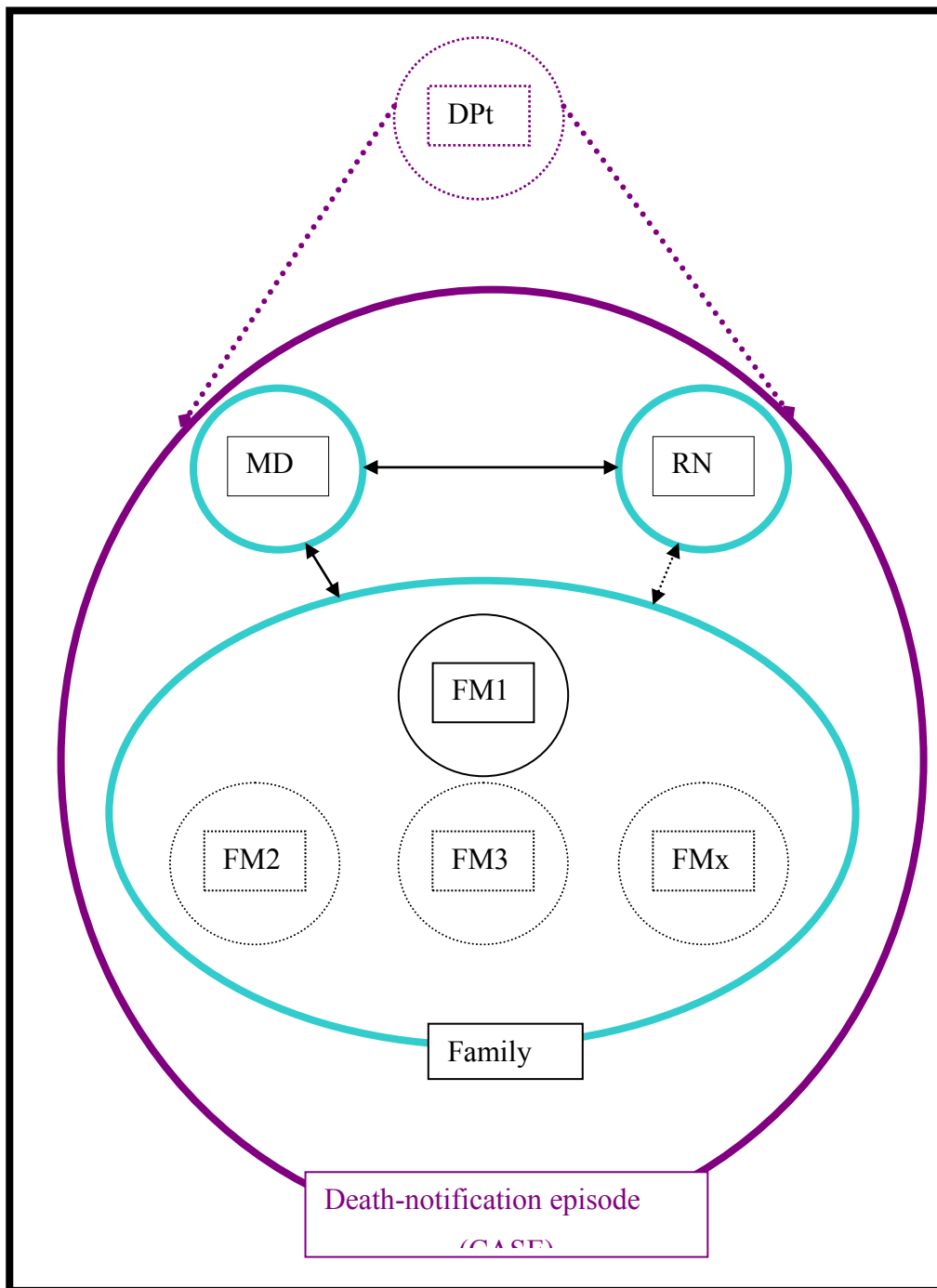
For the purposes of this study, the following definitions are used:

- The main **unit of analysis** is a **case** of death notification. Each case comprises three embedded **sub-units of analysis** corresponding to the particular **perspective** of each of the **invested individuals**.
- The **invested individuals** are those present for the case of death notification in the ED: physician, nurse, and family member(s).

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

- The **healthcare providers** (HPs) are the physician-and-nurse teams present at the ED death notification. They are invested individuals as well.
- The **family representatives** are the family members present at the ED death disclosure and were chosen by the families to represent them in the home interview and were recruited for the study. They are invested individuals as well.
- The **triple perspective** refers to the triangulation afforded by the three sub-units of analysis of a case. That is, each invested individual's experience of a case. A case for which data are available for each of the three subunits is described as a "triple-perspective case." A case for which data are available for healthcare providers only is described as a "dual-perspective case."

Figure 3: Contextual framework



ED Context

LEGEND:

DPt: Deceased Patient

MD: Physician

RN: Nurse

FM: Family Member (1, 2, 3..., x) [

ED: Emergency Department

Healthcare providers
and an evidence-base

[RETURN](#)
appendix 1

[RETURN](#)
appendix 1

[RETURN](#)

Recruitment

Recruitment took place in the emergency department (ED) of the CSSSL between October 1, 2008, and April 15, 2010. The CSSSL is a 500-bed suburban referral centre affiliated to the University of Montréal and located in Laval, Quebec, in the suburbs of Montreal. The ED has a census of 75,000 and more than 100 death notifications per year. Both adult and paediatric populations presenting with a variety of medical emergencies are treated. Major trauma cases are usually treated at the nearby trauma centre and are thus rare.

The nurse in charge (or an assistant) approached families that were eligible for the study on the basis of the predetermined inclusion/exclusion criteria (see Table 3). Considering the sensitive context of recruitment, we made sure that the nurse introducing the study was not the same one who provided support to the family during their stay in the ED. If the family agreed to meet with the study nurse, she explained the purpose of the study and provided written information, including a brief description of the project, a hotline telephone number to reach the research nurse for information or support, and a sample of the consent form. The only request made at this initial encounter was for permission to contact one or two family-designated member(s) in a month's time to record an interview with a research nurse. If the request met with a positive response, contact information and preferences were collected.

Throughout the recruitment period, a log of death cases was kept at the desk of the nurse in charge to record the reasons for the exclusion of cases. The principal investigator regularly reviewed the hospital's death records and took note of all deaths occurring in the ED to make up for any missing entries in the log. If the reason for exclusion was unclear, he contacted the nurse in charge identified in the chart for clarification.

The healthcare providers involved in an eligible case for which the family representatives agreed to be subsequently contacted were approached by the principal investigator for an

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

interview within two weeks of the death disclosure. The family representatives who had initially agreed to participate were contacted by a research nurse about a month after their ED visit. If they were still agreeable, the nurse made an appointment and recorded an interview with them at their home or another location of their choice. If the first representative refused, the second one (if any) was contacted.

The planned number of cases to reach saturation in our non-probabilistic, purposive sampling was estimated to be five. After recruitment was closed, the principal investigator (PAL) conducted one additional interview not included in the original protocol with a person with eighteen years' experience as a bereavement officer in a different hospital than the research or validation groups. She meets families shortly after they leave the ED to take care of administrative tasks and has often come to provide them support. It was felt that this person might offer a unique and complementary point of view on the family's perspective in a timeframe not otherwise available for study.

Interviews and transcripts

All the interviews with invested individuals were semi-structured (focused) and conducted using an interview guide (see Appendix 4) after the interviewee signed a consent form. Interviews were audio-recorded in mp3 format with a Marantz PMD660 digital recorder using a 1 GB flashcard. The recordings were transferred to a computer and subsequently transcribed by a secretary into an editable text format (Word 2003). The original audio records were then destroyed, and the transcript was validated by the principal investigator.

Analysis

Immediately after each interview, the interviewer completed an electronic *Contact Summary Form* following a guide comprised of a series of questions. (see Appendix 5). The purpose was to perform a preliminary analysis, extract the gist of the interviewee's Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

message, assess possible relationships between that message and the research questions, and ponder more subtle aspects of the interview, such as emotional tone and nonverbal expression.

After the interviews were transcribed into electronic text documents they were de-identified and imported into a program designed for qualitative analysis. The QDAMiner software by Provalis Research, version 3.2.2, was used for data storage, coding and analysis. Text segments were coded by semantic units to identify themes. Coding was conducted by a physician (PAL) and a nurse (FT) blinded to each other. Both coders have more than twenty years' experience in emergency-department work.

A common codebook was used with a semi-emergent coding scheme. Given the nature of the research questions, the principal investigator (PAL) created a limited, preliminary codebook with basic codes and theme categories. The preliminary categories dealt with perceived or expressed emotions, the chronology of events (stages of notification), the invested individuals' roles and collaboration, and the context of notification. After a reading of the first interviews (PAL), categories were openly added and defined to build the codebook. The updated codebook was shared with FT for her coding, and vice versa. Both coders could add codes at any time during theme identification of the texts. When the double coding of all interviews was completed, the coders reviewed the texts together and determined the final coding by consensus. Codes and theme categories were split and merged by consensus, as well. The main investigator added marginal comments with reflections or analyses that came to mind during coding; they were not seen by the other coder.

Analysis then proceeded on five levels: analysis of the individual perspective of invested individuals (sub-units of analysis); case analysis (including the 3 sub-units, the triple perspective); inter-case analysis; inclusion of data from the literature; recommendations for the design of educational interventions. The principal investigator was the principal analyst.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

The first level of analysis (sub-unit or individual perspective) began when coding was completed. PAL read individual interviews and their corresponding *Contact Summary Form* to extract and synthesize the information relevant to the research questions. A *Perspective-based Summary* was created for each interview. This summary was divided into sections based on the following concepts: notification structure, impediments, helpful features, roles, affective & physical aspects, flexibility, compassion, educational needs, what is important, and comments. The summary contains both the concept and the verbatim statement from which the concept was extracted.

This information was then converted into role- and concept-ordered matrices, as described by Miles and Huberman (54). The matrices used the same concepts as the *Perspective-based Summary*. The underlying verbatim statement was omitted, but the link was preserved; it was thus always possible to return to the statement upon which a concept was based by going to the appropriate numbered concept section of the *Perspective-based Summary*.

A synthesis was developed based on the four physicians' perspectives; and another one was based on the perspectives of the four nurses. The decision rule for inclusion in the synthetic perspective was mention of an item by two or more out of four interviewees.

The matrices were used for the second level (the case or unit of analysis) and third level (the cross-case) of analysis as well. The decision rule was the same: items mentioned by two or more subjects were eligible for inclusion in the recommendations and appear in regular characters. Items mentioned by only one subject are in italics.

In the fourth level of analysis, the results of the previous analyses were compared to the available literature.

The fifth level of analysis incorporated the results from previous levels to make practical recommendations for developing educational interventions to improve the practice of

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

death notification in the emergency department. The decision rule was used to decide on inclusion of items in the recommendations.

The following table (see Table 11) displays how we synthesized the data that we collected from the interviews on physicians' interventions.

Table 11: Details of physicians' interventions for death disclosure in ED

[Voir Tableau XIV de l'annexe 8 du mémoire]

[RETURN](#) to results

Validation

When the analysis was completed, the principal investigator (PAL) presented the results to two groups of healthcare providers working in the emergency department where the study was conducted to confirm the credibility (internal validation) of the conclusions and ensure construct validity. The first group consisted of 12 physicians, none of whom had been previously interviewed. The second group was made up of 9 nurses familiar with bereaved-family care; two of them had previously contributed interviews for this study. For ethical reasons, family representatives were not subjected to a validation procedure. The goal of the validation process was to ensure that the results and conclusions accorded with the clinical experience of the subjects and their peers.

The conclusions were also presented to a group of healthcare providers working in a different setting for external validation. A single focus group comprised of 5 physicians and 4 nurses from the Emergency Medicine Department of Kingston General Hospital met with one of the investigators (DB) for a semi-directed discussion based on a questionnaire (see Appendix 6). The nurses had 37 years', 13 years', 16 years', and 13 years' clinical experience in emergency medicine, respectively; the physicians had 24

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

years', 33 years', 37 years', 9 years', and 3 years' clinical experience in the field, respectively.

Kingston General Hospital is an academic 402-bed tertiary-care centre and a Level 1 trauma centre affiliated with Queens's University. It is the only acute hospital serving a population of 120,000 with a catchment area of about 500,000. As such, its ED provides care for all types of populations (paediatric and geriatric, urban and rural, medical and mental illness, etc.) The annual ED census is around 50,000.

The group discussions were audio-recorded. An investigator (DB) prepared a written synthesis of the answers to the questionnaire items. The principal analyst (PAL) then used this synthesis to make comparisons with the study-group results.

The methodological process described above respects Miles and Huberman's definition of qualitative data analysis as consisting of three concurrent flows of activities: 1) Data reduction—selecting, focusing, summarizing, simplifying, abstracting, and transforming—was achieved through our syntheses of interviews, the semantic and thematic coding guided by our research questions and the construction of matrices. 2) Data display was fulfilled through our matrices and contextual diagram (see Figure 3). 3) Conclusions were drawn and verification was attained through the use of a multiple-case design, which makes it possible to seek patterns and regularities and use literal replication, and was complemented by the validation process, which was conducted both locally and in another centre.

Regarding the notion of verification, we took care to ensure the credibility (construct validity) and reliability of our analyses. We complied with Yin's (53) principles of data collection for construct validity through data triangulation based on the triple perspective on each case; coding by two investigators with long experience of the emergency-department work setting (evaluator triangulation); review of the conclusions by the informants; and strict adherence to the research protocol (see below) to maintain the chain of evidence from informants' quotations through to the conclusions.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Reliability issues were addressed by following strategies proposed by Yin: application of a protocol; creation of a database comprising all of the interview transcripts; maintenance of the chain of evidence from the research questions through the protocol to the conclusions based on quotations from the case database. The evidentiary process in our data can be traced from the conclusions in the report to the matrices to the *Perspective-based Summary* back to the quotations in the interview transcripts. Furthermore, all the transcripts were coded by two coders.

Transferability (external validity) was reinforced by a multiple-case design, which makes it possible to employ a logic of literal replication, and by the review of results and conclusions by emergency physicians and nurses working in setting different from the recruitment site.

Protocol

A protocol was used to ensure reliability. In accordance with Yin's (53) recommendations, it contained the following information:

- 1) Overview of the case study and research questions
- 2) Field procedures: recruiting document for the nurses, inclusion and exclusion criteria, interview procedures, instruments (interview guides), interview contact summary sheet (impressions and questions for the interviewer), method of case de-identification.
- 3) Description of procedures for analyses: transcription, coding, marginal comments, levels of analyses to be performed, role-ordered matrix example
- 4) Guide for drafting case-study report.

[RETURN](#) to recruitment

Appendix 2: Summary of interventions proposed in emergency literature for delivering news of death to a family

In the table below, the first column sets out suggested interventions for delivering news of death in the ED. The second and third columns list the authors of studies who demonstrate the usefulness or futility of the intervention. The last column presents the names of authors who suggest the intervention but provide no original empirical data.

Table 12: Usefulness of proposed interventions during delivery of news of death in the emergency department.

[Voir la version française à l'Annexe 3 du mémoire]

[RETURN](#)

Comment: The high number of paediatric studies in ED literature may result in bias

Appendix 3: CanMEDS roles and competencies as applied to the delivery of news of death in the emergency department

[Voir la version française au **Tableau XV** de l'annexe 10 du mémoire

[RETURN](#)

Appendix 4: Physician's interview guide

[Voir la version française à l'Annexe 4 du mémoire]

[RETURN](#) to Appendix 1

Appendix 5: Contact Summary Form

[Voir « Fiche synthèse d'entretien » à l'Annexe 4 du mémoire.

[RETURN](#)

Appendix 6: External validation (focus group) guide

[Voir Annexe 4 du mémoire]

[RETURN](#) to external validation results

[RETURN](#) to Appendix 1

1. Iserson KV. Grave words: Notifying survivors about sudden unexpected death. Tucson, AZ: Galen Press, Ltd; 1999.
2. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians. Behav Med1998;24(2):53-9.
3. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. JAMA1996 Aug 14;276(6):496-502.
4. Abbott JT, Stone S. End of Life. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, Adams J, editors. Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice. 7 ed. Philadelphia: Mosby/Elsevier; 2010. p. 2569-81.
5. Iserson KV. The gravest words: sudden-death notifications and emergency care. Ann Emerg Med2000 July;36(1):75-7.
6. Zalenski R, Gillum RF, Quest TE, Griffith JL. Care for the adult family members of victims of unexpected cardiac death. Acad Emerg Med2006 Dec;13(12):1333-8.
7. Hobgood C, Harward D, Newton K, Davis W. The educational intervention "GRIEV_ING" improves the death notification skills of residents. Acad Emerg Med2005 Apr;12(4):296-301.
8. Pauls MA, Ackroyd-Stolarz S. Identifying bioethics learning needs: a survey of Canadian emergency medicine residents. Acad Emerg Med2006 Jun;13(6):645-52.
9. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist2000;5(4):302-11.
10. Buckman R, Kason Y. How to break bad news : a guide for health care professionals. Toronto: University of Toronto Press; 1992.
11. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Paeckler B. Bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. Journal of Emergencies Trauma & Shock2010;3(4):385-8.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

12. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*1999 Oct;171(4):260-3.
13. Kurtz SM, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford ; San Francisco: Radcliffe Pub.; 2005. Available from: <http://www.myilibrary.com?id=125089>
14. Dias L, Chabner BA, Lynch TJ, Jr., Penson RT. Breaking bad news: a patient's perspective. *Oncologist*2003;8(6):587-96.
15. Boulé R, Girard G. L'annonce d'une mauvaise nouvelle. In: Richard C, Lussier M-T, editors. *La communication professionnelle en santé*. Saint-Laurent: Editions du nouveau pédagogique Inc. (ERPI); 2005. p. 267-89.
16. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. *J Clin Oncol*1995 Sept;13(9):2449-56.
17. Davidhizar R, Kirk B. Emergency room nurses: helping families cope with sudden death. *J Pract Nurs*1993 Jun;43(2):14-9.
18. Fraser S, Atkins J. Survivors' recollections of helpful and unhelpful emergency nurse activities surrounding sudden death of a loved one. *J Emerg Nurs*1990 Jan-Feb;16(1):13-6.
19. Li SP, Chan CWH, Lee DTF. Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *J Adv Nurs*2002 Oct;40(2):170-80.
20. Mian P. Sudden bereavement: nursing interventions in the ED. *Crit Care Nurse*1990 Jan;10(1):30-1.
21. Parrish GA, Holdren KS, Skiendzielewski JJ, Lumpkin OA. Emergency department experience with sudden death: a survey of survivors. *Ann Emerg Med*1987 Jul;16(7):792-6.
22. Williams AG, O'Brien DL, Laughton KJ, Jelinek GA. Improving services to bereaved relatives in the emergency department: making healthcare more human. *Med J Aust*2000 Nov 6;173(9):480-3.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

23. Williams M. Use of a concluding process to assist grieving families. *J Emerg Nurs*1984 Sep-Oct;10(5):254-8.
24. Ewins D, Bryant J. Relative comfort... caring for the newly bereaved relative in an A&E department. *Nurs Times*1992 Dec 30-1993Jan 5;88(52):61-3.
25. Jones WH, Buttery M. Sudden death: survivors' perceptions of their emergency department experience. *J Emerg Nurs*1981 Jan-Feb;7(1):14-7.
26. Wisten A, Zingmark K. Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death--a qualitative study. *Resuscitation*2007 Jul;74(1):68-74.
27. Adamowski K, Dickinson G, Weitzman B, Roessler C, Carter-Snell C. Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. *Can Med Assoc J*1993 Nov 15;149(10):1445-51.
28. Jurkovich GJ, Pierce B, Pananen L, Rivara FP. Giving bad news: the family perspective. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*2000 May;48(5):865-70.
29. Ahrens W, Hart R, Maruyama N. Pediatric death: managing the aftermath in the emergency department. *J Emerg Med*1997 Sep-Oct;15(5):601-3.
30. Tolle SW, Bascom PB, Hickam DH, Benson JA, Jr. Communication between physicians and surviving spouses following patient deaths. *J Gen Intern Med*1986;1(5):309-14.
31. Yates DW, Ellison G, McGuinness S. Care of the suddenly bereaved. *BMJ*1990;301(6742):29-31.
32. Finlay I, Dallimore D. Your child is dead. *BMJ*1991;302(6791):1524-5.
33. Wellesley A, Glucksman E, Crouch R. Organ donation in the accident and emergency department: a study of relatives' views. *J Accid Emerg Med*1997 Jan;14(1):24-5.
34. Saines JC. Psycho-social. Phenomenon of sudden death: part I. *Accid Emerg Nurs*1997 Jul;5(3):164-71.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

35. Hallgrimsdottir EM. Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *J Clin Nurs*2000 Jul;9(4):611-9.
36. Hallgrimsdottir EM. Caring for families in A&E departments: Scottish and Icelandic nurses' opinions and experiences. *Accid Emerg Nurs*2004 Apr;12(2):114-20.
37. Cooke MW, Cooke HM, Glucksman EE. Management of sudden bereavement in the accident and emergency department. *BMJ*1992 May 9;304(6836):1207-9.
38. Leash RM. Death notification: practical guidelines for health care professionals. *Crit Care Nurs Q*1996 May;19(1):21-34.
39. Quest TE, Otsuki JA, Banja J, Ratcliff JJ, Heron SL, Kaslow NJ. The use of standardized patients within a procedural competency model to teach death disclosure. *Acad Emerg Med*2002 Nov;9(11):1326-33.
40. Schmidt TA, Norton RL, Tolle SW. Sudden death in the ED: educating residents to compassionately inform families. *J Emerg Med*1992 Sep-Oct;10(5):643-7.
41. Tolle SW, Cooney TG, Hickam DH. A program to teach residents humanistic skills for notifying survivors of a patient's death. *Acad Med*1989 Sep;64(9):505-6.
42. Benenson RS, Pollack ML. Evaluation of emergency medicine resident death notification skills by direct observation. *Acad Emerg Med*2003 Mar;10(3):219-23.
43. Greenberg LW, Ochsenschlager D, O'Donnell R, Mastruserio J, Cohen GJ. Communicating bad news: a pediatric department's evaluation of a simulated intervention. *Pediatrics*1999 Jun;103(6 Pt 1):1210-7.
44. LeBrocq P, Charles A, Chan T, Buchanan M. Establishing a bereavement program: caring for bereaved families and staff in the emergency department. *Accid Emerg Nurs*2003 Apr;11(2):85-90.
45. Edlich RF, Kubler-Ross E. On death and dying in the emergency department. *J Emerg Med*1992 Mar-Apr;10(2):225-9.
46. Harrahill M. Giving bad news compassionately: a 2-hour medical school educational program. *J Emerg Nurs*1997 Oct;23(5):496-8.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

47. Flam R. Helping the bereaved at the emergency department: a study at the Brussels University Hospital. *Int J Trauma Nurs*1999 Jul-Sep;5(3):95-8.
48. Flam R. Aider les proches de patients décédés inopinément aux urgences. *Soins; La Revue de Reference Infirmiere*1998 May(625):26-9.
49. Swisher LA, Nieman LZ, Nilsen GJ, Spivey WH. Death notification in the emergency department: a survey of residents and attending physicians. *Ann Emerg Med*1993 Aug;22(8):1319-23.
50. Ahrens WR, Hart RG. Emergency physicians' experience with pediatric death. *Am J Emerg Med*1997 Nov;15(7):642-3.
51. Parker-Raley J, Jones BL, Maxson RT. Communicating the death of a child in the emergency department: managing dialectical tensions. *J Healthc Qual*2008 Sep-Oct;30(5):20-31.
52. Schmidt TA, Tolle SW. Emergency physicians' responses to families following patient death. *Ann Emerg Med*1990 Feb;19(2):125-8.
53. Yin RK. *Case study research : design and methods*. 3 ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2003.
54. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis : an expanded sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks ; London ; New Delhi: Sage Publications; 1994.
55. Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *J Adv Nurs*2010 Jul;66(7):1543-55.
56. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care.*: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005. Available from: http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_e.pdf.
57. Fischer KW, Bullock DH, Rotenberg EJ, Pamela R. The dynamics of competence: How context contributes directly to skill. In: Wozniak RH, Fischer KW, editors.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Development in context : acting and thinking in specific environments. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum; 1993. p. xvi, 291.

58. Tardif J, Fortier G, Préfontaine C. L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière-éducation; 2006.

59. Chan GK. End-of-life models and emergency department care. Acad Emerg Med 2004 Jan;11(1):79-86.

60. Knapp J, Mulligan-Smith D, American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. Death of a child in the emergency department. Pediatrics 2005 May;115(5):1432-7.

61. Plantz DM. The death of children in the emergency department: the psychosocial and administrative response. Pediatr Emerg Care 2008 Sep;24(9):632-7; quiz 8-9.

62. Knazik SR, Gausche-Hill M, Dietrich AM, Gold C, Johnson RW, Mace SE, et al. The death of a child in the emergency department. Ann Emerg Med 2003 Oct;42(4):519-29.

63. Walters DT, Tupin JP. Family grief in the emergency department. Emerg Med Clin North Am 1991 Feb;9(1):189-206.

64. Back KJ. Sudden, unexpected pediatric death: caring for the parents. Pediatr Nurs 1991 Nov-Dec;17(6):571-5.

65. Cooke MW. Care of the bereaved in the accident and emergency department. Care of the Critically Ill 1993 Sep-Oct;9(5):199-201.

66. Main J. Improving management of bereavement in general practice based on a survey of recently bereaved subjects in a single general practice. Br J Gen Pract 2000 Nov;50(460):863-6.

67. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet 2004 Jan 24;363(9405):312-9.

68. Gilbert KR, Smart LS. Coping with infant or fetal loss: The couple's healing process. Figley CR, editor. New York: Brunner/Mazel; 1992.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

69. Ventres W, Nichter M, Reed R, Frankel R. Limitation of medical care: an ethnographic analysis. *J Clin Ethics*1993;4(2):134-45.
70. Pollack M. Educating new resident physicians in death notification. *Acad Med*1999 Jun;74(6):721.
71. Hart RG, Ahrens WR. Coping with pediatric death in the ED by learning from parental experience. *Am J Emerg Med*1998 Jan;16(1):67-8.
72. Dubin WR, Sarnoff JR. Sudden unexpected death: intervention with the survivors. *Ann Emerg Med*1986;15(1):54-7.
73. Rassin M, Levy O, Schwartz T, Silner D. Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors, and nurses' points of view. *Cancer Nurs*2006 Jul-Aug;29(4):302-8.
74. Mian T, Huff D, Ready R. Managers forum. Bereavement programs. *J Emerg Nurs*2000 Jun;26(3):258-9.
75. Minichiello TA, Ling D, Ucci DK. Breaking bad news: a practical approach for the hospitalist. *J Hosp Med*2007 Nov;2(6):415-21.
76. Ambuel B, Mazzone MF. Breaking bad news and discussing death. *Prim Care*2001 June;28(2):249-67.
77. Laborie JM, A. H, P. C. Notification of death to the family in the emergency department and in out-of-hospital medicine. *J Emerg Nurs*2002;15(1):5-14.
78. Davies J. Grieving after a sudden death: the impact of the initial intervention. *Accid Emerg Nurs*1997 Oct;5(4):181-4.
79. Tye C. Qualified nurses' perceptions of the needs of suddenly bereaved family members in the accident and emergency department. *J Adv Nurs*1993 Jun;18(6):948-56.
80. Levetown M. Breaking bad news in the emergency department: when seconds count. *Top Emerg Med*2004 Jan-Mar;26(1):35-43.
81. Von Bloch L. Breaking the bad news when sudden death occurs. *Soc Work Health Care*1996;23(4):91-7.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

82. Purves Y, Edwards S. Initial needs of bereaved relatives following sudden and unexpected death. *Emerg Nurse* 2005 Nov;13(7):28-34.
83. Burgess K. Supporting bereaved relatives in A&E. *Nurs Stand* 1992 Jan 29-Feb 4;6(19):36-9.
84. Rutkowski A. Death notification in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2002 Nov;40(5):521-3.
85. Quest TE. The hardest news: death disclosure in the emergency department. *Medscape journal of medicine* [serial on the Internet]. 2008 18 août 2010; 10(8): Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562155/>.
86. Marrow J. Telling relatives that a family member has died suddenly. *Postgrad Med J* 1996 Jul;72(849):413-8.
87. Hobgood C. Grief, death and dying, DNR/DNI orders, delivering effective death notifications in the emergency department. In: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Cline DM, Ma OJ, Cydulka RK, Meckler GD, editors. *Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide*. 7 ed. New York: McGraw-Hill; 2011. p. 2017-21.
88. Tolle SW, Girard DE. The physician's role in the events surrounding patient death. *Arch Intern Med* 1983 Jul;143(7):1447-9.
89. Olsen JC, Bueneffe ML, Falco WD. Death in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1998 Jun;31(6):758-65.
90. Haegy J-M. L'annonce de la mauvaise nouvelle aux urgences Soins; *La Revue de Reference Infirmiere* 2005 Jul-Aug(697):43-4.
91. Selbst SM, De Piero AO. Medical-Legal considerations. In: Gausche-Hill M, Fuchs S, Yamamoto L, editors. *APLS: The emergency medicine resource*. 4 ed. Boston: American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Medicine,; 2004. p. 610-37.
92. Takayesu JK, Hutson HR. Communicating life-threatening diagnoses to patients in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2004 Jun;43(6):749-55.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

93. Scott JL, Sanford SM, Strong L, Gable K, editors. Survivor notification of sudden death in the emergency department. SAEM annual meeting; 1995 published online 29 SEP 2008. Academic Emergency Medicine Journal: Academic emergency medicine; 2008.
94. Wells P, Wills PJ. Preparing for sudden death: social work in the emergency room. Soc Work 1993 May;38(3):339-42.
95. Vanezis M, McGee A. Mediating factors in the grieving process of the suddenly bereaved. Br J Nurs 1999 Jul 22-Aug 11;8(14):932-7.

Healthcare providers' strategies for delivering news of death in the emergency department: A qualitative study and an evidence-based model.

Discussion

Plusieurs auteurs ont relevé le besoin de formation des professionnels pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Baile et al., 2000; Barnett, Fisher, Cooke, James, & Dale, 2007; Cegala & Lenzmeier Broz, 2002; Dosanjh, Barnes, & Bhandari, 2001; Fallowfield & Jenkins, 2004; Iserson, 2000; Pauls & Ackroyd-Stolarz, 2006). Peu reçoivent une formation structurée sur le sujet (Barnett, Fisher, Cooke, James, & Dale, 2007; Jurkovich, Pierce, Pananen, & Rivara, 2000). Notre but était de mieux comprendre le processus de divulgation d'un décès au SU dans l'intention d'identifier les besoins éducatifs et, ultimement, d'offrir des recommandations pour l'apprentissage de ces compétences complexes.

Besoins éducatifs des intervenants

Avant de discuter des besoins éducatifs des intervenants, il est intéressant de constater à quel point nos données soulignent la distinction qui existe entre le savoir-faire et le savoir-agir. Le savoir-faire et le savoir-agir se distinguent par le caractère algorithmique offrant la possibilité d'automatisation dans le premier cas et le caractère heuristique dans le second (Tardif, Fortier, & Préfontaine, 2006). De plus, le savoir-faire est moins complexe et peut se déployer hors contexte, ce qui n'est pas le cas du savoir-agir.

Quand nos intervenants nous disent qu'une annonce de décès est trop complexe pour faire l'objet d'un protocole rigide et qu'ils utilisent une approche ad hoc pour chacun des cas, ils font, inconsciemment, une distinction entre savoir-agir et savoir-faire. Ils déclarent qu'ils ne croient pas que la compétence ou le savoir-agir puisse faire l'objet d'un protocole, parce que l'action est subordonnée au contexte, ce qui est strictement exact du point de vue de la théorie. D'autre part, lorsqu'ils réalisent, en fin d'entrevue, qu'ils utilisent une structure d'annonce qu'ils ne soupçonnaient pas, cela n'a rien de contradictoire avec l'énoncé précédent. Cette structure est un script, soit une ressource interne qui relève du savoir-faire et qui est mobilisée lors du déploiement de la compétence dans l'accomplissement de la tâche.

Il s'ensuit que si nous désirons développer les compétences de nos apprenants, le contexte joue un rôle primordial. Nous avons élaboré un modèle pédagogique pour répondre aux besoins éducatifs des intervenants ayant à annoncer un décès au SU et qui est fondé sur nos données et sur ces principes. Ce modèle est décrit ci-dessus (voir dans la discussion de l'article : Educational models, Table 10: Proposed model for teaching delivery of news of death in the ED.). Les deux contraintes principales à l'implantation et l'utilisation d'un tel modèle pédagogique sont l'intégration au curriculum existant et la rigidité qu'il risque d'engendrer lorsque les apprenants se retrouvent en situation authentique. Notre réponse à ces contraintes se retrouve dans l'opérationnalisation des compétences CanMEDS et dans la flexibilité qui est intrinsèque au modèle (les nœuds décisionnels) et celle, complémentaire, qui est fournie par l'instauration d'un objectif global déterminant pour la visite de la famille au service des urgences.

Compétences CanMEDS

Puisque les médecins travaillent dans un cadre de compétences CanMEDS (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada/Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (RCPSC), 2005) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, il est pertinent de décrire comment nos résultats se traduisent dans ce cadre. Rappelons que le cadre CanMEDS regroupe sept rôles dont le rôle intégrateur « Expert ». Les autres rôles sont : « Communicateur », « Professionnel », « Gestionnaire », « Collaborateur », « Promoteur de la santé » et « Érudit ».

L'annonce d'un décès à une famille au service des urgences sollicite plusieurs compétences en lien avec les rôles de la structure CanMEDS. Le rôle de « Communicateur » est principalement sollicité, mais aussi ceux de « Collaborateur », « Gestionnaire » et « Professionnel ».

Nous avons regroupé dans un tableau (voir Tableau XV à l'Annexe 10) ces rôles CanMEDS, les compétences et objectifs spécifiques (sous-compétences) pertinents qui s'y rattachent ainsi que l'opérationnalisation de ces compétences telle qu'elle apparaît en fonction de nos résultats.

On remarque avec satisfaction que ce cadre est assez large et inclusif pour couvrir la plupart des compétences que nous considérons comme étant nécessaires pour une annonce de décès adéquate. En dépit de cela, il ne suffit pas parce qu'il ne nous informe pas sur la manière dont ces compétences doivent s'articuler. Une présentation par objectifs apparaît trop rigide et trop détachée. Elle occulte la flexibilité qui se révèle un aspect crucial pour tous les sujets interviewés. Ceci ne constitue pas un échec du cadre qui ne peut pas prévoir les situations particulières. Le cadre CanMEDS est un canevas générique auquel doit se greffer un contexte qui permet de préciser et d'actualiser les compétences.

Ce contexte est fourni par la structure de l'annonce et le modèle avec les nœuds de décision que nous avons proposé. Ce modèle exige, justement, que l'intervenant cueille et intègre des données en provenance du contexte, notamment, les interactions avec la famille, pour générer un savoir-agir judicieux.

Objectif de la visite

Le modèle pédagogique que nous proposons s'insère dans un objectif global de la trajectoire de visite de la famille au service des urgences. Cet objectif, de concert avec les nœuds décisionnels, permet la flexibilité si importante aux yeux de nos intervenants. Cette flexibilité transforme ce qui risquerait de devenir un protocole trop rigide, une crainte partagée par tous nos participants, en approche flexible et adaptée à la famille. Les nœuds décisionnels permettent une harmonisation du rythme de l'intervenant à celui de la famille.

La conceptualisation de la visite comme un épisode de désorganisation et de dysfonction familiale qui trouve une résolution partielle durant le séjour au service des urgences permet d'orienter les interventions auprès de la famille. Elle impose de soutenir la famille dans son objectif de réorganisation en lui confiant un rôle central. Ceci force l'observation par les intervenants des indices sociaux en provenance de la famille, ce qui permet une réponse adaptée et la modulation du soutien offert en fonction du soutien familial disponible. De plus, cela évite l'application rigide d'un protocole ou l'impression que les intervenants doivent appliquer les éléments de celui-ci au détriment de l'attention aux besoins particuliers d'une famille. En outre, favoriser la réorganisation du tissu relationnel familial est un objectif à la fois réaliste et réalisable durant le séjour de la famille au service des urgences.

Moyens pédagogiques

Une approche expérientielle est considérée comme étant supérieure à un exposé didactique pour l'acquisition et la rétention d'habiletés communicationnelles (Aspegren, 1999). Le modèle pédagogique que nous présentons peut servir pour initier les apprenants à la divulgation d'un décès au service des urgences. Puisque celui-ci repose sur l'identification d'indices sociaux (les nœuds décisionnels), il est évident que les meilleurs moyens pédagogiques seront la simulation et le jeu de rôle avec rétroaction. La vidéo constituerait un complément intéressant pour la rétroaction. Ces moyens ont tous été utilisés dans d'autres modèles de divulgation de décès avec des résidents ou des étudiants en médecine (voir la discussion de l'article).

De plus, pour être réaliste, l'apprentissage devrait se faire en interdisciplinarité pour reproduire la situation authentique de l'annonce au service des urgences.

D'autres formules pédagogiques pourraient également être exploitées. Nous pensons à un atelier de discussion abordant la relation des participants avec le thème de la mort. Cette relation influencera les réactions des intervenants et leurs relations avec les membres de famille. Cette approche a été proposée par une des infirmières que nous avons interviewées. Cet aspect a été également abordé dans le modèle pédagogique de Hobgood et al. (2005).

Dans un même registre d'exploration d'expériences personnelles, une pratique réflexive avec présentation de cas et réflexion et discussion sur les difficultés rencontrées pourrait profiter aux intervenants en pratique. Cette pratique réflexive pourrait être alimentée par un journal de bord. Durant la discussion, on peut demander aux participants de tenter de se placer dans un rôle différent de celui qu'ils portent normalement pour améliorer leur compréhension de la dynamique sociale. Une rencontre préalable avec un membre de famille ayant reçu l'annonce d'un décès pourrait faciliter la mise en situation.

Les séances de verbalisation (débriefing), habituellement moins structurées, mais survenant plus tôt après l'événement, peuvent être utilisées de la même façon pour soutenir et améliorer la pratique des intervenants.

Finalement, les néophytes pourraient profiter d'un exposé de démonstration par un intervenant expérimenté.

La meilleure formule pédagogique regrouperait une combinaison des moyens ci-dessus en tenant compte du niveau d'expérience des apprenants.

Applicabilité et limites des résultats

Le concept d'applicabilité (« *transferability* » en anglais) réfère à la possibilité d'étendre les résultats à des milieux autres que celui où la recherche a été effectuée. Notre

étude ayant utilisé un devis à cas multiples, ceci permet une logique de réplique littérale qui renforce les conclusions. Nous avons également validé nos résultats auprès d'une équipe d'urgence d'un autre centre hospitalier, ce qui confère une certaine confiance que nos résultats sont applicables à des contextes similaires. Un devis qualitatif ne permet pas la généralisation au sens statistique, mais on peut extrapoler nos résultats avec une confiance raisonnable, d'autant plus que le modèle que nous proposons est fondé sur l'interprétation des signes sociaux, ce qui permet une adaptation au contexte.

Ceci étant dit, il faut être prudent si on tente d'extrapoler les résultats à des contextes culturels différents du contexte nord-américain. Les rituels et les interactions sociales entourant la mort peuvent varier.

D'autre part, bien que le recrutement de cas ait été prospectif, les entrevues ont eu lieu plusieurs jours après la présentation du cas, de sorte qu'il est possible qu'il y ait eu un biais de mémoire. Puisque nous cherchions à mettre en valeur l'expérience globale des intervenants plutôt que les détails de chacun des cas, nous considérons que cette menace à la crédibilité de nos résultats est faible.

Comme mentionné dans l'article, le refus de participation de deux membres de famille, bien que significatif du point de vue de la triangulation des données, n'invalide pas nos résultats compte tenu de l'adoption d'une perspective de l'apprenant et la disponibilité d'une littérature sur la perspective du membre de famille. Cette possibilité avait été considérée lors de la conception de l'étude (voir Commentaire sur le risque de la méthode de recrutement retenue dans la section méthodologique).

Nous devons mentionner la possibilité de biais lié à la pression sociale en relation avec la présence de l'investigateur comme intervieweur puisque celui-ci est un collègue de

travail. Les médecins et infirmières interviewées ont pu fournir des réponses qui étaient jugées souhaitables pour plaire à l'investigateur.

Il faut également relever les limites d'une narration différée dans une entrevue rétrospective pour apprécier un contenu émotif. Un biais cognitif mnésique est potentiellement important.

Enfin, tel que mentionné dans l'article, un devis qualitatif permet une exploration large de plusieurs questions, incluant certaines du domaine affectif, mais ne permet pas toujours d'apporter des réponses définitives. En outre, la relation de causalité est difficile à établir avec certitude dans un tel devis et on ne peut pas faire de généralisation au sens statistique.

Perspectives pour la recherche

Les résultats de notre étude invitent à une réplication et une validation dans d'autres milieux et dans d'autres contextes culturels. En particulier, la structure de l'annonce gagnerait à être confirmée. Il faudrait également clarifier si le début de l'entrevue avec la famille devrait être l'annonce ou la cession de la parole à celle-ci. Nos données semblent favoriser la seconde approche, qui se rapproche davantage des modèles génériques d'annonce de mauvaise nouvelle de la littérature générale (voir Recension des écrits - L'annonce d'une mauvaise nouvelle dans la littérature médicale générale), mais nous ne pouvons trancher définitivement sur ce point. La sensibilité de cette façon de faire au contexte, à la culture et au style d'annonce de l'intervenant devrait être évaluée.

D'autre part, il serait avantageux de préciser la fonctionnalité des nouveaux concepts que sont les nœuds décisionnels du modèle et l'objectif global de la visite.

Le modèle lui-même devrait être testé auprès d'apprenants pour juger de son acceptabilité et de son utilité. Une évaluation en situation interdisciplinaire en accroîtrait l'authenticité. L'évaluation de la satisfaction des intervenants devrait être succédée par une évaluation de la satisfaction des membres de famille à la suite d'une annonce réalisée conformément au modèle et qui intègre l'objectif global de la visite. Tel que nous en avons discuté (voir Réflexion sur les limites du niveau d'évidence à rechercher dans la littérature), l'évaluation de l'ajustement des membres de la famille au deuil en fonction de l'annonce réalisée au SU n'est probablement pas réaliste.

Finalement, puisque les modes de soutien qui sont proposés pour d'autres contextes semblent peu appropriés au SU, une exploration des modes les plus adaptés à ce contexte serait souhaitable.

Conclusion

Nous avons démontré que les intervenants d'expérience utilisent une approche interdisciplinaire fondée sur une structure d'annonce stable pour divulguer un décès à une famille au service des urgences. En dépit de la stabilité de cette structure, les intervenants sont unanimes à rejeter l'application d'un protocole, jugé trop rigide, et insistent sur la flexibilité requise lors des interactions avec la famille.

La solution que nous avançons pour l'apprentissage des compétences requises repose sur un modèle qui déploie la structure en intégrant des *nœuds décisionnels* qui nécessitent une lecture de la situation sociale par l'intervenant. Ces nœuds agissent comme des charnières permettant une flexibilité et un arrimage aux besoins de la famille.

L'application du modèle à l'intérieur d'un objectif global de soutien à la restructuration et la restauration du tissu relationnel familial, durant le séjour au service des urgences, accroît la flexibilité et oriente les interventions des intervenants dans un savoir-agir adapté à chacune des situations rencontrées.

Nous croyons que cette approche aidera à l'apprentissage des compétences qui doivent être mobilisées pour accompagner efficacement et avec empathie les familles éprouvées par le décès d'un proche.

Bibliographie

- Abbott, J. T., & Stone, S. (2010). End of Life. Dans J. A. Marx, R. S. Hockberger, R. M. Walls & J. Adams (Éds.), *Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice* (Vol. 2), (7^e éd.) (pp. 2569-2581). Philadelphia: Mosby/Elsevier.
- Adamowski, K., Dickinson, G., Weitzman, B., Roessler, C., & Carter-Snell, C. (1993). Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. *Canadian Medical Association Journal*, *149*(10), 1445-1451.
- Ahrens, W., Hart, R., & Maruyama, N. (1997). Pediatric death: managing the aftermath in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, *15*(5), 601-603.
- Ahrens, W. R., & Hart, R. G. (1997). Emergency physicians' experience with pediatric death. *American Journal of Emergency Medicine*, *15*(7), 642-643.
- Alderman, C. (1999). Unfinished business. *Nursing Standard* *13*(52), 16-17.
- Ambuel, B., & Mazzone, M. F. (2001). Breaking bad news and discussing death. *Primary Care; Clinics in Office Practice*, *28*(2), 249-267.
- American Academy of Pediatrics, & American College of Emergency Physicians. (2002). Death of a child in the emergency department, a joint statement by the American Academy of Pediatrics and the American College of Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine*, *40*(4), 409-410.
- Aspegren, K. (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine - A review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, *21*(6), 563-570.
- Back, K. J. (1991). Sudden, unexpected pediatric death: caring for the parents. *Pediatric Nursing*, *17*(6), 571-575.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, *5*(4), 302-311.
- Barnett, M. M., Fisher, J. D., Cooke, H., James, P. R., & Dale, J. (2007). Breaking bad news: consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. *Medical Education*, *41*(10), 947-956.
- Benenson, R. S., & Pollack, M. L. (2003). Evaluation of emergency medicine resident death notification skills by direct observation. *Academic Emergency Medicine*, *10*(3), 219-223.
- Blake, A. (1985). The loss of a baby. *Nursing (Lond)*, *2*(43), 1270-1274.
- Boulé, R., & Girard, G. (2005). L'annonce d'une mauvaise nouvelle. Dans C. Richard & M.-T. Lussier (Éds.), *La communication professionnelle en santé* (pp. 267-289). Saint-Laurent: Editions du nouveau pédagogique Inc. (ERPI).
- Bruera, E., Palmer, J. L., Pace, E., Zhang, K., Willey, J., Strasser, F., et al. (2007). A randomized, controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer patients. *Palliative Medicine*, *21*(6), 501-505.
- Buckman, R., & Kason, Y. (1992). *How to break bad news : a guide for health care professionals*. Toronto: University of Toronto Press.

- Buckman, R., & Kason, Y. (2001). *S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades : guide du professionnel de santé*. Paris: Masson.
- Bugen, L. A. (1977). Human grief: a model for prediction and intervention. *Am J Orthopsychiatry*, 47(2), 196-206.
- Burgess, K. (1992). Supporting bereaved relatives in A&E. *Nursing Standard*, 6(19), 36-39.
- Cegala, D. J., & Lenzmeier Broz, S. (2002). Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Med Educ*, 36(11), 1004-1016.
- Chan, G. K. (2004). End-of-life models and emergency department care. *Academic Emergency Medicine*, 11(1), 79-86.
- Cooke, M. W. (1993). Care of the bereaved in the accident and emergency department. *Care of the Critically Ill* 9(5), 199-201.
- Cooke, M. W., Cooke, H. M., & Glucksman, E. E. (1992). Management of sudden bereavement in the accident and emergency department. *BMJ*, 304(6836), 1207-1209.
- Davidhizar, R., & Kirk, B. (1993). Emergency room nurses: helping families cope with sudden death. *Journal of Practical Nursing*, 43(2), 14-19.
- Davies, J. (1997). Grieving after a sudden death: the impact of the initial intervention. *Accident & Emergency Nursing*, 5(4), 181-184.
- Dias, L., Chabner, B. A., Lynch, T. J., Jr., & Penson, R. T. (2003). Breaking bad news: a patient's perspective. *Oncologist*, 8(6), 587-596.
- Dosanjh, S., Barnes, J., & Bhandari, M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Medical education*, 35(3), 197-205.
- Dubin, W. R., & Sarnoff, J. R. (1986). Sudden unexpected death: intervention with the survivors. *Annals of Emergency Medicine*, 15(1), 54-57.
- Edlich, R. F., & Kubler-Ross, E. (1992). On death and dying in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 10(2), 225-229.
- Ewins, D., & Bryant, J. (1992). Relative comfort... caring for the newly bereaved relative in an A&E department. *Nursing Times* 88(52), 61-63.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*, 363(9405), 312-319.
- Finlay, I., & Dallimore, D. (1991). Your child is dead. *BMJ*, 302(6791), 1524-1525.
- Flam, R. (1998). Aider les proches de patients décédés inopinément aux urgences. *Soins; La Revue de Reference Infirmiere*(625), 26-29.
- Flam, R. (1999). Helping the bereaved at the emergency department: a study at the Brussels University Hospital. *International Journal of Trauma Nursing*, 5(3), 95-98.
- Fraser, S., & Atkins, J. (1990). Survivors' recollections of helpful and unhelpful emergency nurse activities surrounding sudden death of a loved one. *Journal of Emergency Nursing* 16(1), 13-16.

- Giacomini, M., & Cook, D. J. (2008). Qualitative research. Dans G. Guyatt, D. Rennie, M. O. Meade & D. J. Cook (Éds.), *Users' guide to the medical literature: A manual for evidence-based practice*. (2^e éd.) (pp. 341-360). New York: McGraw-Hill.
- Gilbert, K. R., & Smart, L. S. (1992). *Coping with infant or fetal loss: The couple's healing process*. New York: Brunner/Mazel.
- Girgis, A., & Sanson-Fisher, R. W. (1995). Breaking bad news. *Journal of Clinical Oncology*, 13(9), 2449-2456.
- Girgis, A., & Sanson-Fisher, R. W. (1998). Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians. *Behavioral Medicine*, 24(2), 53-59.
- Haegy, J.-M. (2005). L'annonce de la mauvaise nouvelle aux urgences *Soins; La Revue de Reference Infirmiere*(697), 43-44.
- Hallgrimsdottir, E. M. (2000). Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 611-619.
- Harrhill, M. (1997). Giving bad news compassionately: a 2-hour medical school educational program. *Journal of Emergency Nursing*, 23(5), 496-498.
- Harrison, M. E., & Walling, A. (2010). What do we know about giving bad news? A review. *Clinical Pediatrics*, 49(7), 619-626.
- Hart, R. G., & Ahrens, W. R. (1998). Coping with pediatric death in the ED by learning from parental experience. *American Journal of Emergency Medicine*, 16(1), 67-68.
- Henry, J., & Cormier, J. (1987-2006). *Glossaire pédagogique: Compétence*. Récupéré le 24 novembre 2010 de <http://www.csrnd.qc.ca/discas/glossaire/FGlossaire.html>, <http://www.csrnd.qc.ca/discas/>
- Hobgood, C. (2011). Grief, death and dying, DNR/DNI orders, delivering effective death notifications in the emergency department. Dans J. E. Tintinalli, J. S. Stapczynski, D. M. Cline, O. J. Ma, R. K. Cydulka & G. D. Meckler (Éds.), *Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide* (7^e éd.) (pp. 2017-2021). New York: McGraw-Hill.
- Hobgood, C., Harward, D., Newton, K., & Davis, W. (2005). The educational intervention "GRIEV_ING" improves the death notification skills of residents. *Academic Emergency Medicine*, 12(4), 296-301.
- Holland, L., & Rogich, L. E. (1980). Dealing with grief in the emergency room. *Health & Social Work*, 5(2), 12-17.
- Iseron, K. V. (1999). *Grave words: Notifying survivors about sudden unexpected death*. Tucson, AZ: Galen Press, Ltd.
- Iseron, K. V. (2000). The gravest words: sudden-death notifications and emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, 36(1), 75-77.
- Jennings, P. (2002). Should paediatric units have bereavement support posts? *Archives of Disease in Childhood*, 87(1), 40-42.
- Jones, W. H., & Buttery, M. (1981). Sudden death: survivors' perceptions of their emergency department experience. *J Emerg Nurs*, 7(1), 14-17.

- Jouquan, J., & Bail, P. (2003). À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? *Pédagogie médicale*, 4(3), 163-175.
- Jurkovich, G. J., Pierce, B., Pananen, L., & Rivara, F. P. (2000). Giving bad news: the family perspective. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 48(5), 865-870.
- Kaltman, S., & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *J Anxiety Disord*, 17(2), 131-147.
- Knapp, J., Mulligan-Smith, D., & American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. (2005). Death of a child in the emergency department. *Pediatrics*, 115(5), 1432-1437.
- Knazik, S. R., Gausche-Hill, M., Dietrich, A. M., Gold, C., Johnson, R. W., Mace, S. E., et al. (2003). The death of a child in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 42(4), 519-529.
- Kurtz, S. M., Silverman, J., & Draper, J. (2005). Teaching and learning communication skills in medicine (2^e éd., pp. xiv, 369). Oxford ; San Francisco: Radcliffe Pub.
- Laborie, J. M., A., H., & P., C. (2002). Notification of death to the family in the emergency department and in out-of-hospital medicine. *Jeur*, 15(1), 5-14.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal: Guérin.
- Leash, R. M. (1996). Death notification: practical guidelines for health care professionals. *Critical Care Nursing Quarterly* 19(1), 21-34.
- LeBrocq, P., Charles, A., Chan, T., & Buchanan, M. (2003). Establishing a bereavement program: caring for bereaved families and staff in the emergency department. *Accident & Emergency Nursing*, 11(2), 85-90.
- Legendre, M.-F. (2008). La notion de compétence au coeur des réformes curriculaires: effet de mode ou moteur de changements en profondeur? Dans F. Audigier & N. Tutiaux-Guillon (Éds.), *Compétences et contenus : les curriculums en questions* (1^e éd.) (pp. 27-50). Bruxelles: De Boeck.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. (3^e éd.). Montréal: Guérin.
- Levetown, M. (2004). Breaking bad news in the emergency department: when seconds count. *Topics in Emergency Medicine* 26(1), 35-43.
- Li, S. P., Chan, C. W. H., & Lee, D. T. F. (2002). Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 170-180.
- Lundin, T. (1984). Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *Br J Psychiatry*, 144, 84-88.
- Main, J. (2000). Improving management of bereavement in general practice based on a survey of recently bereaved subjects in a single general practice. *Br J Gen Pract*, 50(460), 863-866.
- Marrow, J. (1996). Telling relatives that a family member has died suddenly. *Postgraduate Medical Journal*, 72(849), 413-418.

- Meitar, D., Karnieli-Miller, O., & Eidelman, S. (2009). The impact of senior medical students' personal difficulties on their communication patterns in breaking bad news. *Academic Medicine, 84*(11), 1582-1594.
- Mian, P. (1990). Sudden bereavement: nursing interventions in the ED. *Critical Care Nurse 10*(1), 30-31.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2^e éd.). Paris: De Boeck Université.
- Miles, M. S., & Perry, K. (1985). Parental responses to sudden accidental death of child. *Critical Care Quarterly, 8*(1), 73-84.
- Minichiello, T. A., Ling, D., & Ucci, D. K. (2007). Breaking bad news: a practical approach for the hospitalist. *Journal of Hospital Medicine (Online), 2*(6), 415-421.
- Nguyen, D.-Q., & Blais, J.-G. (2007). Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie médicale, 8*(4), 232-251.
- O'Connor, S., & Gervasini, A. (2001). Trauma death of a 28-year-old: two clinicians help a family to view the body and keep a lock of hair. *Journal of Emergency Nursing 27*(2), 159-161.
- Olsen, J. C., Buenefe, M. L., & Falco, W. D. (1998). Death in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine, 31*(6), 758-765.
- Owen, G., Robert, F., & Markusen, E. (1982). Death at a distance: A study of family survivors. *Omega - Journal of death and dying, 13*(3), 191-225.
- Park, I., Gupta, A., Mandani, K., Haubner, L., & Paekler, B. (2010). Bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *Journal of Emergencies Trauma & Shock, 3*(4), 385-388.
- Parker-Raley, J., Jones, B. L., & Maxson, R. T. (2008). Communicating the death of a child in the emergency department: managing dialectical tensions. *J Healthc Qual, 30*(5), 20-31.
- Parkes, C. M. (1964a). Effects of Bereavement on Physical and Mental Health--a Study of the Medical Records of Widows. *British Medical Journal, 2*(5404), 274-279.
- Parkes, C. M. (1964b). Recent Bereavement as a Cause of Mental Illness. *British Journal of Psychiatry, 110*, 198-204.
- Parkes, C. M. (1980). Bereavement counselling: does it work? *British Medical Journal, 281*(6232), 3-6.
- Parrish, G. A., Holdren, K. S., Skiendzielewski, J. J., & Lumpkin, O. A. (1987). Emergency department experience with sudden death: a survey of survivors. *Ann Emerg Med, 16*(7), 792-796.
- Pauls, M. A., & Ackroyd-Stolarz, S. (2006). Identifying bioethics learning needs: a survey of Canadian emergency medicine residents. *Academic Emergency Medicine, 13*(6), 645-652.
- Plantz, D. M. (2008). The death of children in the emergency department: the psychosocial and administrative response. *Pediatr Emerg Care, 24*(9), 632-637; quiz 638-639.

- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Perspectives on care at the close of life. Caring for bereaved patients: "all the doctors just suddenly go". *JAMA*, 286(11), 1369-1376.
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *Jama*, 276(6), 496-502.
- Purves, Y., & Edwards, S. (2005). Initial needs of bereaved relatives following sudden and unexpected death. *Emergency Nurse* 13(7), 28-34.
- Quest, T. E. (2008). *The hardest news: death disclosure in the emergency department.*, 10. Récupéré le 18 août 2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562155/>
- Quest, T. E., Otsuki, J. A., Banja, J., Ratcliff, J. J., Heron, S. L., & Kaslow, N. J. (2002). The use of standardized patients within a procedural competency model to teach death disclosure. *Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1326-1333.
- Rabow, M. W., & McPhee, S. J. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*, 171(4), 260-263.
- Rassin, M., Levy, O., Schwartz, T., & Silner, D. (2006). Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors, and nurses' points of view. *Cancer Nurs*, 29(4), 302-308.
- Richard, C., & Lussier, M.-T. (2005). *La communication professionnelle en santé*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). (2005). *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework*. Récupéré le 15 février 2008 de <http://repsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada/Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (RCPSC). (2005). *Cadre CanMEDS 2005*. Récupéré le 24 novembre 2010 de http://crmcc.medical.org/canmeds/bestpractices/framework_f.pdf, <http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>
- Rutkowski, A. (2002). Death notification in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 40(5), 521-523.
- Schmidt, T. A., Norton, R. L., & Tolle, S. W. (1992). Sudden death in the ED: educating residents to compassionately inform families. *Journal of Emergency Medicine*, 10(5), 643-647.
- Schmidt, T. A., & Tolle, S. W. (1990). Emergency physicians' responses to families following patient death. *Annals of Emergency Medicine*, 19(2), 125-128.
- Schoolfield, M. (1992). Difficult situations in the emergency department: a nursing perspective. *Topics in Emergency Medicine* 14(2), 29-44.
- Scott, J. L., Sanford, S. M., Strong, L., & Gable, K. (1995, published online 29 SEP 2008). *Survivor notification of sudden death in the emergency department*. Communication présentée SAEM annual meeting.
- Selbst, S. M., & De Piero, A. O. (2004). Medical-Legal considerations. Dans M. Gausche-Hill, S. Fuchs & L. Yamamoto (Éds.), *APLS: The emergency medicine resource* (4^e éd.) (pp. 610-637). Boston: American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Medicine, .

- Silverman, J., Kurtz, S. M., & Draper, J. (2005). Skills for communicating with patients (2^e éd., pp. xiii, 264). Oxford, UK ; San Francisco, CA: Radcliffe Pub.
- Swisher, L. A., Nieman, L. Z., Nilsen, G. J., & Spivey, W. H. (1993). Death notification in the emergency department: a survey of residents and attending physicians. *Ann Emerg Med*, 22(8), 1319-1323.
- Takayesu, J. K., & Hutson, H. R. (2004). Communicating life-threatening diagnoses to patients in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 43(6), 749-755.
- Tardif, J., Fortier, G., & Préfontaine, C. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière-éducation.
- Thistlethwaite, J. (2009). Breaking bad news—skills and evidence. *InnovAIT*, 2(10), 605-612.
- Tolle, S. W., Bascom, P. B., Hickam, D. H., & Benson, J. A., Jr. (1986). Communication between physicians and surviving spouses following patient deaths. *Journal of General Internal Medicine*, 1(5), 309-314.
- Tolle, S. W., & Girard, D. E. (1983). The physician's role in the events surrounding patient death. *Arch Intern Med*, 143(7), 1447-1449.
- Tye, C. (1993). Qualified nurses' perceptions of the needs of suddenly bereaved family members in the accident and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 18(6), 948-956.
- Vanezis, M., & McGee, A. (1999). Mediating factors in the grieving process of the suddenly bereaved. *British Journal of Nursing*, 8(14), 932-937.
- Von Bloch, L. (1996). Breaking the bad news when sudden death occurs. *Social Work in Health Care*, 23(4), 91-97.
- Walsh, R. A., Girgis, A., & Sanson-Fisher, R. W. (1998). Breaking bad news. 2: What evidence is available to guide clinicians? *Behavioral Medicine*, 24(2), 61-72.
- Walters, D. T., & Tupin, J. P. (1991). Family grief in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 9(1), 189-206.
- Wellesley, A., Glucksman, E., & Crouch, R. (1997). Organ donation in the accident and emergency department: a study of relatives' views. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 14(1), 24-25.
- Wells, P., & Wills, P. J. (1993). Preparing for sudden death: social work in the emergency room. *Social Work*, 38(3), 339-342.
- Wiki. (2010). *Compétence*. Récupéré le 24 novembre 2010 de <http://wiki.univ-paris5.fr/wiki/Compétence>
- Williams, A. G., O'Brien, D. L., Laughton, K. J., & Jelinek, G. A. (2000). Improving services to bereaved relatives in the emergency department: making healthcare more human. *Medical Journal of Australia*, 173(9), 480-483.
- Williams, M. (1984). Use of a concluding process to assist grieving families. *Journal of Emergency Nursing*, 10(5), 254-258.
- Wisten, A., & Zingmark, K. (2007). Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death--a qualitative study. *Resuscitation*, 74(1), 68-74.

- Yates, D. W., Ellison, G., & McGuiness, S. (1990). Care of the suddenly bereaved. *BMJ*, *301*(6742), 29-31.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research : design and methods*. (3^e éd.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer*, *88*(5), 658-665.
- Zalenski, R., Gillum, R. F., Quest, T. E., & Griffith, J. L. (2006). Care for the adult family members of victims of unexpected cardiac death. *Academic Emergency Medicine*, *13*(12), 1333-1338.

Annexes

Annexe 1: Tableau annonce de mauvaise nouvelle de Girgis

Tableau XI : Principes et étapes à respecter pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle selon Girgis (basé sur le guide de pratique initial issu d'un consensus) (A. Girgis & Sanson-Fisher, 1998)
<i>Les 19 principes de l'annonce d'une mauvaise nouvelle</i>
1. Une seule personne est responsable de faire l'annonce
2. Cette personne devrait être le médecin senior
3. L'information communiquée devrait être exacte
4. La responsabilité du médecin est, d'abord, envers le patient, ensuite, envers la famille
5. S'assurer de la compréhension du patient
6. S'enquérir du niveau d'information que le patient désire
7. L'information est divulguée en étapes, sur plusieurs consultations
8. Informer le patient précocement de la possibilité de mauvaises nouvelles
9. Planifier la rencontre à un moment où les résultats de tests sont tous disponibles
10. Dévoiler le diagnostic dès qu'il est certain
11. Divulguer la nouvelle en personne (plutôt qu'au téléphone)
12. S'assurer que le temps disponible est suffisant pour la divulgation
13. Utiliser un endroit privé, se mettre au même niveau que le patient, éviter les interruptions
14. Offrir au patient d'être accompagné par des membres de famille ou autres personnes significatives
15. Obtenir la participation d'une infirmière ou travailleuse sociale
16. Informer le médecin de famille de ce que vous avez dit au patient et comment cette information a été reçue
17. Utiliser des indices non verbaux pour démontrer de la chaleur et de la sympathie : faire face au patient, garder un bon contact visuel, éviter d'interrompre, opiner de la tête, accorder sa pleine attention. Un contact physique peut être rassurant dans certains cas et ne pas être apprécié dans d'autres. On doit utiliser son jugement.
18. Utiliser un interprète professionnel, lorsque requis
19. Être sensibles aux différences raciales, culturelles, religieuses et sociales
<i>Les 13 étapes de l'annonce d'une mauvaise nouvelle</i>
1. S'installer dans un endroit privé et calme
2. S'assurer de l'absence d'interruptions
3. Vérifier la compréhension du patient
4. Offrir une information honnête dans un langage simple et non technique et sans être brusque. Répéter ou écrire l'information, au besoin.

5. Permettre l'expression des émotions. Avoir des papiers mouchoirs disponibles.
6. Répondre aux émotions avec empathie. Un contact physique peut être utilisé.
7. Éviter de donner un pronostic avec un temps bien défini
8. Éviter la notion que rien ne peut être fait en garantissant votre soutien tout en demeurant clair sur la nature palliative d'un traitement.
9. Convenir d'une consultation de suivi
10. Inclure le patient dans les décisions sur les options de traitement
11. Offrir de l'aide pour annoncer la nouvelle à d'autres membres de famille
12. Informer sur la disponibilité de groupes de soutien
13. Documenter le contenu de l'entrevue
Traduit et adapté de Girgis A, Sanson-Fisher RW. <i>Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians.</i> Behav Med 1998;24(2):53-9.

[RETOUR](#)

Annexe 2: Évidence sur l'impact à long terme de l'annonce

Tableau XII : Auteurs cités à l'effet que la manière d'annoncer un décès a un impact à long terme		
Nom de l'auteur et affirmation	Référence sur laquelle l'affirmation est basée	Commentaires sur l'évidence fournie par la référence
Abbott (2010)	Zalenski (2006)	Réfère à Kaltman (2003)
Adamowski (1993): “Appropriate intervention with survivors has significant effect on grief response and resolution.”	Holland (1980)	Pas d'évidence fournie.
Ahrens (1997) : “Although not specifically surveyed, a few parents wrote in that they wished they had been offered the opportunity to donate their baby's organs. For at least some parents, a lost opportunity to donate part of their baby to another child is a source of life-long regret.” “What transpires in the death-telling conference	Questionnaire 29 mois à 16 ans après un décès pédiatrique. Plusieurs parents avaient des regrets de ne pas avoir fait un don d'organe. Pas de données soutenant cette affirmation.	Les souvenirs sur le décès persistent des années. Pas d'évidence que la manière de l'annonce a un impact à long terme, sauf pour des regrets de ne pas avoir été offert de faire un don d'organe.

<p>will be part of the permanent memory of the dead child's family, and has the potential to be either profoundly healing or destructive.”</p>		
<p>Kaltman (2003)</p>	<p>Les deuils associés à des morts violentes sont plus susceptibles de provoquer des symptômes de stress post-traumatiques que les deuils associés à décès naturels.</p>	<p>Pas d'évidence sur la manière de l'annonce.</p>
<p>Back (1991) :</p> <p>“The initial contact w/ survivors will have a significant effect on their grief response. Inhibition of this grief process can result in pathological response.”</p> <p>“Although parents are in a state of shock, interviews indicate that they remember in detail how they were treated by staff. Positive experiences can help to soothe the feelings of loss.”</p>	<p>Dubin (1986)</p> <p>Miles & Perry (1985) (basé sur expérience clinique personnelle des auteurs et entrevues de la littérature)</p>	<p>Pas d'évidence sur la manière de l'annonce.</p> <p>Réfère à 2 articles de Parkes (1964a, 1964b)</p> <p>Pas d'évidence sur l'adaptation au deuil, mais le souvenir négatif, la colère et la frustration semblent persister si la manière d'annoncer (l'attitude) est inappropriée.</p>

<p>Elle cite: “Owen (1982) found the greatest effect on grief response is manner in which parents were informed of the death.”</p>	<p>Owen (1982)</p>	
<p>Bugen (1977)</p>		<p>Propose un modèle théorique dans lequel l'intensité du deuil dépend de la centralité de la relation avec le défunt et la perception que le décès était évitable.</p> <p>Pas d'évidence sur la manière de l'annonce.</p>
<p>Davies (1997) : “Improved adjustment after the 1st year for bereaved who had grief counselling”</p>	<p>Parkes (1980)</p>	<p>Pas d'évidence sur la manière de l'annonce.</p> <p>Évidence pour le counselling après l'annonce.</p>
<p>Dubin (1986) : “Initial contact w/ survivors will have significant impact on their grief response. Inadvertent inhibition of this process can result in a pathological response w/</p>	<p>Réfère à 2 articles de Parkes (1964a, 1964b)</p>	<p>Pas d'évidence sur la manière de l'annonce.</p> <p>Les deux articles démontrent un accroissement de la morbidité après le décès d'un proche.</p>

increased risk of morbidity and mortality.”		Aucune évidence sur une intervention quelconque.
<p>Fallowfield (2004): “An insensitive approach increases the distress of recipients of bad news, may exert a lasting impact on their ability to adapt and adjust, and can lead to anger and an increased risk of litigation.”</p> <p>“Research has shown that if bad news is communicated badly it can cause confusion, long lasting distress, and resentment; if done well, it can assist understanding, acceptance, and adjustment.”</p>	<p>Jurkovich (2000): “If family members did not feel informed appropriately, their memory of the caregivers was negative.” L’attitude du messager est démontrée comme l’élément le plus important dans cette étude.</p> <p>Finlay (1991): Business-like attitude seen as offensive. Insensitive signing of receipt for belonging caused offence.</p> <p>Pas de référence à l’appui de cette affirmation.</p>	<p>Pas d’évidence sur l’adaptation au deuil, mais le souvenir négatif, la colère et le ressentiment semblent persister si la manière d’annoncer (l’attitude) est inappropriée.</p> <p>L’attitude est l’élément central de l’annonce dont les parents se souviennent.</p> <p>La première partie de l’affirmation est soutenue, mais la seconde représente une inférence.</p>
Finlay (1991): “Business-		L’attitude est l’élément

<p>like attitude seen as offensive. Insensitive signing of receipt for belonging caused offence.”</p>		<p>central de l’annonce dont les parents se souviennent.</p>
<p>Jennings (2002) : “No studies showing effect of appropriate care around a child’s death Jenni Thomas experience as a 17-year counselor is that far fewer families who receive this care need formal counseling at a later date.”</p>	<p>Cite l’expérience personnelle d’une thérapeute</p>	<p>Pas d’évidence, sauf opinion.</p>
<p>Jones (1981) : “For survivors’ who have had traumatic experiences in the ED as a result of a poor emotional support process, haunting memories can do much to interfere with resolution of their grief.”</p>	<p>“The interviews were evidence that the anger survivors may feel as a result of poorly handled arrival and waiting process may be continued to be expressed for many months after the process has been completed. This anger may well interfere with resolution of the grief.”</p>	<p>Démontre que la colère ressentie suite à une annonce malhabile persiste des mois. La conclusion d’interférence avec la résolution du deuil est une inférence non documentée.</p>
<p>Jurkovich (2000): “If family members did not feel informed appropriately, their memory of the</p>	<p>Données provenant de questionnaires de membres de famille de patients décédés aux soins intensifs</p>	<p>Pas de données sur l’adaptation au deuil. La perception positive/négative est liée à</p>

<p>caregivers was negative.”</p>	<p>et au SU 2 à 6 mois après le décès.</p> <p>Le plus important : attitude du messenger, clarté du message, endroit privé, capacité de répondre aux questions.</p>	<p>la façon (manière) dont l’annonce est réalisée. Le souvenir de l’attitude encore très présent dans cette période de moins de 6 mois après l’événement.</p> <p>La conclusion d’interférence avec la résolution du deuil est une inférence non documentée.</p>
<p>Knapp (2005):</p> <p>“Effective counseling, especially at the time of death, has a dramatic, positive impact on the family’s grieving process, ultimate recovery, and ability to cope.”</p> <p>“The skill of caring professionals in the ED can make a difference. The relatively brief nature of the family’s interaction with health care providers can have a profound and enduring impact.”</p>	<p>Dubin (1986)</p> <p>Ahrens (1997)</p> <p>Holland (1980)</p> <p>Pas de soutien à cette affirmation.</p>	<p>Pas d’évidence sur la manière de l’annonce.</p> <p>Pas d’évidence, sauf pour regret de ne pas avoir été offert un don d’organe (voir Ahrens ci-dessus)</p> <p>Pas d’évidence</p>
<p>Holland (1980)</p>	<p>Pas d’évidence fournie</p>	<p>Pas d’évidence</p>

<p>LeBrocq (2003): “It appears that the manner, attitude and level of assistance displayed by the staff can have far reaching positive or negative effects on the families’ grieving process.”</p>	<p>Prigerson (2001)</p>	<p>Réfère à Main (2000)</p>
<p>Main (2000): “Quality of information giving and communication affected bereavement outcomes for some.”</p>	<p>Interviews in a general practice context, information given regularly was correlated with an impression of kindness. Manners of staff remembered more than content of conversation, except when content offensive. Poor communication caused distress.</p>	<p>Pas d’évidence sur l’adaptation au deuil, mais évidence qu’une communication médiocre dans une relation linéaire de pratique générale cause de la détresse et de la culpabilité.</p>
<p>Li (2002) : “Many studies showed that bereavement programs and professional care were effective in lowering the intensity of grief reactions and reducing psychosomatic symptom especially in sudden and traumatic</p>	<p>Pas de référence fournie en soutien à cette affirmation.</p>	<p>Pas d’évidence.</p>

<p>death.”</p>		
<p>Lundin (1984) :</p>	<p>Comparaison de la morbidité chez les survivants avant et après le décès dans une étude cas témoins.</p> <p>Augmentation de morbidité en termes de journées maladie et diagnostics psychiatriques après un décès inopiné lorsque compare à un décès prévu.</p> <p>Pas d’indication sur ce qui pourrait être fait pour modifier cette morbidité.</p>	<p>Pas d’évidence sur la manière de l’annonce.</p>
<p>Marrow (1996) :</p> <p>“Proper care reduces future psychopathology”</p>	<p>Lundin (1984)</p>	<p>Pas d’évidence sur la manière de l’annonce.</p>
<p>Mian (1990) :</p> <p>“An inhibition of grieving process in the ED can lead to serious difficulties in mourning the loss later.”</p>	<p>Dubin (1986)</p>	<p>Pas d’évidence sur la manière de l’annonce.</p>
<p>Parker-Raley (2008):</p> <p>“The way the families are treated by healthcare providers after their child has been declared dead has</p>	<p>Blake (1985)</p> <p>Gilbert & Smart (1992)</p>	<p>Pas d’évidence fournie.</p> <p>Pas de données sur l’adaptation au deuil.</p> <p>La perception</p>

<p>long-term effects on their grieving process.”</p>		<p>positive/négative est liée à la façon (manière) dont l’annonce est réalisée. Le souvenir de l’attitude demeure très vivant dans la mémoire.</p> <p>La conclusion d’interférence avec la résolution du deuil est une inférence non documentée.</p>
<p>Parkes (1964a)</p>	<p>Étude quantitative rétrospective qui démontre une augmentation du nombre de consultations avec le médecin de famille dans les 6 mois suivant le décès.</p>	<p>Pas d’évidence sur la manière de l’annonce.</p>
<p>Parkes (1964b)</p>	<p>Étude cas témoins montrant un accroissement du nombre de patients admis ayant subi un deuil.</p>	<p>Pas d’évidence sur la manière de l’annonce.</p>
<p>Parkes (1980)</p>	<p>Le soutien durant la période suivant le décès réduit le nombre de symptômes psychiatriques et psychosomatiques.</p>	<p>Pas d’évidence sur la manière de l’annonce.</p>
<p>Parrish (1987): “Interaction between ED</p>	<p>Dubin (1986)</p>	<p>Pas d’évidence sur la manière de l’annonce.</p>

personnel and survivors immediately after death probably affects the subsequent grief response...”		
Prigerson (2001)	Main (2000)	Pas d’évidence sur l’adaptation au deuil, mais évidence qu’une communication médiocre dans une relation linéaire de pratique générale cause de la détresse et de la culpabilité.
Quest (2002)	Tolle (1983) Tolle (1986)	Réfère à Bugen (1977) Un décès inopiné est associé à une adaptation pauvre
Tolle (1983): “It has been found that prolonged grief, which can result if the relatives believe death was preventable, can be avoided by informed discussions.”	Bugen (1977)	Pas d’évidence directe sur la manière de l’annonce.
Tolle (1986)	Mentionne que la morbidité et mortalité des conjoints survivants augmente dans l’année suivant le décès et	Pas d’évidence sur la manière de l’annonce.

	que des études démontrent qu'une intervention psychologique durant la période de deuil réduit les plaintes somatiques, la consommation de drogues et les visites chez le médecin.	
Tye (1993): "The time immediately surrounding the death of a close family member is considered to be crucial in determining a family's ability to accept the death and to deal with the crisis."	Dubin (1986) Fraser (1990)	Pas d'évidence sur la manière de l'annonce. Pas d'évidence. L'auteur indique que l'intervention au SU n'a pas démontré une amélioration du processus de deuil, mais qu'il est raisonnable de présumer que si!
Vanezis (1999): "Initial contact may have effect on grieving process and can reduce morbidity."	Dubin (1986) Lundin (1984)	Pas d'évidence sur la manière de l'annonce. Pas d'évidence sur la manière de l'annonce.
Wellesley (1997) : "The option of organ donation may help rather than hinder bereaved parents."	Finlay (1991)	59% of parents of deceased children who had not been approached wished they had been asked for organ donation.

<p>Williams (1984): “Grief work related to tasks of mourning that must be done to regain equilibrium, related to situational support including availability of health care professionals... Support and acceptance is vital at that point.”</p>	<p>Étude rétrospective aux résultats non concluants</p>	<p>Pas d’évidence sur la manière de l’annonce.</p>
<p>Zalenski (2006): “Competent, empathic death disclosure by hospital staff may help to prevent the mental and physical morbidity and mortality associated with bereavement. Poorly delivered disclosures of trauma death may have long-term negative effects on survivors.”</p>	<p>Kaltman (2003)</p>	<p>Pas d’évidence sur la manière de l’annonce. A démontré qu’un décès traumatique comportait plus de séquelles psychologiques.</p>
<p>Iseron (1999)</p>		<p>Pas d’évidence sur la manière de l’annonce.</p>

[RETOUR](#) à Introduction

Annexe 3: Utilité des interventions au SU

Tableau XIII : Utilité des interventions possibles lors de l'annonce d'un décès au service des urgences			
Intervention	Utile	Peu ou pas utile	Proposée (mais non appuyée par des données)
Rencontrer la famille sans délai à leur arrivée	Adamowski (1993) Parrish (1987) Mian (1990) Tye (1993) Ewins (1992)		Dubin (1986) Chan (2004) Levetown (2004) Von Bloch (1996) Williams (2000) Purves (2005) Burgess (1992) Back (1991) Cooke (1993) Rutkowski (2002) Abbott (2010) Quest (2008) Iseron (1999) Jones (1981)
Donner de l'information régulièrement à la famille durant la réanimation	Adamowski (1993) Parrish (1987) Mian (1990) Ewins (1992)	Flam (1998)	Knazik (2003) Walters (1991) Dubin (1986) Hart (1998) Levetown (2004) Von Bloch (1996) Williams (2000) Purves (2005) Burgess (1992) Yates (1990) Back (1991) Cooke (1993) Rutkowski (2002) Hallgrimsdottir (2000) Schmidt (1992) Abbott (2010) Iseron (1999) Jones (1981)
Considérer de permettre la présence de membres de famille dans la salle durant la	Adamowski (1993) Ahrens (1997)		Marrow (1996) Knapp (2005) Chan (2004) Hart (1998) Levetown (2004) Williams (2000) Cooke (1993) Rutkowski

réanimation	Finlay (1991)		(2002) Iserson (1999) Hobgood (2011) Zalenski (2006) Plantz (2008)
Reprendre le contrôle de ses émotions avant de rencontrer la famille			Walters (1991) Edlich (1992)
Préparer sa formulation avant de rencontrer la famille / S'assurer de l'identité du défunt			Knazik (2003) Walters (1991) Marrow (1996) Edlich (1992) Harrahill (1997) Abbott (2010)
Regrouper les membres de famille pour l'annonce	Tolle (1983)		Hobgood (2005) Knazik (2003) Adamowski (1993) Levetown (2004) Williams (2000) Schmidt (1992) Iserson (1999) Hobgood (2011)
S'installer dans une pièce privée	Fraser (1990) Jurkovich (2000) Tolle (1983) Mian (1990) Tye (1993) Finlay (1991) Ewins (1992)		Olsen (1998) Knazik (2003) LeBrocq (2003) Walters (1991) Adamowski (1993) Marrow (1996) Dubin (1986) Hart (1998) Levetown (2004) Von Bloch (1996) Edlich (1992) Williams (2000) Yates (1990) Back (1991) Cooke (1993) Rutkowski (2002) Hallgrimsdottir (2000) Schmidt (1992) Haegy (2005) Laborie

			(2002) Abbott (2010) Iseron (1999) Hobgood (2011) Selbst (2004) Jones (1981) Plantz (2008)
S'identifier			Olsen (1998) Hobgood (2005) Knazik (2003) Walters (1991) Marrow (1996) Dubin (1986) Levetown (2004) Von Bloch (1996) Edlich (1992) Burgess (1992) Rutkowski (2002) Schmidt (1992) Haegy (2005) Harrahill (1997) Laborie (2002) Park (2010) Abbott (2010) Zalenski (2006) Iseron (1999) Hobgood (2011) Quest (2002)
Identifier les membres de famille			Olsen (1998) Knazik (2003) Walters (1991) Marrow (1996) Dubin (1986) Levetown (2004) Von Bloch (1996) Edlich (1992) Rutkowski (2002) Schmidt (1992) Haegy (2005) Laborie (2002) Abbott (2010) Iseron (1999) Hobgood (2011)
Contact visuel au même niveau/S'asseoir/ Proximité physique			Olsen (1998) Knazik (2003) Walters (1991) Marrow (1996) Levetown (2004) Edlich (1992) Williams (2000) Takayesu (2004) Hallgrimsdottir (2000)

			Haegy (2005) Harrahill (1997) Laborie (2002) Abbott (2010) Zalenski (2006) Hobgood (2011) Selbst (2004) Quest (2002)
Utiliser le nom du patient			Olsen (1998) Hobgood (2005) Dubin (1986) Hart (1998) Levetown (2004) Edlich (1992) Rutkowski (2002) Takayesu (2004) Schmidt (1992) Harrahill (1997) Laborie (2002) Hobgood (2011) Selbst (2004)
Demander ce que la famille sait			Leash (1996) Hobgood (2005) Adamowski (1993) Marrow (1996) Levetown (2004) Edlich (1992) Burgess (1992) Haegy (2005) Harrahill (1997) Park (2010) Abbott (2010) Iserson (1999) Hobgood (2011)
Commencer son intervention en partant de la fin du récit du membre de famille			Leash (1996) Hobgood (2011)
Donner une chronologie des événements /Expliquer les manœuvres de réanimation	LeBrocq (2003) Fraser (1990) Parrish		Olsen (1998) Leash (1996) Hobgood (2005) Benenson (2003) Walters (1991) Adamowski (1993) Dubin (1986) Von Bloch (1996) Edlich

	(1987) Flam (1998) Wisten (2007)		(1992) Purves (2005) Rutkowski (2002) Cooke (1993) Laborie (2002) Park (2010) Abbott (2010) Zalenski (Zalenski, Gillum, Quest, & Griffith, 2006) Hobgood (2011) Selbst (2004) Quest (2002) Plantz (2008)
Utiliser un langage clair/ Éviter le jargon médical	LeBrocq (2003) Davidhizar (1993) Fraser (1990) Jurkovich (2000) Mian (1990) Flam (1999)		Olsen (1998) Marrow (1996) Hart (1998) Levetown (2004) Von Bloch (1996) Edlich (1992) Burgess (1992) Rutkowski (2002) Schmidt (1992) Haegy (2005) Harrahill (1997) Laborie (2002) Park (2010) Abbott (2010) Zalenski (2006) Iserson (1999) Hobgood (2011) Plantz (2008)
Donner une information honnête	LeBrocq (2003)		Yates (1990) Back (1991) Hallgrimsdottir (2000) Selbst (2004) Plantz (2008)
Apprendre la nouvelle du médecin	Ahrens (1997) Scott (1995)	Tolle (1983) Tye (1993) Cooke (1993) Ewins (1992) Jones (1981)	Yates (1990) Haegy (2005) Plantz (2008)
Prévenir / Présager de la gravité des	Li (2002)	Fraser (1990) Flam (1998)	Walters (1991) Levetown (2004) Von Bloch (1996)

nouvelles à venir			Purves (2005) Burgess (1992) Back (1991) Cooke (1993) Haegy (2005) Abbott (2010) Zalenski (2006) Iseron (1999) Hobgood (2011) Selbst (2004) Quest (2002)
Être alertes aux indices verbaux et non verbaux que la famille est prête à recevoir la nouvelle			Marrow (1996) Schmidt (1992) Harrahill (1997)
Utiliser un langage paraverbal adéquat (débit verbal lent et un ton bas)			Dubin (1986) Purves (2005) Haegy (2005) Harrahill (1997) Iseron (1999) Abbott (2010) Zalenski (2006) Selbst (2004) Jones (1981) Quest (2002)
Attitude bienveillante / Compassion / Porter attention à son langage non verbal (attitude corporelle)	Jurkovich (2000) Mian (1990) Tye (1993) Finlay (1991) Wisten (2007)		LeBrocq (2003) Hart (1998) Von Bloch (1996) Edlich (1992) Williams (2000) Purves (2005) Back (1991) Davies (1997) Cooke (1992) Takayesu (2004) Haegy (2005) Laborie (2002) Davies (1997) Abbott (2010) Zalenski (2006) Jones (1981) Quest (2002) Plantz (2008)
Utiliser le mot « décédé »	Wisten (2007)	Flam (1999)	Olsen (1998) Hobgood (2005) Benenson (2003) Walters (1991) Marrow (1996) Cooke

			(1993) Schmidt (1992) Harrahill (1997) Laborie (2002) Abbott (2010) Levetown (2004) Purves (2005) Wells (1993) Haegy (2005) Park (2010) Abbott (2010) Zalenski (2006) Quest (2008) Iseron (1999) Hobgood (2011) Selbst (2004) Quest (2002)
Faire une pause pour la réaction / Demeurer présent en silence et calme			Olsen (1998) Hobgood (2005) Knazik (2003) Walters (1991) Davies (1997) Levetown (2004) Edlich (1992) Williams (2000) Purves (2005) Back (1991) Cooke (1993) Rutkowski (2002) Schmidt (1992) Haegy (2005) Harrahill (1997) Laborie (2002) Park (2010) Abbott (2010) Zalenski (2006) Quest (2008) Iseron (1999) Hobgood (2011) Selbst (2004) Quest (2002)
Faire sentir que l'expression de son chagrin est acceptable	Davidhizar (1993) Fraser (1990)		Benenson (2003) Knazik (2003) Walters (1991) Dubin (1986) Davies (1997) Back (1991) Haegy (2005) Laborie (2002) Park (2010)
Donner la cause probable du décès	Tolle (1983) Yates (1990)		Leash (1996) Knazik (2003) Adamowski (1993) Dubin

	Wisten (2007)		(1986) Cooke (1993)
Corriger les idées fausses			Knazik (2003) Levetown (2004)
Tolérer le déni			Walters (1991) Dubin (1986) Von Bloch (1996) Edlich (1992)
Rassurer que le défunt n'a pas souffert	Mian (1990) Wisten (2007)		Adamowski (1993) Vanezis (1999) Knapp (2005) Edlich (1992) Cooke (1993) Schmidt (1992) Haegy (2005) Harrahill (1997) Laborie (2002) Abbott (2010) Iseron (1999) Hobgood (2011) Selbst (2004)
Rassurer que tout a été fait pour tenter de sauver la vie	LeBrocq (2003) Tolle (1983) Mian (1990) Flam (1999)		Olsen (1998) Adamowski (1993) Vanezis (1999) Chan (2004) Edlich (1992) Williams (2000) Purves (2005) Burgess (1992) Back (1991) Rutkowski (2002) Schmidt (1992) Haegy (2005) Harrahill (1997) Laborie (2002) Abbott (2010) Zalenski (2006) Iseron (1999) Quest (2002)
Rassurer que les proches ont agi correctement / Rassurer que le décès était inévitable	Tolle (1983)		Knazik (2003) Walters (1991) Dubin (1986) Hart (1998) Levetown (2004) Back (1991) Schmidt (1992) Harrahill (1997) Abbott (2010) Iseron (1999)

			Selbst (2004)
Être présent au chevet/Rassurer que le défunt n'était pas seul au moment du décès	Tolle (1983)		Vanezis (1999) Williams (2000) Schmidt (1992) Harrahill (1997)
Éviter de dire que l'on est désolé			Walters (1991) Laborie (2002) Park (2010) Iserson (1999)
Contact physique d'un membre de famille par un intervenant (toucher)	Ewins (1992)	Jurkovich (2000)	Knazik (2003) Walters (1991) Dubin (1986) Levetown (2004) Edlich (1992) Purves (2005) Back (1991) Cooke (1993) Takayesu (2004) Schmidt (1992) Laborie (2002)
Écouter	Tye (1993) Wisten (2007)		Walters (1991) Marrow (1996) Dubin (1986) Iserson (1999) Selbst (2004)
Repérer un proche aidant avec lequel collaborer pour l'intervention			Dubin (1986) Haegy (2005)
Permettre de passer du temps seul (en privé)	Cooke (1993)		Knazik (2003) Adamowski (1993) Marrow (1996) Burgess (1992) Cooke (1993) Schmidt (1992) Harrahill (1997) Iserson (1999) Selbst (2004)
Refléter les propos du membre de famille			
Aviser de l'apparence			Marrow (1996) Von Bloch

du corps avant la visualisation du corps			(1996) Cooke (1993) Rutkowski (2002) Schmidt (1992) Laborie (2002) Abbott (2010) Iseron (1999) Selbst (2004) Plantz (2008) Jones (1981)
Visualiser le corps du défunt (confrontation au corps)	Davidhizar (1993) Fraser (1990) Ahrens (1997) Li (2002) Mian (1990) Finlay (1991) Ewins (1992)		Olsen (1998) Hobgood (2005) Knazik (2003) Walters (1991) Adamowski (1993) Marrow (1996) Dubin (1986) Davies (1997) Edlich (1992) Williams (2000) Purves (2005) Yates (1990) Back (1991) Cooke (1993) Rutkowski (2002) Schmidt (1992) Haegy (2005) Laborie (2002) Abbott (2010) Zalenski (2006) Iseron (1999) Hobgood (2011) Selbst (2004) Plantz (2008) Jones (1981) Quest (2002)
Toucher le corps du défunt	Li (2002) Finlay (1991)		Vanezis (1999) Marrow (1996) Hart (1998) Burgess (1992) Cooke (1992) Harrahill (1997) Abbott (2010) Selbst (2004) Jones (1981)
Répondre aux questions	Jurkovich (2000) Finlay (1991)		Olsen (1998) Hobgood (2005) Benenson (2003) Walters (1991) Adamowski (1993) Knapp (2005) Dubin (1986)

	Wisten (2007)		Chan (2004) Davies (1997) Von Bloch (1996) Edlich (1992) Williams (2000) Back (1991) Hallgrimsdottir (2000) Schmidt (1992) Harrahill (1997) Laborie (2002) Park (2010) Iserson (1999) Hobgood (2011) Plantz (2008)
Répéter l'information / Vérifier la compréhension	Finlay (1991) Wisten (2007)		Dubin (1986) Yates (1990) Haegy (2005) Levetown (2004) Laborie (2002)
Offrir des papiers-mouchoirs, de l'eau, du café ou thé	Fraser (1990)	Li (2002) Tye (1993)	Knazik (2003) LeBrocq (2003) Levetown (2004) Von Bloch (1996) Burgess (1992) Yates (1990) Back (1991) Cooke (1993) Takayesu (2004) Selbst (2004) Jones (1981)
Offrir d'utiliser le téléphone/ la salle de bain	Ewins (1992)		Knazik (2003) LeBrocq (2003) Marrow (1996) Von Bloch (1996) Yates (1990) Back (1991) Cooke (1993) Selbst (2004) Jones (1981)
Récupérer et respecter les vêtements et possessions du défunt	Ahrens (1997) Parrish (1987) Mian (1990)		Adamowski (1993) Marrow (1996) Chan (2004) Hart (1998) Williams (2000) Burgess (1992) Schmidt (1992) Harrahill (1997) Hobgood (2011) Plantz

	Finlay (1991) Ewins (1992) Tye (1993)		(2008)
Respecter les coutumes après le décès	Li (2002)		Davies (1997) Purves (2005) Cooke (1993) Selbst (2004) Plantz (2008)
Recevoir de l'information sur le processus de deuil		Li (2002)	
Demande d'autopsie / Don d'organes	Ahrens (1997) Finlay (1991)		Olsen (1998) Hobgood (2005) Knazik (2003) Walters (1991) Marrow (1996) Dubin (1986) Hart (1998) Von Bloch (1996) Cooke (1993) Schmidt (1992) Abbott (2010) Hobgood (2011) Selbst (2004) Plantz (2008) Jones (1981)
Être disponible pour revenir auprès de la famille			Laborie (2002) Schmidt (1992) Abbott (2010) Zalenski (2006) Quest (2002) Iserson (1999)
Faire ou offrir un suivi téléphonique ou écrit (par personnel du SU ou de l'hôpital)	Ahrens (1997) Tolle (1983) Parrish (1987) Mian (Mian,	LeBrocq (2003) Davidhizar (1993) Fraser (1990) Jurkovich	Olsen (1998) Leash (1996) Hobgood (2005) Knazik (2003) Walters (1991) Marrow (1996) Adamowski (1993) Knapp (2005) Chan (2004) Davies (1997) Levetown (2004) Von

	1990) Finlay (1991) Ewins (1992)	(2000) Tye (1993)	Bloch (1996) Edlich (1992) Williams (2000) Back (1991) Haegy (2005) Iserson (1999) Hobgood (2011) Jones (1981)
Référence à une ressource communautaire de soutien	Yates (1990) Flam (1999) Ewins (1992) Wisten (2007)		Walters (1991) Knapp (2005) Dubin (1986) Levetown (2004) Cooke (1993) Schmidt (1992) Plantz (2008) Zalenski (2006)
Donner la permission de quitter le SU	Davidhizar (1993)	Fraser (1990)	Walters (1991) Adamowski (1993) Chan (2004) Williams (2000) Jones (1981) Quest (2002)
Remettre de la documentation écrite	Li (2002) Ewins (1992)		LeBrocq (2003) Adamowski (1993) Marrow (1996) Williams (2000) Back (1991) Cooke (1992) Flam (1999) Cooke (1993)
Approche d'équipe			Schmidt (1992) Olsen (1998) Hobgood (2005) Knazik (2003) Walters (1991) Marrow (1996) Haegy (2005) Harrahill (1997) Knapp (2005) Olsen (1998) Abbott (2010) Iserson (1999) Hobgood (2011) Selbst (2004) Plantz (2008)
S'enquérir auprès de la			LeBrocq (2003) Cooke (1993)

famille des impératifs religieux ou culturels			
Donner le temps / Ne pas presser la famille	LeBrocq (2003) Finlay (1991) Wisten (2007)		Marrow (1996) Chan (2004) Von Bloch (1996) Williams (2000) Yates (1990) Back (1991) Abbott (2010) Selbst (2004)
Ne <u>pas</u> donner de sédatifs	Li (2002) Tye (1993)		Walters (1991) Laborie (2002)
Obtenir un souvenir du défunt (mèche de cheveux)	Ahrens (1997)		Marrow (1996) Knazik (Knazik et al., 2003) Knapp (2005) Hart (1998) Levetown (2004) Iseron (1999) Selbst (2004) Plantz (2008)
Débriefing / Soutien pour les intervenants	Hallgrimsdottir (2000)		Knazik (2003) Walters (1991) Marrow (1996) Knapp (2005) Hart (1998) Cooke (1993) Rutkowski (2002) Abbott (2010) Iseron (1999) Selbst (2004) Plantz (2008)

[RETOUR](#) à Introduction littérature générale

[RETOUR](#) à Synthèse des données

[RETOUR](#) à Article

Annexe 4: Instruments

Guide d'entrevue du médecin

1. Années de pratique à l'urgence? Formation? Âge? Sexe? Combien de fois avez-vous dû annoncer un décès à une famille dans le cadre de votre travail à l'urgence?
2. Il y a quelques jours vous avez rencontré la famille X dans le cadre du décès de XX. Racontez-moi en détail ce qui s'est passé, comme vous vous en souvenez. J'aimerais que vous me parliez de la suite des événements et de vos sentiments (comment vous vous sentiez) au cours de ces événements. (avant, pendant et après la rencontre avec la famille)
3. Selon votre souvenir, combien de temps avez-vous consacré à la famille?
4. Qu'est-ce qui a été le plus difficile au cours de ces événements?
5. En quoi ces difficultés ressemblaient-elles ou différaient de vos expériences antérieures d'annonce de décès? (Soyez précis)
6. En quoi cette expérience d'annonce de décès ressemblait-elle ou différait de vos autres expériences d'annonce de décès? (Soyez explicite)
****6a.** Répétez-moi ce que vous avez dit ce jour là à la famille, à partir du moment où vous êtes entré dans la salle.
7. Quel a été le rôle de l'infirmière au cours de ces événements? Selon vous, est-ce le rôle souhaité? Expliquez
8. Si on vous offrait une formation pour améliorer votre pratique d'annonceur de décès, qu'aimeriez-vous y trouver?
9. Comment un protocole pourrait-il vous appuyer dans cette tâche?
10. Je vais jouer le rôle d'un résident à l'urgence et vous me confiez la tâche d'annoncer un décès d'annoncer un décès à l'épouse et au frère d'un patient de 42 ans décédé d'un infarctus. Vous avez cinq minutes pour me coacher juste avant. Commencez en me disant d'aller annoncer la nouvelle.

11. Certains auteurs semblent dire que la compassion et la flexibilité sont des attributs utiles dans cette tâche d'annonce d'un décès. Qu'en pensez-vous?
****11a.** Que faire si la famille intervient et demande si le patient est décédé alors que vous n'avez pas encore fait votre annonce d'introduction?
12. Avez-vous quelque chose à ajouter?

Guide d'entrevue de l'infirmière

1. Années de pratique à l'urgence? Formation? Âge? Sexe? Combien de fois avez-vous dû accompagner un médecin pour annoncer un décès à une famille dans le cadre de votre travail à l'urgence?
2. Il y a quelques jours vous avez rencontré la famille X dans le cadre du décès de XX. Racontez-moi en détail ce qui s'est passé, comme vous vous en souvenez. J'aimerais que vous me parliez de la suite des événements et de vos sentiments (comment vous vous sentiez) au cours de ces événements. (avant, pendant et après la rencontre avec la famille)
3. Selon votre souvenir, combien de temps avez-vous consacré à la famille?
4. Qu'est-ce qui a été le plus difficile au cours de ces événements?
5. En quoi ces difficultés ressemblaient-elles ou différaient de vos expériences antérieures d'annonce de décès? (Soyez précis)
6. En quoi cette expérience d'annonce de décès ressemblait-elle ou différait de vos autres expériences d'annonce de décès? (Soyez explicite)
7. Quel a été le rôle du médecin au cours de ces événements? Selon vous, est-ce le rôle souhaité? Expliquez
8. Si on vous offrait une formation pour améliorer votre pratique de gestion de décès, qu'aimeriez-vous y trouver?
9. Vous accompagnez un résident à l'urgence qui a la tâche d'annoncer un décès à l'épouse et au frère d'un patient de 42 ans décédé d'un infarctus. Vous avez cinq minutes pour le coacher juste avant. Je vais jouer le rôle du résident.
10. Comment un protocole pourrait-il vous appuyer dans cette tâche?
11. Certains auteurs semblent dire que la compassion et la flexibilité sont des attributs utiles dans cette tâche. Qu'en pensez-vous?
*****11a.** Que faire si la famille intervient et demande si le patient est décédé alors que le médecin n'a pas encore fait son annonce préparatoire d'introduction?

12. *****11b.** Selon une étude, les médecins semblent éviter l'aspect affectif de l'annonce. Est-ce quelque chose que vous avez remarqué? Selon vous, quelle est la raison pour cela?
13. Avez-vous quelque chose à ajouter?

Guide d'entrevue du membre de famille

1. Nom, âge, profession, relation par rapport à M ou Mme XXX. Est-ce qu'il (elle) vivait avec vous?
2. Il y a quelques semaines vous avez vécu des moments difficiles lors du décès de votre (membre de famille) XX. Vous étiez présent(e) à l'hôpital. Racontez-moi en détail ce qui s'est passé, comme vous vous en souvenez. J'aimerais que vous me parliez de la suite des événements et de vos sentiments (comment vous vous sentiez) au cours de ces événements. (avant, pendant et après la rencontre avec les médecins et infirmières)
3. Selon votre souvenir, combien de temps avez-vous passé à l'hôpital?
4. Qu'est-ce qui a été le plus difficile au cours de ces événements?
5. Y a-t-il eu des moments de réconfort ou des actions qui, malgré tout, vous ont aidé dans ces circonstances difficiles?
6. Y a-t-il des choses que vous auriez appréciées ou qui auraient pu soulager quelque peu votre souffrance?
7. Quel a été le rôle du médecin au cours de ces événements? Selon vous, est-ce le rôle souhaité? Expliquez
8. Quel a été le rôle de l'infirmière médecin au cours de ces événements? Selon vous, est-ce le rôle souhaité? Expliquez
9. Combien de temps le médecin a-t-il (elle) passé avec vous lors de votre séjour à l'urgence? Est-ce que cela répondait à vos attentes?
10. Combien de temps l'infirmière a-t-elle (il) passé avec vous lors de votre séjour à l'urgence? Est-ce que cela répondait à vos attentes?
11. D'autres familles auront à faire face à une situation semblable à la vôtre. Avez-vous des suggestions à offrir pour améliorer le soutien que le département d'urgence donne aux familles éprouvées par le décès d'un proche?

Guide d'entrevue autre intervenant

Au cours de votre travail, vous rencontrez régulièrement des membres de famille qui se sont récemment fait annoncer le décès d'un proche. Nous aimerions discuter de votre expérience avec les personnes qui ont vécu une telle expérience au département d'urgence.

1. Quelle est votre fonction exacte? Votre âge? Votre adresse? Numéro de téléphone?
2. À quel moment, combien de temps après le décès, rencontrez-vous habituellement les familles?
3. Avez-vous souvenir du cas de décès le plus récent survenu à l'urgence et dans lequel vous avez rencontré la famille? Racontez-moi en détail ce qui s'est passé, comme vous vous en souvenez. J'aimerais que vous me parliez de la suite des événements et de vos sentiments (comment vous vous sentiez) au cours de ces événements. (avant, pendant et après la rencontre avec la famille)
4. Selon votre souvenir, combien de temps avez-vous consacré à la famille?
5. Qu'est-ce qui a été le plus difficile au cours de ces événements?
6. En quoi ces difficultés ressemblaient-elles ou différaient de vos expériences antérieures avec des familles dans la même situation? (Soyez précis)
7. En quoi cette expérience d'annonce de décès ressemblait-elle ou différait de vos autres expériences avec des familles endeuillées? (Soyez explicite)
8. Recevez-vous des commentaires sur le rôle du médecin lors de l'annonce? Expliquez.
9. Recevez-vous des commentaires sur le rôle de l'infirmière lors de l'annonce? Expliquez.
10. Suite aux commentaires que vous avez reçus, quelles sont les améliorations que l'on pourrait apporter à l'annonce d'un décès à l'urgence selon vous?
11. Si on offrait une formation aux médecins et infirmières pour améliorer la divulgation d'un décès à une famille à l'urgence, que serait-il important d'y retrouver selon vous?

12. Certains auteurs semblent dire que la compassion et la flexibilité sont des attributs utiles dans cette tâche. Qu'en pensez-vous? Comment ces attributs se révèlent-ils en pratique?
13. Avez-vous quelque chose à ajouter?

[RETOUR](#) à Méthodologie

[RETOUR](#) à Article (Appendix 4)

Guide de validation externe (focus group)

Validation externe des résultats

Responsable : Danielle Blouin

Questions to the investigator (Danielle) :

- Describe the validation environment (how is it different from CSSSL?):
- Take note of the number of people present for validation and their function (MD and nurses).

Questions to the participants:

1. ***How do you initiate the interaction with the family once you have introduced yourself? Are you sitting or standing?
(Danielle, there is a lack of uniformity in our informers on these issues. We want to know if physicians start with their introduction or yield control to the family by asking them a question. We want to know if this is a common or an exceptional approach.)
2. What circumstances makes delivering news of death more difficult for you?
(Danielle, answers to be compared for validation to table 5 [reproduced at the end of this document. [GO](#)])
3. One study showed that physicians tend to avoid affective issues when dealing with bereaved families. Do you have any idea why? (Danielle, compare to Results, section Roles: *“Lack of time, physician’s discomfort, lack of perceived benefit of a prolonged intervention, and belief that such an intervention is not part of the physician’s role were the reasons evoked by HPs to explain the avoidance of*

emotional involvement by physicians.”)

4. In your experience, is news of death delivered by the physician, the nurse or by a nurse-physician team?
5. If delivered by a team, what is the expected role of each member?
Who deals with autopsy and organ donation requests?
Physician's role:
Nurse's role:

6. Is the following chronological list of events describing a death notification occurring in the ED an adequate representation of your reality? In the same order? (Bold= physician's participation).

- 1. Patient's arrival (acute medical care)**
2. Family's arrival
- 4. Death notification to family**
- 9. Acute grief reaction (pause and answering questions)**
- 10. Transfer of family care to the nurse**
11. Viewing the body
12. Recovery and administrative duties (listening, comforting, answering questions, organ donation and autopsy requests)
13. Discharge

During these events, do you meet the family once or more than once?

7. Immediately after you have broken the news of death to a family, a reaction usually follows. What cue do you use, or how do you decide:
 - a) when to re-establish verbal interaction after the notification pause?
 - b) When to leave the room?

On average, how much time does the physician spend with the family?

8. Imagine you are at the beginning of your introduction on your way to delivering the news of death to a family and you are cut off by a family member asking you if their relative is dead. What would you do? (i.e. Go on with your intro or answer the question?)
Have you encountered such a situation in real life?
9. Some authors claim that flexibility and compassion are important qualities when dealing with bereaved families. They do not, however, define these terms. Could you give us your definitions of these two concepts and an example for each of them?

Flexibility definition:

Flexibility example:

Compassion definition:

Compassion example:

10. Some authors claim physical contact is important when dealing with bereaved families. Do you have any physical contact with members of bereaved families? If so, when? What cue do you use in deciding to initiate physical contact?

Appendix

Table 5: Characteristics that increase the difficulty of bad news delivery
Death of a child or a young patient (as in case 3)
Death of a patient who was alive on arrival and who deteriorated acutely during the ED stay
Death of a patient who had a recent medical consultation (as in case 4) and/or who received an erroneous diagnosis
Medicolegal or judiciary context (as in case 1)
Identification with the patient or the family member
Families who react exuberantly with physical agitation.

[RETOUR](#) à Méthodologie Validation

[RETOUR](#) à Article (Appendix 6)

Fiche synthèse d'entretien

La fiche synthèse d'entretien doit être remplie (ou dictée) après chaque entrevue. Elle contient des informations complémentaires aux enregistrements, les impressions subjectives et les analyses préliminaires de l'intervieweur.

Date de l'entrevue : _____ Date de l'annonce : _____

Code de l'entrevue : _____

Investigateur/intervieweur : _____

- A. Décrire vos impressions lors du contact initial pour solliciter une entrevue (Mode de contact [téléphone, courriel, en personne], disposition de l'interviewé).
- B. Décrire l'accueil initial reçu lors de l'entrevue. Comparez aux salutations de fin d'entrevue.
- C. Décrire les circonstances de l'entrevue : personnes présentes, environnement (quartier, appartement, maison, sexe de l'interviewé et relation au défunt) site (pièce) dans laquelle elle a lieu, contenu des conversations non enregistrées.
- D. Décrire le contexte émotif. Est-ce que l'affect de l'interviewé change durant l'entrevue? Est-il stable ou fluctuant? Comment son état émotionnel du début d'entrevue se compare-t-il à celui de la fin?
- E. Comment décririez-vous les comportements non verbaux de l'interviewé (posture, gestes, ton et inflexions de la voix)?
- F. Quels sont les thèmes importants qui se dégagent de cette entrevue?
- G. Quelles ont été vos impressions personnelles comme intervieweur? Qu'avez-vous ressenti? (lourdeur, suffocation, tristesse, impuissance, utilité, satisfaction, légèreté, privilège)
- H. Comparaison avec autres entrevues.
- I. Y a-t-il des éléments de cette entrevue qui apportent une réponse aux objectifs de l'étude :
 1. Comprendre l'expérience des médecins, infirmières et membres de la famille lors de l'annonce d'un décès au département d'urgence.
 2. Plus spécifiquement, comprendre pourquoi les médecins évitent les aspects affectifs lorsqu'ils annoncent un décès à un membre de la famille.
 3. Identifier les besoins éducatifs des intervenants ayant à annoncer un décès dans ce contexte.
 4. Percevez-vous un terrain commun (au médecin, infirmière et membre de la famille) sur lequel on pourrait éventuellement ancrer une intervention pédagogique?
- J. Autres impressions
- K. Quelles devraient être les priorités lors de la prochaine entrevue?

[RETOUR](#) à Méthodologie Transcription

[RETOUR](#) à Méthodologie Analyse

[RETOUR](#) à Article (Appendix 5)

Annexe 5: Consentement - Exemple

Formulaire de consentement de l'infirmière ou du médecin

Copie infirmière ou médecin

Titre de l'étude : Annoncer un décès: Identification des besoins des intervenants au département d'urgence.

Nom du chercheur principal: Paul-André Lachance, MD, CSPQ

Tél. : (450) 668-1010 poste 3224

Directrice de recherche : Johanne Goudreau, PhD

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche parce que vous avez participé à l'annonce d'un décès.

Le formulaire de consentement qui vous a été remis n'est qu'un élément de la méthode de prise de décision éclairée qui a pour but de vous donner une idée générale de la nature de la recherche et de ce qu'entraîne votre participation.

N'hésitez jamais à demander plus de détails ou de renseignements. Veuillez prendre le temps de lire soigneusement ce qui suit et de bien comprendre toutes les informations.

Cette étude reçoit l'appui de ÉRUC (Équipe de Recherche de l'Urgence de la Cité).

Note explicative

1. Nature et objectif de l'étude :

Se faire annoncer le décès d'un être aimé est une situation particulièrement difficile et éprouvante pour les proches. Faire cette annonce est difficile pour les soignants dont c'est la tâche. Le but de l'étude est de mieux connaître l'expérience et les besoins des soignants et des membres de la famille lorsqu'une annonce de décès doit être faite au département d'urgence. Les connaissances acquises lors de cette étude pourraient permettre d'identifier les principes à respecter pour la réalisation d'une formation afin d'aider les soignants à mieux réaliser cette tâche. Ceci pourrait améliorer la façon dont cette annonce est faite et le soutien que le personnel de l'urgence peut donner à d'autres familles se trouvant dans la même situation.

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Vous êtes sollicité pour faire possiblement partie de l'étude. Si vous acceptez, votre nom est retenu sur une liste. Certaines personnes de la liste (pas toutes) seront sélectionnées pour réaliser une entrevue. Il se peut donc que l'investigateur principal communique avec vous dans d'ici 2 semaines. Il se peut également que vous ne soyez pas appelé si vous n'êtes pas sélectionné(e). Les critères de sélection sont multiples, mais pour qu'un cas soit choisi, il faut que le médecin et l'infirmière de l'urgence aient un certain nombre d'années d'expérience, acceptent de participer tous les deux à l'étude et qu'ils n'aient pas déjà participé auparavant. Le fait d'être sélectionné(e) ou non n'est donc pas nécessairement lié à votre situation.

Voici ce qui se passera si vous acceptez de participer et que vous êtes sélectionné pour une entrevue :

1) L'investigateur principal communique avec vous pour vous aviser que le cas dans lequel vous avez été impliqué a été sélectionné, s'assurera que vous êtes toujours disposé(e) à participer et conviendra avec vous d'un moment de rendez-vous pour réaliser l'entrevue.

2) L'entrevue est réalisée et enregistrée sur bande sonore numérique. L'investigateur principal réalisera l'entrevue. Elle est d'une durée de 30 à 60 minutes. Le but de celle-ci est de connaître votre impression et vos opinions quant à l'expérience de l'annonce du décès que vous avez vécue à l'urgence. On peut également vous demander de commenter sur certaines questions concernant celle-ci, comme par exemple les difficultés que vous avez rencontrées, ce qui aurait pu vous aider dans les circonstances ou sur des cas antérieurs que vous avez rencontrés. Certains renseignements personnels (par exemple : âge, formation, expérience) seront recueillis.

3) Le contenu de l'entrevue demeure privé et confidentiel. L'enregistrement de l'entrevue sera transcrit sur fichier texte électronique et/ou feuille de papier pour être ensuite analysé selon une méthode reconnue d'analyse de contenu d'entrevue. Une fois transcrit votre nom sera remplacé par un numéro de code (ex. Cp3) pour préserver la confidentialité. Seuls, les chercheurs impliqués dans l'étude et la secrétaire médicale responsable de la transcription auront accès à votre identité. Les représentants d'organismes spécifiés pourraient également avoir accès. (Voir point 6 ci-dessous « Confidentialité »)

3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation à cette étude pourrait susciter des émotions intenses. En effet, puisque vous parlerez de ce qui est arrivé à l'urgence lors de l'annonce d'un décès, il est possible que vous reviviez, en même temps, des émotions intenses en vous rappelant les faits. L'annonce d'un décès est une source importante de stress pour les soignants. Ces souvenirs pourraient être désagréables. L'expression de ces émotions est normale et il est tout à fait correct de les exprimer, si vous en ressentez le besoin durant l'entrevue.

4. Bénéfices potentiels ou escomptés

Votre participation pourrait vous être bénéfique. En dépit du fait que des émotions intenses peuvent revenir à la surface, l'expression de ces émotions est généralement considéré comme bénéfique. La prise de conscience de vos émotions et l'introspection font partie du travail du soignant qui fait face à des situations difficiles.

Votre participation pourrait améliorer le soutien qui est offert par le personnel de l'urgence aux familles endeuillées et améliorer la satisfaction que vous ressentez face à vos compétences en ce domaine.

5. Autres traitements possibles

Si vous croyez que vous avez besoin de plus de soutien et désirez rencontrer quelqu'un à ce sujet, l'investigateur pourra vous proposer l'accès à des ressources supplémentaires.

6. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels. Le dossier du patient qui est décédé sera consulté par des membres de l'équipe de recherche pour les besoins de l'étude. Aucune publication éventuelle résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, les données recueillies pourront être consultées par une personne mandatée par le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Laval, ainsi que par des représentants d'ÉRUC (Équipe de Recherche de l'Urgence de la Cité). Tous ces organismes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Tous les documents contenant des données recueillies aux fins de cette étude seront gardés et détruits, au plus tard, cinq ans après la publication des résultats. Les enregistrements sonores seront détruits aussitôt qu'ils auront été retranscrits sous forme textuelle et révisés pour en assurer la fidélité de reproduction.

Il est possible que le dossier ou les données soient consultés par des représentants d'organismes gouvernementaux autorisés. Ces organismes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

7. Participation volontaire et vos droits

Votre participation à cette étude est volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ou de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment. Votre décision de ne pas y participer ou de vous retirer n'aura aucune conséquence.

En acceptant de participer à cette étude vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'institution impliquée de leurs responsabilités légales et professionnelles.

8. Indemnisation

Vous recevrez une compensation monétaire forfaitaire de 75\$ pour votre participation à cette étude.

9. Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pouvez contacter :

Docteur Paul-André Lachance, investigateur principal

Tél. :

En laissant un message au secrétariat des médecins de l'urgence de 8h00 à 16h00 les jours de semaine

Téléavertisseur (paget) :

ou par courriel sur internet :

Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant à cette étude, vous pouvez contacter X, membre du Comité scientifique d'éthique de la recherche au X.

Si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec X, commissaire locale à la qualité des services du centre de santé et des services sociaux de Laval au X.

CONSENTEMENT

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs, commanditaires ou établissements de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Vous êtes libre de vous retirer en tout temps de l'étude.

Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale, vous devez en connaître tous les tenants et les aboutissants au cours du déroulement de la recherche.

La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes. Je comprends que j'accepte de participer à une entrevue qui sera enregistrée (son seulement, pas d'image) à des fins de recherche.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.




















Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude.

Je reconnais avoir reçu une copie de ce formulaire d'information et de consentement.

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature	Date
_____	_____	_____
Nom du chercheur	Signature	Date
_____	_____	_____
Nom du témoin	Signature	Date

[RETOUR](#) à Méthodologie

Annexe 6: Livre de codes

-  **ATTITUDE**
 - Flexibilité
-  **Jugement**
 - juge-agissements
 - juge-personne
 - juge-tradition
-  **Respect**
 - Resp-agissements
 - Resp-personne
 - Resp-tradition
-  **COMPARAISON**
 - Inter-cas
 - Variables démographiques
-  **ÉMOTION/AFFECTIF**
 - Colère
 - Contact physique
 - CONTRÔLE
 - Culpabilité
 - dépression
 - émoi
-  **Empathie**
 - Empathie-IN
 - Empathie-MD
 - Empathie-FA
- Épuisement
 - Étonnement
 - Frustration
 - Nervosité/stress
 - Impuissance
-  **Malaise**
 - Malaise-MD
 - Malaise-IN
 - Malaise-FA
-  **satisfaction**
 - Satisfaction-IN
 - Satisfaction-MD
 - Satisfaction-FA
- soulagement
 - Stupéfaction
 - tristesse
 - Indifférence
 - Flegme
- Acceptation
 - reconnaissance
-  **OBJECTIF**
 - Confort de la famille
 - Confort de l'intervenant
-  **PÉDAGOGIE**
 - Pédago-INF
 - Pédago-MD
-  **RÔLE**
 -  **Rôle-FAM**
 - Définition-FAM
 - Intervention-FAM
 -  **Rôle-INF**
 - Intervention-INF
 - Définition-INF
 -  **Rôle-MD**
 - Définition-MD
 - Intervention-MD
-  **SOCIAL**
 -  **Collaboration**
 - Inf-Inf
 - Inf-MD
 - MD-FA
 - MD-MD
 - INF-FA
 - Ethnie
 - Famille reconstituée
 - soutien des intervenants
-  **Échange d'information**
 - MD à FA
 - IN à FA
 - MD à IN
 - IN à MD
 - FA à IN
 - FA à MD
-  **STRUCTURE/CONTEXTE**
 - Administrative
-  **étape**
 - Chronologie
 - Gestion de cas
 - Temporalité

[RETOUR](#) à Méthodologie

Définitions et précisions sur les codes

Flexibilité : Disposition affective retrouvée dans la littérature que nous cherchons à définir dans le contexte de l'annonce d'un décès.

Resp-agissements : Respect de l'agir et des actes commis par la personne sans jugement négatif sur ceux-ci. Peut expliquer et rationaliser les motivations expliquant les actes en question.

Resp-personne : Respect de la personne en tant qu'être humain.

Resp-tradition : Respect des traditions de la personne ou la famille.

Inter-cas : Particularité du cas lorsque comparé aux autres cas que l'informateur a connu.

Acceptation : résignation, sérénité, calme, quiétude, flegme.

Colère : Colère, agressivité, hostilité.

Contact physique : Tout geste de contact tel que prendre la main, déposer la main sur une partie du corps, étreindre, etc.

Contrôle : Tentative cognitive de contrôle de ses émotions ou celles des autres.

Culpabilité : Contenu affectif.

Dépression : désespoir, accablement, affliction.

Émoi : émotion intense se traduisant par une agitation psychomotrice, affolement, désarroi, effervescence, crise.

Épuisement : Sensation de perte de force, de lassitude, de surmenage.

Étonnement : Surprise face à une situation inhabituelle ou ambiguë.

Flegme : Résignation, acceptation, sérénité, calme apparent, quiétude devant les événements.

Frustration : irritation, contrariété.

Impuissance : incapacité à changer le cours des choses, résignation.

Indifférence : Qui produit une indifférence ou une distance émotionnelle de la part de l'intervenant.

Malaise-FA : malaise du membre de famille, sensation pénible, difficulté devant une situation.

Malaise-IN : malaise de l'infirmière, sensation pénible, difficulté devant une situation.

Malaise-MD : malaise du médecin, sensation pénible, difficulté devant une situation.

Soulagement : Apaisement, réconfort.

Stupéfaction : Ébahissement, état de choc, engourdissement, stupeur, ralentissement psychomoteur rendant le sujet incapable de fonctionner.

Tristesse : chagrin, abattement.

Pédago-INF : Point pédagogique à considérer pour l'enseignement aux infirmières.

Pédago-MD : Point pédagogique à considérer pour l'enseignement aux médecins.

Définition-FAM : Définition de la tâche (rôle) de la famille ou d'un de ses membres.

Intervention-FAM : Intervention faite par un membre de la famille.

Définition-INF : Définition de la tâche (rôle) de l'infirmière.

Intervention-INF : Intervention de l'infirmière auprès de la famille. Soutien ou réconfort apporté aux membres de la famille.

Définition-MD : Définition de la tâche (rôle) du médecin.

Intervention-MD : Intervention du médecin auprès de la famille.

INF-FA : Collaboration entre infirmière et membre de famille qui vise la réalisation d'une tâche ou l'atteinte d'un but. Ce but doit être PLUS qu'un simple échange d'information.

Inf-Inf : Collaboration entre infirmières qui vise la réalisation d'une tâche ou l'atteinte d'un but. Ce but doit être PLUS qu'un simple échange d'information.

Inf-MD : Collaboration entre infirmière et médecin qui vise la réalisation d'une tâche ou l'atteinte d'un but. Ce but doit être PLUS qu'un simple échange d'information.

MD-FA : Collaboration entre médecin et membre de la famille qui vise la réalisation d'une tâche ou l'atteinte d'un but. Ce but doit être PLUS qu'un simple échange d'information.

MD-MD : Collaboration entre médecins qui vise la réalisation d'une tâche ou l'atteinte d'un but. Ce but doit être PLUS qu'un simple échange d'information.

FA à IN : Transmission d'information du membre de famille à l'infirmière.

FA à MD : Transmission d'information du membre de famille au médecin.

IN à FA : Transmission d'information de l'infirmière au membre de famille.

IN à MD : Transmission d'information de l'infirmière au médecin.

MD à FA : Transmission d'information du médecin au membre de famille.

MD à IN : Transmission d'information du médecin à l'infirmière.

Ethnie : Référence à considérations ethniques ou culturelles.

Soutien des intervenants : Soutien ou réconfort apporté aux intervenants par des collègues ou autres.

Administrative : Réfère à la structure au delà de la structure sociale des individus, donc la structure hospitalière, juridique, etc.

Chronologie : Étapes de l'annonce où la chronologie des événements est importante.

Une étape devant précéder l'autre.

Gestion de cas : Travail effectué par l'équipe de soins dans un cas.

Temporalité : Toute référence à une période de temps, de durée. La séquence des événements n'est pas importante comme dans le code CHRONOLOGIE.

Annexe 7: Exemple de résumé intermédiaire par perspective

JAL-FA-02 Résumé Intermédiaire

1- Variables de l'informateur

Âge	Sexe	Relation au patient	Emploi
Cinquantaine	femme	soeur	Mère à la maison

2- Expérience et rôles

En considérant l'entrevue, on peut relever ce dont l'informatrice se souvient de son passage au département d'urgence : date; amenée dans salle privée; la douceur du médecin et de l'infirmière; l'information donnée par le médecin sur les événements, l'état du patient, les manœuvres tentées, l'échec et l'impossibilité de sauver le patient; la position spatiale du médecin (assis) et son expression faciale; de la disponibilité du médecin et de l'infirmière; la proximité physique de l'infirmière et ses efforts pour calmer l'expression physique intense des émotions; des questions administratives requises par la coloration légale du cas.

Le rôle du médecin est surtout perçu comme celui d'un informateur.

« Interviewer: So the role of the doctor was to basically...? Participant: To inform us: what they did and what they found and what state he was brought in and there was nothing they could do after that. » [86-89]

L'infirmière est revenue plus d'une fois auprès de la famille pour s'assurer du bien-être de celle-ci. (Voir [IntimitéRetourINF](#))

3- Besoins éducatifs (souvent inter-cas)

Il faut soigner les aspects non verbaux de l'annonce. (Voir commentaires - [AspectsNonVerbaux](#))

D'autre part, l'information retenue inclut : la description des événements ayant précédé l'arrivée du patient à l'hôpital, les manoeuvres tentées, la futilité d celles-ci.

4- Compassion / flexibilité / aspects émotionnels et contact physique

Compassion :

Cet aspect n'est pas abordé directement, mais il semble corrélé avec la douceur du ton de voix et la proximité physique. (Voir [DélicatesseAnnonce](#))

Flexibilité :

[Non abordé.]

Aspects émotionnels et contact physique :

La ségrégation de la famille à leur arrivée à l'urgence, en les amenant dans une salle privée, bien que source d'anxiété initiale, a été appréciée. Ceci leur a permis de réagir à la nouvelle dans un confort relatif. « **Interviewer:** *How did you feel about having been brought into this room? Did you appreciate that you were separated from the rest of the waiting area? Did you feel better at being...?* **Participant:** *At the instant; at the first, no, we were kind of wondering why we were being whisked away somewhere else, but yes, at that point when, you know, that we were told the news, I preferred that we were on our own. I was very grateful that we had that room to feel what we had to feel and the get the news that we were going to be getting because I would not have felt comfortable being amongst anybody else or more out in the open; it was a good room to be in. Just on the onset, as we're led there, you're wondering why we are being led there and it's a little bit—salle familiale—just what's going on, what's going on? You know, like that kind of first impact. But it was a good place to be. » [41-50]*

Sans parler de contact physique direct, l'informante a noté la plus grande proximité et la posture accroupie de l'infirmière qu'elle a interprétée comme des gestes de réconfort. (Voir [ProximitéPhysiqueINF](#))

Stratégie d'annonce

Préparation avant la rencontre avec la famille

Lieu et contexte: installation de la famille dans la salle familiale par la commis.

- a. La famille (sœur et conjointe du patient) est installée dans une salle privée dès leur arrivée par la commis et on mentionne que quelqu'un va venir les voir. Ceci produit l'effet escompté : elles interprètent ceci comme un indice que quelque chose de sérieux est survenu. La prise de conscience du sérieux probable de la situation augmente l'anxiété de la conjointe « *What I found a*

little bit weird was when we were going, it wasn't a particular "salle" in the sense of an open area, it was—we were led to a closed room. My sister-in-law and I, we were the first two that arrived with a friend of hers that drove. We looked at each other and said, "Why are they leading us to this place?" Like, it wasn't like a part of the department or Emergency that I'm used to or that she's used to. We looked at each other and she said also, "there's got to be something wrong because we're led into a room." I said, "Well, you know, it's probably more private, so stay calm," because she started panicking—she panics quickly and of course we probably figured something's really serious. Because of that, we were led into this room and I said, "it might be a serious affair, so they probably want to keep us so that they can talk to us privately. » [28-36]

- b. Ils sont rencontrés rapidement par le médecin et l'infirmière. « *We sat there and waited, and shortly thereafter, a nurse and the doctor came in. I believe it was right then, that the nurse and the doctor came in, because yeah—the doctor that had received him. » [37-39]*
- c. Adoption d'un ton et visage neutre ou sérieux pour présager des mauvaises nouvelles à venir. (Voir [DélicatesseAnnonce](#))

La séquence de divulgation

- a. Introduction des événements. L'informatrice se rappelle avoir reçu cette information du médecin. (Voir [DélicatesseAnnonce](#))
- b. Mentionner les efforts de réanimation. . L'informatrice se rappelle avoir reçue cette information du médecin. (Voir [DélicatesseAnnonce](#))
- c. Annoncer l'échec des efforts de réanimation. (Voir [DélicatesseAnnonce](#))
- d. Annoncer le décès en utilisant un terme clair et non équivoque : « mort ou décédé ». (Voir [DélicatesseAnnonce](#))

La période postdivulgation

- a. Accorder une pause pour réaction du membre de famille= émoi, agitation physique, pleurs. « *... because at that point, you can imagine, my sister-in-law went nuts and we were all breaking down crying and we couldn't believe it. » [104-106]* « *He didn't really say much more, just if we had questions but at that point there weren't questions, there were just emotions coming out. » [75-76]*

- b. Adopter une attitude passive. Rester sur place quelques minutes et permettre l'expression verbale et physique des émotions des membres de famille. « ... *he just announced it and for him, he just sat there. He didn't know what to say.* » [74-75]
- c. Mentionner que rien n'aurait pu être fait pour sauver le patient. (Voir [DélicatesseAnnonce](#))
- d. Être disponible pour répondre aux questions (médecin). « **Interviewer:** He lent himself to be available as much as possible? **Participant:** Yes. » [97-99]
- e. Être disponible (infirmière). « . So did the nurse, she said, this is my post, call me if you want to talk to me about something else, or whatever. » [99-100]
- f. Rester à proximité. Elle se rappelle de la proximité physique de l'infirmière qui s'est approchée, de sa douceur, du fait qu'elle s'est agenouillée, de ses tentatives pour apaiser leurs émotions intenses. « **Interviewer:** *What comforting action did the nurse give you as well? Do you remember it?* **Participant:** *She tried to come close to us and give her sympathies and try to calm us because at that point, you can imagine, my sister-in-law went nuts and we were all breaking down crying and we couldn't believe it. But she was trying to be sympathetic by kneeling next to us and trying to keep us calm and just try to be soft with us and that was really it, you know.* » [102-107]
- g. Laisser des moments d'intimité en famille en revenant vérifier régulièrement l'état des membres. « **Interviewer:** *And did the nurse come back afterwards?* **Participant:** *She came back continuously to check on us. .* » [121-123]
- h. Proposer de voir le défunt en avertissant de l'aspect physique à anticiper pour éviter la surprise. Respecter la décision de la famille. « ... *then she came to ask us if we did want to go see him and when, you know, they explained that he was in the state that he was with tubes this way and things that way and attached and my sister-in-law wanted to see him and I thought it wasn't a good idea that she'd have that picture in her head and so we said no, we chose not to.* » [126-129] « **Interviewer:** *So as the information was given, you knew what to expect and you could make an informed decision?* **Participant:** *Yeah, we didn't just walk in and walked into something we didn't expect.* » [132-135]

Durée du séjour à l'urgence : 4 heures. Le séjour a été prolongé à cause des considérations médico-légales impliquant le coroner et la police. « **Interviewer**: *Do you remember how much time you spent in the hospital?* **Participant**: *God, we were there by, I think it was eight in the morning that I think we ended up being there. I think I got there at eight in the morning, maybe a little earlier than that, I can't recall. And I think we didn't leave there until twelve, twelve thirty, one o'clock, until he could've been clear and they didn't need us for any other questions; things like that. We couldn't do anything else.* » [52-57]

Durée de la présence du médecin : L'informatrice, perspicace sur la notion de distorsion du temps perçu, surestime tout de même la durée de présence du médecin à 30 minutes. L'infirmière l'a estimé à 10 minutes (JAL-IN, 1440) et le médecin à 10-15 minutes (JAL-MD, 278).

Ceci peut être attribuable à la distorsion temporelle secondaire au choc émotif, à la position assise adoptée par le médecin et l'infirmière qui tend à augmenter la perception du temps passé, ou à la présence continue de l'infirmière. Dans ce dernier cas, comme l'infirmière est identifiée à « l'équipe d'annonce », l'observatrice exerce une transposition des caractéristiques observées chez un membre de l'équipe à tous les membres de l'équipe plutôt que de restreindre à l'individu observé. Son compte-rendu où elle décrit la sortie simultanée du médecin et de l'infirmière (en contradiction avec les 2 autres entrevues du cas) tend à soutenir cette dernière hypothèse. « **Interviewer**: *Do you remember approximately how much time the doctor was in with you at the time when he came to see you.* **Participant**: *I'd say, I don't know. Time feels like a weird thing, but I'd say maybe a good half hour. A half-hour, probably. Because then, if I'm not mistaken, my parents were the next ones to walk in at that point, yeah. And then I think that's when they left.* **Interviewer**: *The doctor and the nurse?* **Participant**: *Yes, that's right. So I think a good half hour they stayed there, the doctor and the nurse that first originally told us the news.* » [109-119]

5- Obstacles

La partie la plus difficile de son séjour, outre la nouvelle, a été de ne pas visualiser le corps de son frère. En dépit de la liberté de choix qu'on lui a accordée, elle a préféré ne pas le voir parce que, pour des raisons légales, il n'était pas possible de toucher le corps pour le nettoyer (décès traumatique) avant qu'elle le voie. Ceci valide l'impression des infirmières qui considèrent la visualisation du corps comme une étape importante du processus de deuil. Ceci marque également l'importance de la toilette du corps avant la visualisation. « **Interviewer**: *What did you find hardest during the event, while you were there.* **Participant**: *You know, I found it hard that we weren't able to see him in the sense that, not that we weren't allowed—they*

allowed us. I didn't want to go see him. They told us he was plugged up, he had things in, attached to his body and because he had been; they couldn't touch him so he had the blood on him that he had, because of his cut. I guess I didn't have my closure of seeing him there in hospital, and being really—although my brother-in-law and my sister in-law's brother-in-law identified him, but I just would've wanted to see him, but at the same time I didn't have the courage to go see him. That was hard; to let go and leave him there and not see him, besides the awful news that we got. » [59-67]

L'aspect légal du cas a été source de difficultés pour la famille. Le grand nombre de questions à la fin du séjour au département d'urgence de la part des agents de police était irritant. « **Participant:** *It took a bit long in questions. But I guess in this case, it's not always the same in every death and because his death was viewed as, what do you call, criminal, because there was police at the house, because of what he did, it was suicide, so that kind of changes it for any other death, I suppose. It becomes a little bit longer. In our case, I found I just wanted to get out of there. » [163-166]*

6- Ce qui facilite

Elle se souvient de la délicatesse de l'annonce du médecin, possiblement relié au ton de la voix, de la lecture qu'elle tente de faire du sérieux de son visage et du fait qu'il était assis et disponible. Elle se souvient également du contenu de l'annonce qui concernait le patient : ce qui est arrivé, ce qui a été fait et l'impossibilité de sauver le patient. « **Interviewer:** *Considering the—do you remember comforting actions from the staff?* **Participant:** *They were very gentle. The doctor told us the news. I mean, you know, he tried to tell us in the most delicate—I think—way, although he was very sad and serious, he was very delicate in saying it and announcing it to us, even when I kept looking at him like the news sounding so final, I thought, ok well, next, it's going to be really bad but when he said he had died, he well, he just announced it and for him, he just sat there. He didn't know what to say. He didn't really say much more, just if we had questions but at that point there weren't questions, there were just emotions coming out. But he didn't really offer more than that, than just the fact that this is what happened and they did the best they could and there wasn't anything to do to save him. » [69-78]*

Sans parler de contact physique direct, l'informante a noté la plus grande proximité et la posture accroupie de l'infirmière qu'elle a interprétée comme des gestes de réconfort. (Voir [ProximitéPhysiqueINF](#))

7- Ce qui importe

On peut relier ce qui importe à ce dont l'informatrice se souvient de son passage au département d'urgence. (Voir [SeSouvient](#))

8- Commentaires

L'informatrice n'a pas de suggestions pour améliorer la divulgation. Elle est « satisfaite » de son expérience. « *Now that you look back, is there anything you would have liked done that wasn't done?* **Participant:** *It—no.* » [143-146]
 « **Interviewer:** *In terms of the medical, the doctors and the nurses, is there anything you would've liked done by them? Anything more? I don't think so, I think they did what they could do, you know. Short of bringing him back, but no. I think they did what they could have done.* [188-192]»

Au-delà de l'information transmise, les aspects non verbaux de la communication apparaissent prédominants dans l'impression de cette informatrice familiale. En particulier, nous retenons : le ton de la voix, l'expression faciale, la proximité physique, la position assise ou accroupie, l'amorce contextuelle (la ségrégation dans une salle privée), les retours fréquents auprès de la famille pour apprécier leur état. (Voir [DélicatesseAnnonce](#) et [ProximitéPhysiqueINF](#))

[RETOUR](#) à Méthodologie

Annexe 8: Application de la règle de décision aux données obtenues des entrevues avec les médecins.

Dans le tableau ci-dessous, tiré d'une annexe de l'article, les données sont affichées en fonction de la règle de décision suivante : les éléments qui ont été mentionnés par deux sujets ou plus sont en caractère réguliers et sont éligibles à une inclusion dans nos recommandations. Les éléments en italiques n'ont été mentionnés que par un seul sujet.

Tableau XIV: Tableau extrait de l'article sur l'application de la règle de décision aux éléments de structure de l'annonce dans les entrevues avec les médecins

Table 11: Details of physicians' interventions for death disclosure in ED.

(See *** below for Analysis decision rule)
A) Preparation before meeting with family (Pre notification period)
a) Ensure support staff has taken family to a private « family room » where the nurse greets them.
b) Focus on the case and mentally review the medical aspects in chronological order. <i>Take control of one's own emotions.</i>
c) Ask the nurse about which family members are present. Inquire about their emotional state.
d) [<i>Limit the number of people present in the room to six or less</i>]
e) Recall (and retain) the patient's name
f) Adopt a neutral, placid facial expression.
g) Invite the nurse to go in with you as a team.

B) Notification sequence (Notification period; stage 3)
a. Use a lower tone of voice and a slower pace.
b. Introduce oneself and one's function. <i>Introduce the nurse.</i>
c. <i>Shake hands.</i>
d. Confirm family members' identity (in relation to the patient).
e. Sit down. [2 out of 4]
f. Start by asking the family about what they know (or witnessed). [3 out of 4, and 1 spontaneous description by a family member]
g. Introduce the subject by giving a chronological account of events. Use where the family member's story ends as a starting point. Include information gathered from the ambulance technicians.
h. Mention the patient's critical condition on arrival.
i. Briefly describe resuscitation efforts in non technical terms.
j. Point out that all relevant interventions were attempted.
k. Forecast the failure of resuscitation efforts ("unfortunately...") <i>Emphasize the above in the hope that family members conclude and verbalize that their loved one is dead.</i>
l. Deliver the news using an unequivocal term: « deceased » or « dead ».
C) Post notification period (stages 4 and 5)
a) Pause in silence to allow for family members' reaction to the news.
b) Avoid intervention. Adopt a passive attitude.
c) <i>Initiate, occasionally, an attempt to comfort verbally or physically.</i>
d) Take note of the moment when the peak emotional reaction abates and the message has been understood. A decrease in psychomotor agitation and initiation of verbal

conversation between family members is the hallmark of this moment.
<p>e) Identify the propitious moment to re-establish verbal exchange with the family:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>After 2 minutes</i> • <i>After 30 seconds</i> • <i>After the family calms down, stops talking and appears available to the other people in the room. **</i> • <i>After one feels uncomfortable (intrusive) to remain a silent observer in the room.</i>
<p>f) Resume conversation :</p> <p>Ask if there are any questions they would like you to answer.</p> <p><i>Ask a question centered on the patient (deceased) or the familial situation.</i></p>
g) <i>Relieve family members' guilt about what they could have done.</i>
h) <i>Reassure that the patient has not suffered (if appropriate).</i>
i) Proceed by giving a brief explanation of administrative and legal requirements (ex. the need to notify the coroner).
j) Inform them it will be possible to see their loved one.
k) Tell them that you will remain available if they have further questions during their ED stay.
l) Once there are no more questions, or when the questions are more about logistics and « what comes next », it signals the time to move on to stage 5.
m) <u>Stage 5</u> : Transfer responsibilities for family care to the nurse.
n) Offer condolences and shake hands with family members.
Estimated time spent by physician with a family (as estimated by HP):
In total: 6 to 20 minutes with an average of 10 minutes.
From entrance to notification (stage 3): 3 to 5 minutes.

***Analysis decision rule for inclusion of data: steps that were mentioned by two or more interviewees (out of four) appear in regular format. Steps mentioned only by one appear in italics.

** This option was selected for inclusion in the model after confirmation from the focus group.

[RETOUR](#) à Méthodologie Analyse

[RETOUR](#) à l'article

Annexe 9: Matrices – Exemple

Ci-dessous, nous présentons la matrice pour le rôle de médecin. Les lignes représentent chacun des cas et les colonnes représentent les concepts. Les nombres entre parenthèses dans le titre des colonnes réfèrent aux sections des *Résumés Intermédiaires par perspective* et permettent de retracer les informations jusqu'au texte intégral des transcriptions d'entrevues.

MATRICE	RÔLE MD											
Rôle/	Concept	Aidant (Ce qui facilite) (7)	Nuisible/ Obstacles (6)	Ce qui importe (8)	Besoins éducatifs (3)	Structure de l'annonce (5)	Aspects émotionnels/ contact physique (4)	Rôles (2)	Définition Compassion (4)	Définition Flexibilité (4)	Commentaires	
RÔLE MÉDECIN												
JAL-MD	<u>Pour lui-même:</u> L'inconfort du protocole pour les MDs avec moins d'expérience pour s'organiser. [Toujours se faire accompagner par l'infirmière.] [Implicite, voir ce qui importe] <u>Pour la famille:</u> L'annonce à deux ou trois membres de famille (soutien intrafamilial).	L'inconfort du médecin dépend des circonstances de la réanimation (doute sur la justesse du diagnostic ou du traitement ou considérations médico-légales), de l'expérience de divulgation développée, du nombre de membres de famille et de l'ampleur de leur réaction à la nouvelle. Peu importe le niveau d'expérience, il y a également une charge émotionnelle, une perte d'intensité perceptible qui accompagne une	Décès soudain, commotion émotionnelle importante en réaction à l'annonce, décès d'enfants, sentiment d'échec lors de réanimation non réussie	Toujours se faire accompagner par l'infirmière. S'assurer que les membres de famille jugés importants par celle-ci soient tous présents dans la salle avant qu'il se présente devant eux. S'asseoir. Laisser la chance à la famille de dire ce qu'ils veulent avant de prendre la parole pour faire l'annonce. Faire le lien entre l'histoire familiale du drame et l'histoire médicale Pause. Il laisse la famille réagir en restant silencieux Il demeure empathique et ouvert aux questions. Il considère que son mandat est de faire	Toujours se faire accompagner par l'infirmière. Vérifier ce que la famille connaît et vérifier l'identité du défunt et des membres de famille. Prendre note du moment où le pic de réaction émotionnelle initial est passé et la nouvelle a été comprise. Ce moment est identifié par une diminution de l'agitation psychomotrice et l'initiation de conversation verbale entre les deux membres de famille. La période qui précède l'arrivée d'un cas annoncé est source de stress en dépit des 10 ans d'expérience de l'intervenant. La présence d'un deuxième	<u>Préparation avant la rencontre avec la famille</u> <u>Lieu et contexte</u> : Salle familiale avec infirmière qui a déjà rencontré famille. a. Installer la famille dans une salle privée b. Laisser la famille décider des membres qui doivent être présents et attendre qu'ils soient tous arrivés. c. Déterminer, à partir de l'information fournie par l'infirmière qui a établi le contact avec la famille, le moment approprié pour aller faire l'annonce. d. Limiter le nombre de personnes à la famille immédiate pour un maximum de six. e. Vérifier le nom du patient. f. Adopter une expression faciale et un ton neutre pour éviter de révéler l'issue. g. [Revue chronologique des interventions réalisées (non mentionnée par l'infirmière, mais on peut présumer implicitement qu'il se fait une revue des événements, puisqu'il donne un compte-rendu chronologique des interventions à la famille lors de la divulgation)] h. Toujours se faire accompagner par l'infirmière. <u>La séquence de divulgation</u> a. [Présentation de son nom et de son rôle de médecin d'urgence] [Non spécifié ici.] b. Vérification de l'identité des membres de famille et de leur relation au patient décédé. c. S'asseoir pour réaliser l'intervention. d. Céder la parole à la famille en demandant ce qu'ils savent ou ce	En ce qui concerne les raisons pour lesquelles les médecins évitent les aspects affectifs : a) faible valeur thérapeutique, b) rôle de l'infirmière, c) manque de temps. Les événements cliniques qui précèdent l'annonce peuvent rendre celle-ci plus difficile, si le médecin ressent une culpabilité par rapport à son incapacité de sauver le patient (sentiment d'échec). L'intervenant peut se sentir menacé s'il y a plusieurs personnes qui réagissent fortement ou s'il se sent visé par l'agressivité. Il précise, cependant, que cela ne lui est jamais arrivé avec des	Il perçoit son propre rôle auprès de la famille comme étant limité à l'annonce, de façon correcte et empathique, du décès, les explications médicales sur les soins prodigués, l'écoute de la famille (pour une période inférieure à 30 minutes) et la réponse aux questions découlant des explications données. Pour ce médecin, l'intervention affective auprès de la famille est le rôle de l'infirmière ou de la famille. Une fois qu'il a	Pour cet intervenant, la compassion est synonyme d'empathie, soit la compréhension des sentiments en gardant une certaine distance émotionnelle. Il voit également un deuxième définition de la compassion qui serait d'éviter d'appuyer ou de démanteler des constructions explicatives que la famille soutient sur les raisons d'une mort traumatique. L'intervenant démontre un respect de la personne, en particulier des émotions que la personne affiche. Il semble décrire le plus gros avantage de	Il n'est pas certain de la définition de flexibilité. L'intervenant semble définir la flexibilité comme une modulation de son activité en fonction des besoins perçus de la famille. Il respecte et accommode les besoins particuliers des gens. Il considère cette façon de faire normale et hésite à la considérer comme de la flexibilité. Sa flexibilité est internalisée et ne semble pas exiger d'effort particulier. Laisse la famille décider des membres qui seront présents pour la l'annonce et attend que tous soient présents avant de faire l'annonce. Accélère sa séquence de divulgation si pressé par la famille. Respecte la réaction de la	Soutient à la base de structure qu'intervenant lors de la réalisation d'un décès: cet intervenant prendra la structure jacente qu'il a développée au départ d'urgence. On voit comment l'intervenant vérifie les pilotes pour éviter une erreur survenue ic	
KEM-MD	<u>Pour lui-même:</u> Garder une distance émotionnelle, se faire accompagner par l'infirmière. Pour la famille: Faire l'annonce progressivement en décrivant les événements qui ont précédé avec un langage dénué de détails ou de termes techniques, annoncer l'échec, annoncer le décès clairement. Respecter l'expression des émotions. répondre aux questions	Décès soudain, commotion émotionnelle importante en réaction à l'annonce, décès d'enfants, sentiment d'échec lors de réanimation non réussie	Bien connaître le cas pour	Peu, à ce stade. Pas reçu de formation au début de sa pratique. Un protocole pourrait aider les débutants. Identification de la personne significative dans un groupe. Si interruption, alors accélération. Dans ce cas-ci, le conjoint a pris spontanément la parole. Ceci peut être indicatif d'un besoin pour le membre de famille d'exprimer ce qu'il a vécu avant la divulgation de la nouvelle par le médecin. Ceci tendrait à valider l'approche de trois autres médecins (JAL-MD, LIN-MD et MOP-MD) qui laissent la famille parler d'abord, avant d'entreprendre leur séquence de divulgation.	Peu, à ce stade. Pas reçu de formation au début de sa pratique. Un protocole pourrait aider les débutants. Identification de la personne significative dans un groupe. Si interruption, alors accélération. Dans ce cas-ci, le conjoint a pris spontanément la parole. Ceci peut être indicatif d'un besoin pour le membre de famille d'exprimer ce qu'il a vécu avant la divulgation de la nouvelle par le médecin. Ceci tendrait à valider l'approche de trois autres médecins (JAL-MD, LIN-MD et MOP-MD) qui laissent la famille parler d'abord, avant d'entreprendre leur séquence de divulgation.	<u>Préparation avant l'annonce</u> <u>Lieu:</u> salle familiale. a) Installer la famille dans une salle privée. b) Résumé mental bref chronologique des événements pour introduction c) S'assurer que les membres de famille requis pour la divulgation sont présents. d) [Limite du nombre de personnes] Le nombre de membres de famille n'importe pas pour cet intervenant e) Vérifier auprès de l'infirmière la relation du membre de famille qui est présent f) Vérifier le nom du patient g) Adoption d'un visage neutre h) Se faire accompagner par l'Infirmière <u>Séquence de divulgation</u> a) Adoption d'un ton neutre b) Présentation de son nom et de son rôle de médecin d'urgence c) [Serrer la main] Non mentionné ici. d) Vérification de l'identité du membre de famille et de sa relation au patient e) [S'asseoir] Non mentionné ici. f) [Céder la parole] Non fait habituellement. Dans ce particulier, le conjoint raconte spontanément après que le MD ait dit : « vous l'avez trouvée en arrêt cardio-respiratoire ce matin... ». g) Introduction des événements (résumé) sans langage technique, en débutant là où le récit du conjoint se termine.	Garde une neutralité physique et émotionnelle avec le membre de famille. Le seul contact physique qu'il ait est lorsqu'il donne la main pour offrir ses condoléances. Une trop grande émotivité est perçue comme une entrave au travail professionnel. Le soutien émotionnel relève du rôle de l'infirmière.	Tranchés. Infirmière: questions administratives ou techniques, le soutien à la famille après l'annonce. Médecin: divulgation du décès (même s'il y a un délai), explications sur les causes, les interventions réalisées. Pas de chevauchement de rôle, mais une complémentarité.	Empathie (compréhension avec distance émotionnelle)	Acceptation de la réaction de la famille. Laisser le conjoint prendre la parole lors de l'annonce. Permettre à tous les membres de famille de rester pour la divulgation.		
LIN-MD	<u>Pour lui-même:</u> Une réaction à la nouvelle modérée de la part de la famille.	Annoncer ce décès était plus difficile parce que la patiente était jeune et mère monoparentale.	Avoir de l'empathie et de	Commence toujours son intervention par une question. Poser des questions avant l'annonce permet d'offrir un diagnostic	Commence toujours son intervention par une question. Poser des questions avant l'annonce permet d'offrir un diagnostic	<u>Préparation avant l'annonce</u> <u>Lieu et contexte</u> : Salle familiale avec infirmière qui a déjà rencontré famille. a) Installer la famille dans une salle privée. b) Se recentrer, réviser les aspects médicaux (chronologiques) et reprendre le contrôle de ses émotions en préparation pour la rencontre	La période qui précède l'arrivée d'un patient annoncé est source de stress. Ceci est d'autant plus vrai lorsque le patient est jeune. La présence d'un	Elle décrit le rôle de l'infirmière : assurer la continuité des soins; aspects administratifs; requêtes pour les	Question non abordée lors de cette entrevue faute de temps	Pour ce médecin, la flexibilité serait de donner priorité à la réponse aux questions posées par la famille par rapport à son plan d'annonce. En bref,	Ce médecin a une approche à différents n d'expression émotionnel, paraverbal,	

[RETOUR](#) à Méthodologie

Annexe 10: Opérationnalisation des rôles CanMEDS

Tableau XV : Rôles CanMEDS, compétences associées et opérationnalisation des compétences dans le contexte de l'annonce d'un décès à une famille au service des urgences			
Rôle	Compétences principales	Objectifs spécifiques	Opérationnalisation
Communicateur	<i>Développer des relations thérapeutiques basées sur la confiance et respectueuses de l'éthique avec les patients et les membres de leur famille</i>	Établir avec les patients et les membres de leur famille des relations thérapeutiques positives caractérisées par la compréhension, la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie	<ul style="list-style-type: none"> - Se présenter - Clarifier sa fonction - Identifier les membres de famille présents - S'asseoir - Observer les réactions des familles en évitant de juger
		Respecter le caractère confidentiel des renseignements du patient, sa vie privée et son autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontrer la famille dans une salle « privée » - Permettre aux membres de famille de gérer la situation familiale dès qu'ils en sont capables
		Écouter efficacement	<ul style="list-style-type: none"> - Considérer de débiter en cédant la

			parole à la famille - S'asseoir à proximité
		Être à l'affût des indices non verbaux et y répondre	- Faire preuve de flexibilité. Harmoniser son rythme à celui de la famille. (ex. Accorder plus de temps à une famille dont la réaction à la nouvelle est plus intense)
		Faciliter efficacement un contact clinique structuré	- Adopter une approche structurée en demeurant flexible : introduction; céder la parole à la famille; résumer les événements en ordre chronologique en évoquant la gravité de la situation; annoncer le décès; faire une pause pour la réaction; répondre aux questions; faire le transfert de la continuité des soins à l'infirmière.
	<i>Obtenir et résumer avec précision les renseignements pertinents et les points de vue des</i>	Réunir de l'information sur une maladie, mais aussi sur les croyances d'un patient, ses préoccupations, ses attentes et le vécu de sa maladie	- Considérer autoriser la famille à s'exprimer avant l'annonce du décès. Ceci permet d'établir la relation, comporte une valeur thérapeutique pour la famille et permet de glaner

	<i>patients et des membres de leur famille, de confrères et d'autres professionnels.</i>		une information qui rendra l'annonce et les explications fournies mieux adaptées au contexte particulier. (Ex. L'information recueillie auprès de la famille permet d'émettre une opinion plus éclairée sur la cause présumée du décès.)
		Chercher et résumer des renseignements pertinents provenant d'autres sources comme les membres de la famille du patient, ses pourvoyeurs de soins et des professionnels de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> - Synthétiser l'information recueillie des membres de famille, techniciens ambulanciers, officiers de police et autres personnes, afin d'offrir un compte-rendu chronologique des événements ayant conduit à la présence du patient au service des urgences.
	<i>Fournir avec exactitude des renseignements pertinents et des explications aux patients et aux membres de leur famille, à des confrères et à d'autres</i>	Présenter à un patient et aux membres de sa famille, à des confrères et à d'autres professionnels, des renseignements de façon humaine et compréhensible qui encourage la discussion et la participation à la prise des décisions	<ul style="list-style-type: none"> - Une approche chronologique « en escalier », faisant allusion à la gravité de la situation, permet à la famille de prévoir et de se préparer à subir l'annonce dévastatrice. - Des explications sur la visualisation du corps et sur ce à quoi s'attendre facilitent les décisions des membres de famille.

	<i>professionnels</i>		
	<i>Établir une compréhension commune des enjeux, problèmes et des de plans de traitement avec les patients et les membres de leur famille, des confrères et d'autres professionnels afin de mettre en œuvre un plan de soin partagé</i>	Définir et explorer efficacement les problèmes auxquels il faut s'attaquer à la suite d'une entrevue avec un patient, y compris le contexte du patient, ses réponses, préoccupations et préférences	<ul style="list-style-type: none"> - Répondre à toutes les questions - Après la réaction initiale à l'annonce du décès, la famille doit se réorganiser pour discuter du devenir du corps, d'autopsie, de don d'organes et de formalités administratives. Ceci est souvent fait par l'infirmière de l'équipe.
		Respecter la diversité et la différence, y compris l'effet de la problématique hommes-femmes, de la religion et des croyances culturelles sur la prise de décision.	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter la réaction de la famille et ses rituels (ceux-ci leur appartiennent), sauf lorsque clairement inappropriés et dangereux.
		Encourager la discussion, les questions et l'échange au cours de l'entrevue	<ul style="list-style-type: none"> - Répondre à toutes les questions et offrir de demeurer disponible pour le reste du quart, en cas de questions supplémentaires.
		Faire participer les patients, les membres de leur famille et les professionnels de la santé compétents, à la prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> - Souligner les étapes chronologiques du séjour de la famille au service des urgences (visualisation du corps,

		partagée afin d'élaborer un plan de soins.	tâches administratives, etc) et préciser si une limite de temps est imposée.
		S'attaquer efficacement à des problèmes de communication qui posent un défi comme lorsqu'il s'agit d'obtenir un consentement éclairé, d'annoncer une mauvaise nouvelle et de faire face à la colère, à la confusion et à l'incompréhension	<ul style="list-style-type: none"> - Une approche collaborative structurée permet de relever le défi de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. - On doit faire preuve de délicatesse dans l'obtention des autorisations d'autopsie et de dons d'organes. L'infirmière qui accompagne et soutient la famille lors de son séjour au service des urgences se trouve en position favorable pour déterminer le moment propice pour aborder la famille.
	<i>Transmettre des renseignements verbaux et écrits efficaces au sujet d'un contact médical</i>	Tenir des dossiers clairs, exacts et appropriés (p. ex., écrits ou électroniques) sur les entrevues cliniques et les plans de traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Les membres de famille peuvent oublier une grande part de l'information transmise. On doit conserver un dossier, mais, surtout, fournir de l'information écrite sur les tâches administratives qui doivent être effectuées promptement après le décès (les salons funéraires peuvent fournir cette information).

Collaborateur	<i>Participer efficacement et comme il se doit à l'activité d'une équipe interprofessionnelle de soins de santé</i>	Décrire les rôles et les responsabilités d'autres professionnels membres de l'équipe de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> - La distribution des responsabilités peut varier d'une équipe médico-nursing à une autre en fonction des protocoles locaux et de l'expérience individuelle des intervenants. De façon générale, l'infirmière accueille les membres de la famille à leur arrivée au SU, les conduit à une salle privée, leur donne un bref aperçu de la situation et de sa gravité. Le médecin, dans la plupart des cas, annonce le décès et répond aux questions de nature médicale. Après l'annonce, l'infirmière fournira le soutien affectif jusqu'à ce que cette fonction soit assumée par d'autres membres de famille. Elle préparera la visualisation du corps et s'occupera des modalités administratives. L'équipe doit décider qui, du médecin ou de l'infirmière, abordera les questions d'autopsie et de don d'organes.
		Reconnaître et respecter la diversité des rôles, des responsabilités et des compétences d'autres professionnels par	<ul style="list-style-type: none"> - En préparant la famille à recevoir la mauvaise nouvelle, en subvenant aux besoins émotionnels de la famille et

		rapport aux leurs	en s'occupant des modalités administratives, l'infirmière joue un rôle pivot durant le séjour de la famille au SU.
		Collaborer avec d'autres personnes pour évaluer, planifier, prodiguer et intégrer des soins à des patients en particulier (ou des groupes de patients)	<ul style="list-style-type: none"> - La divulgation du décès par le médecin ne constitue qu'une fraction de l'intervention durant leur séjour de la famille au SU. Cette annonce doit s'intégrer harmonieusement dans l'intervention plus large de l'infirmière auprès de la famille.
		Participer efficacement à des réunions d'équipes interprofessionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Avant que le médecin rencontre la famille pour la première fois, l'infirmière aura déjà recueilli de l'information sur les membres de famille présents et sur leur état d'esprit. Le partage de cette information facilite la préparation du médecin pour la rencontre.
		Établir des relations d'interdépendance avec d'autres professions pour prodiguer des soins de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - L'annonce d'un décès au SU par une équipe médico-nursing est un exemple parfait de relation d'interdépendance.

		Respecter l'éthique de l'équipe, y compris la confidentialité, l'affectation des ressources et le professionnalisme	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre soin d'une famille désemparée peut nécessiter beaucoup de temps. Il serait très difficile pour le médecin de s'en occuper sans le soutien infirmier. Un effort doit être fait pour s'assurer que le transfert de responsabilité à l'infirmière se fasse sans difficulté en répondant à toutes les questions avant de quitter la salle et en demeurant disponible, au besoin, pour le reste du quart de travail.
	<i>Collaborer efficacement avec d'autres professionnels de la santé afin d'éviter des conflits interprofessionnels, de les négocier et de les résoudre</i>	Respecter leurs confrères et les membres d'une équipe interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Après l'annonce du décès, demeurer dans la pièce jusqu'à ce que la réaction de la famille s'atténue est un signe d'appui à la famille et à l'infirmière de l'équipe. - Comme mentionné ci-dessus, faciliter le transfert de responsabilité à l'infirmière et demeurer disponible constituent des marques de respect.
		Collaborer avec d'autres professionnels pour prévenir les conflits	<ul style="list-style-type: none"> - La clarification du rôle et des responsabilités de chacun des

			<p>intervenants prévient les méprises et/ou les conflits.</p>
		<p>Reconnaître leurs propres différences, incompréhensions et limites qui peuvent contribuer à la tension entre professionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un délai dans l'annonce du décès à la famille, après son constat, est une source de stress pour l'infirmière et pour la famille. Minimiser ce délai en faisant l'annonce rapidement après le décès réduit les tensions interprofessionnelles.
		<p>Réfléchir sur le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tel que mentionné, l'annonce d'un décès au SU représente clairement une fonction d'équipe et ne devrait pas être considérée comme une tâche individuelle. - Dans les situations où le médecin est incapable de se libérer promptement pour faire l'annonce à la famille, on devrait sérieusement considérer de permettre à l'infirmière, qui a déjà établi un contact avec la famille, de faire l'annonce, si elle (il) se sent confortable de le faire.
Gestionnaire	<i>Participer à des activités qui</i>	Travailler en collaboration avec d'autres membres de leur organisation	<ul style="list-style-type: none"> - La collaboration avec les collègues infirmières est essentielle pour la

	<i>contribuent à l'efficacité de leurs organisations et des systèmes de soins de santé</i>		gestion adéquate de l'annonce d'un décès au service des urgences.
	<i>Gérer efficacement leur pratique et leur carrière</i>	Établir des priorités et gérer leur temps de façon à établir un équilibre entre le soin des patients, les exigences de la pratique, les activités de l'extérieur et leur vie personnelle.	<ul style="list-style-type: none"> - Le maintien d'un équilibre entre son rôle professionnel et son rôle personnel permet le recrutement de ses compétences empathiques et affectives lorsque celles-ci sont requises.
	<i>Répartir judicieusement des ressources en soins de santé limitées</i>	Reconnaître l'importance de la juste répartition des ressources du système de santé en établissant un équilibre entre l'efficacité, l'efficience et l'accès, d'une part, et le soin optimal des patients, de l'autre.	<ul style="list-style-type: none"> - Lorsque l'on doit faire l'annonce d'un décès au service des urgences, ceci survient concurremment avec d'autres tâches qui sont à accomplir. On doit gérer son temps de façon à accorder le temps nécessaire à la famille, sans négliger les autres tâches pressantes qui nous attendent. La collaboration interprofessionnelle permet d'optimiser les soins globaux qui sont offerts.
Professionnel	<i>Démontrer un engagement envers</i>	Avoir les comportements professionnels appropriés dans la pratique, y compris	<ul style="list-style-type: none"> - Le respect et la compassion sont des attributs importants dans la

	<i>leurs patients, la profession et la société par la pratique respectueuse de l'éthique</i>	l'honnêteté, l'intégrité, l'engagement, la compassion, le respect et l'altruisme.	divulcation d'un décès. Dans ce contexte particulier, la compassion semble se présenter sous forme de respect, d'écoute empathique, ainsi que d'attention aux besoins physiques de la famille (par exemple, offrir un papier mouchoir).
--	--	---	---

[RETOUR](#) à discussion

[RETOUR](#) à Article

