



## **Enquête sur l'usage du téléphone dans le contexte du décès d'une personne en l'absence de ses proches**

**Marc Guerrier, Vincent Indirli, Dominique Poisson, José-Luis Caravias, Lucie Hacpille, Simon Assoun, Anne-Cécile Violland, Emmanuel Hirsch.**

### *Contributions*

Marc Guerrier : design et rédaction de l'enquête, direction de l'étude, première rédaction des résultats, de l'analyse et des commentaires.  
Anne-Cécile Violland : élaboration des vignettes cliniques, Vincent Indirli, Dominique Poisson, José-Luis Caravias, Lucie Hacpille : relecture et validation de l'enquête, coordination locale, contribution à la rédaction finale. Simon Assoun : saisie des questionnaires d'enquête et remarques qualitatives. Emmanuel Hirsch : contribution à la rédaction finale.

### Remerciements

Christiane Bucourt, Laila El Masri, Anne Vigneux, Nathalie Justin

Mots-Clefs : Annonce, décès, téléphone, proches, famille.

## **Introduction**

L'annonce du décès d'une personne à ses proches représente l'une des circonstances particulièrement délicates de la relation de soin, fréquente en milieu hospitalier. Si le décès survient en leur absence, l'usage du téléphone est alors fréquente. Le dossier administratif comporte du reste les coordonnées de la « personne à prévenir en cas d'accident ». Il n'existe pas de procédure réglementaire s'agissant de l'appel au téléphone des proches d'une personne qui vient de décéder. Les soignants fréquentant les hôpitaux en France témoignent souvent de la pratique de l'annonce « en deux temps », consistant, juste après le décès, à annoncer au téléphone une aggravation de l'état de santé du patient, puis le décès en lui-même à l'arrivée des personnes prévenues. Aucune étude n'indique à notre connaissance la fréquence de cette pratique, ni la teneur d'éventuelles méthodes alternatives.

Les questions pratiques et leur versant éthique relatifs à l'usage du téléphone dans le contexte d'un décès survenu en l'absence de proches recourent celles touchant à l'annonce du décès en général, mais présentent un certain nombre de spécificités. Du point de vue moral, il peut exister une tension entre l'impératif de véricité ou de vérité sur un fait avéré et la prise en compte de la vulnérabilité de la personne à qui l'on annonce le décès. Il s'agit donc de savoir s'il est moralement acceptable d'affirmer ou de laisser croire pendant un intervalle de temps, à une personne qu'une autre est toujours vivante alors qu'elle ne l'est plus. D'autre part, d'un point de vue pratique, le choix de l'interlocuteur appelant peut faire question, ainsi que les moyens utilisés, notamment les téléphones mobiles ou les messages type SMS. D'une façon plus générale, la manière dont une communication téléphonique s'inscrit dans le processus d'une relation au moment d'annoncer un décès ainsi que les repères éthiques qui s'y rattachent représentent un sujet de réflexion potentiellement utile pour les professionnels confrontés à ces situations.

L'Espace éthique / AP-HP – Département de recherche en éthique Paris-Sud 11, en partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs des hôpitaux du Léman et l'Espace de réflexion éthique du CHU – Hôpitaux de Rouen a pris d'initiative de conduire un travail d'enquête auprès des professionnels, s'agissant de l'usage du téléphone. Cet article restitue les résultats de cette observation et propose quelques points de discussion.

## **Objectifs de l'enquête**

Nous avons conçu une enquête individuelle descriptive et rétrospective des pratiques. Cette enquête visait également à recueillir le point de vue des professionnels interrogés sur la conduite à tenir dans trois situations exposées sous formes de vignettes cliniques. L'objectif poursuivi était de décrire les points de vue de médecins et d'infirmières travaillant au sein de plusieurs services. Il ne pouvait s'agir de chercher une représentativité de l'ensemble des services hospitaliers dans le cadre d'un travail d'ampleur modeste. L'intérêt des résultats procède de leur interprétation qualitative, et du constat d'éventuels contrastes dans les tendances observées.

## **Méthode et description de l'enquête**

Six services sur trois sites ont donné leur accord pour participer à une enquête auprès des médecins et infirmiers y travaillant (tableau 1). Un questionnaire a été adressé au responsable de chacun des services, visant à recueillir des renseignements d'ordre général sur le personnel, la fréquence des décès, et la politique s'agissant de l'usage du téléphone dans ces circonstances. Chacun des médecins et des infirmières ont reçu un questionnaire anonyme individuel comportant trois volets, respectivement :

- une description rétrospective des pratiques s'agissant de l'appel au téléphone de proches d'une personne dans les six mois précédant l'enquête ;
- une description de la formation et de la position personnelle s'agissant de ces pratiques, et enfin
- la sollicitation d'opinions sur trois vignettes cliniques.

Seul le service d'origine était identifiable sur les questionnaires retournés par l'intermédiaire d'une personne-relai au sein des services. Les données ont fait l'objet d'un décompte simple, sans traitement statistique en dehors du calcul de pourcentages.

## **Réponses et résultats**

### *Taux de réponse et description des services*

La description des services (S1 à S6) ayant répondu, ainsi que le nombre de réponses obtenues figurent dans le tableau 1. Au total 89 questionnaires rédigés par 24 médecins et 65 infirmières ont été analysés,.

### *Premier volet : pratiques au cours des six derniers mois*

Les résultats du premier volet de l'enquête concernent au total 39 personnes, 51 des professionnels n'ayant pas été amenés à téléphoner aux proches d'une personne après son décès (figure 1) dans la période de six mois retenue pour le cadre de cette enquête. Le cumul total des appels passés par les 39 professionnels est de 186 – il convient de noter que la moitié de ce cumul provient des services S5 et S6 (réanimation), comme le montre la figure 2. La fréquence des appels en fonction des professions indique, pour ce qui concerne la population ayant répondu ne revient pas spécifiquement à une catégorie professionnelle donnée. En effet, une nette différence existe entre S1, où 80 % des appels mentionnés pour l'étude émanent d'une personne du corps paramédical, et S5 ou S6 où plus de 90 % sont effectués en revanche par un médecin. Les résultats reportés dans la figure 3 montrent que l'envoi d'un avis d'aggravation est la stratégie privilégiée par trois services, tandis que trois autres utilisent essentiellement l'annonce directe du décès.

Les cinq occurrences de la stratégie de « demander de venir sans raison » (service S2) sont rapportées par une même personne. La somme des occurrences des stratégies est légèrement différente du nombre total d'appels rapportés : bien qu'elles ne soient pas exactement cohérentes d'un point de vue numérique, nous avons repris exactement les réponses portées dans les questionnaires.

La fréquence de l'anticipation d'un possible appel de l'hôpital à la suite du décès d'un proche hospitalisé est indiquée pour chaque service dans la figure 4. L'anticipation est nettement minoritaire pour les réponses de S1, et nettement majoritaire pour S5 et S6.

Au total 70 appels parmi les 186 étudiés ici ont été émis à destination de téléphones mobiles (figure 5). Le service S6 (réanimation) est à l'origine du plus gros volume de ces appels en valeur absolue, et également le seul pour lequel plus d'appels ont été émis vers des mobiles.

#### *Deuxième volet : formation personnelle et rôles professionnels*

Le deuxième volet donne deux types d'indication. Premièrement sur les 89 répondants, 11 seulement (12 %) disent avoir bénéficié d'une formation sur l'annonce du décès en général. Moins de la moitié (40 %) de ces derniers rapportent que l'usage du téléphone avait été évoqué au cours de cette formation. Deuxièmement, comme le montre la figure 6, les professionnels interrogés sur la fonction de la personne à qui devrait revenir la tâche de téléphoner répondent majoritairement qu'il s'agit du médecin. Toutefois, les répondants de S1 et de S2 ont également indiqué dans une proportion plus importante que les autres services que cette tâche pouvait incomber tout aussi bien spécifiquement à l'infirmière.

#### *Troisième volet : vignettes clinique*

S'agissant de la vignette A (voir tableau 3), les réponses convergent largement dans le sens de la nécessité de téléphoner à la personne malgré l'horaire nocturne (figure 6). La figure 7 indique les stratégies suggérées. Les résultats concernant les vignettes B et C sont consignés dans les figures 9 à 12. La lecture des différentes réponses montre une relative homogénéité, sauf s'agissant des professionnels du service S2 qui optent plus souvent pour une stratégie d'annonce directe au téléphone (sans toutefois soutenir fortement les opinions selon lesquelles on doit faire usage du téléphone dans une situation où un contact différent peut être établi avec un léger délai).

## **Discussion**

### *Des pratiques variables*

Les pratiques rapportées et les positions prises par les groupes de répondants des six services font évoquer différents profils dans les pratiques. Il ne peut s'agir que de tendances, chaque décès survenant dans un contexte unique, et les pratiques étant susceptibles d'évoluer au cours du temps avec les professionnels des services. Toutefois, une esquisse de lecture par catégorie peut être tentée.

Cette étude suggère que les cultures peuvent varier selon les services s'agissant de la désignation de la personne qui passe l'appel. Dans le service S1, il semble plus habituel qu'une infirmière effectue l'appel téléphonique que dans

les services S5 ou S6 (tableau 2, figures 2 et 6). Cette observation de six services vient confirmer l'idée que la responsabilité de l'appel téléphonique consécutif au décès d'une personne n'est pas rattachée à une catégorie professionnelle dans les pratiques pour toutes les équipes. Les facteurs déterminant la désignation de la personne qui téléphone au(x) proche(s) sont certainement multiples. La question de savoir si cela entre spécifiquement dans les attributions du médecin peut faire l'objet d'une décision au sein de chaque service. Une autre approche consiste à chercher qui est la personne la mieux à même d'assumer la tâche d'appeler. Trois facteurs au moins peuvent ici être conjugués de manière diverses : la position professionnelle (catégorie ou hiérarchie), la compétence (savoir-faire, expérience, formation) et la position relationnelle avec les proches (connaissance des interlocuteurs). D'autres éléments contextuels peuvent entrer en jeu, par exemple la survenue du décès la nuit – les réponses fournies dans les descriptions générales des pratiques des services (tableau 2) indiquent des différences entre les catégories professionnelles des appelants.

Ce qui fait la pertinence du choix de la personne à qui il incombe de téléphoner pourrait utilement faire l'objet d'une réflexion explicite au sein des équipes.

Les stratégies abordées dans la communication téléphonique initiale changent bien entendu selon le contexte. Toutefois, les résultats de l'enquête font évoquer la possibilité de l'existence de deux tendances : l'usage préférentiel de la stratégie « en deux temps » (avis d'aggravation) d'une part, de d'autre part l'usage préférentiel de « l'annonce directe ». L'argument majeur soutenant la première est le ménagement et la préparation des proches à une nouvelle difficile. Le souci de véacité et un contexte de gravité de la situation de santé peuvent plaider en faveur de la seconde. Le choix de privilégier l'une ou l'autre des stratégies peut tenir à une position personnelle (liée, par exemple, à l'habitude ou à des convictions) ou bien par l'examen du contexte (en fonction de la manière dont on estime la possible réaction des proches à qui l'on téléphone).

Il est également possible d'envisager deux types de positions du professionnel dans son dialogue au téléphone avec le proche appelé en fonction des possibilités d'évolution du dialogue. La première position possible, « fermée » est celle où le professionnel décide de s'en tenir au message qu'il entend passer. L'annonce du décès d'emblée entre par construction dans ce type de position (il n'est pas possible de modifier le message sur le fond). L'annonce d'une aggravation ou la demande de se rendre à l'hôpital en font partie si, dans l'éventualité de questions de la part de l'interlocuteur, le professionnel appelant ne complète pas son message initial. La seconde position possible, « ouverte à l'évolution », commence nécessairement par la transmission d'un message n'informant pas du décès, mais peut éventuellement y venir au cours du dialogue si l'interlocuteur interroge le professionnel plus avant. Les manières d'envisager cette seconde approche sont multiples, si l'on considère le fait que la teneur et la forme que le professionnel donne au dialogue peut inciter ou non la personne à poser des questions supplémentaires, ou encore selon l'usage que le professionnel fait respectivement des positions de « ne pas nier » et « d'affirmer ».

L'usage du téléphone mobile varie dans les réponses des services participants à cette étude. La question centrale est bien sûr celle des conditions de réception de l'appel qui conduit à la prudence dans la mise en route d'un dialogue délicat lorsque rien n'indique par avance la localisation et l'activité de l'interlocuteur à ce moment.

Anticiper la survenue du décès en l'absence du proche est-il souhaitable ? Dans les circonstances d'un état de santé très préoccupant, il peut être possible de discuter au préalable avec les proches de la manière d'aborder le suivi ou l'évolution au téléphone. Toutefois, une telle pratique ne saurait faire l'objet d'une approche systématique.

### *Identifier des repères*

Le choix de l'appelant et du destinataire de l'appel ainsi que la teneur d'une communication téléphonique après le décès d'une personne en l'absence de ses proches ne sauraient répondre à des pratiques totalement codifiées. Pour autant, l'identification de repères stables doit permettre d'éviter la survenue de situations discutables ou délétères pour les proches et/ou les professionnels et d'améliorer les conditions des annonces. Les points suivants reflètent l'opinion des auteurs, et peuvent constituer la base d'une discussion, au sein d'un service, entre les acteurs concernés qui peuvent alors évaluer leur pertinence à la lumière d'arguments ou de contre-arguments.

(1) Ne pas minimiser l'importance de l'appel téléphonique : même si l'information du décès n'y est pas donnée, il participe des événements qui font partie de l'annonce et de l'accompagnement.

(2) Ne pas mettre le professionnel qui appelle en situation de difficulté : la personne doit être suffisamment formée, expérimentée ou accompagnée pour cet appel.

(3) Adopter un principe de prudence vis-à-vis des téléphones mobiles : le destinataire de l'appel peut se trouver dans une situation pratique où la réception d'une nouvelle difficile est trop délicate, voire dangereuse (voiture). Il est souhaitable de disposer d'un numéro de téléphone fixe et de l'utiliser préférentiellement.

(4) Anticiper dans toute la mesure du possible les stratégies de communications les plus adaptées avec les proches de la personne.

(5) Nous plaidons en faveur d'une annonce en plusieurs temps, sans toutefois que le professionnel qui téléphone laisse entendre que la personne est toujours en vie. Cette position est délicate, mais nous semble préférable au motif de la préservation d'une relation de confiance, qui serait compromise par la possibilité de communiquer de fausses informations. Nous pensons qu'il est préférable que le professionnel s'efforce d'insister pour poursuivre le dialogue en face à face, en ne donnant qu'un minimum d'information au téléphone.

(6) Privilégier l'appel par un des professionnels ayant une relation de confiance bien établie avec l'interlocuteur, plutôt que désigner l'appelant d'abord en fonction de son appartenance professionnelle. L'annonce du décès lors de l'entrevue à l'arrivée des proches devrait être faite en revanche par le médecin, éventuellement en présence de l'infirmier qui connaît la famille.

- (7) S'agissant de l'annonce du décès et de l'usage du téléphone au sein du service, évaluer régulièrement les pratiques en se fondant sur l'expérience acquise.
- (8) Etablir un document écrit reprenant les règles de conduites adoptées par le service pour ce qui concerne l'appel des proches après un décès
- (9) Dans toute la mesure du possible, adresser un avis d'aggravation aux proches avant le décès de la personne
- (10) Former les personnels médicaux et paramédicaux aux enjeux de l'annonce du décès.

## **Conclusion**

Cette courte étude d'opinion de 89 professionnels dans 6 services différents indique des pratiques et options variées s'agissant de l'usage du téléphone pour appeler les proches d'une personne après son décès. Quatre responsables sur les six services indiquent qu'une réflexion pratique sur ce sujet serait pertinente. Les habitudes en vigueur localement peuvent certainement faire l'objet de discussions au niveau de chaque service : produire des règles trop contraignantes peut s'avérer délétère, car les contextes diffèrent radicalement. Pour autant, l'attention portée aux fondements de la relation de confiance, et le respect de la vulnérabilité des personnes peuvent servir de guide dans une réflexion qui doit, pour être pertinente, intégrer non seulement les modalités de l'usage du téléphone, mais également l'annonce et l'accompagnement des proches d'une personne soignée à l'hôpital jusqu'à son décès.

### Bibliographie spécifique complémentaire :

Nous n'avons trouvé qu'une seule étude similaire (effectuée il y a 20 ans aux Etats-Unis) dans la littérature scientifique :

Viswanathan R, Clark JJ, Viswanathan K. **Physicians' and the public's attitudes on communication about death.** Arch Intern Med. 1986 Oct;146(10):2029-33.

Il existe par ailleurs de nombreuses publications relatives à l'annonce du décès d'une personne, mais traitant la question d'une façon générale, non spécifiquement orientée vers l'usage du téléphone.

**Tableau 1. Services participants à l'enquête**

Services	Lits	Décès 2005	Médecins		Infirmières	
			T*	R**	T	R
S1 Gastro-entérologie	24	59	3	3	10	10
S2 Pneumologie	23	88	3	2	6	6
S3 Service porte	20	120	2	3	21	7
S4 Gastro-entérologie	16	40	6	3	8	6
S5 Réanimation	26	154	7	3	58	16
S6 Réanimation	16	185	5	8	32	23

\* T : nombre total de personnel indiqué dans la description du service.

\*\* R : nombre de réponses parvenues.

**Tableau 2 : Indications générales sur les pratiques en vigueur au sein des services par leurs responsables**

Questions	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Modalités des appels déjà discutées de manière générale au sein du service	N	N	N	N	N	N
Précisions orale ou écrites données aux professionnels sur les conduites à tenir	N	N	N	O	N	N
Document écrit interne au service précisant la conduite à tenir	N	N	N	N	N	N
A qui revient-il en général de passer les appels aux proches dans les circonstances d'un décès le jour ? (Toujours, Parfois, Jamais)	Médecin	P	P	T	P	T
	Infirmière	T	P	?	P	?
	Cadre	P	T	?	P	?
A qui revient-il en général de passer les appels aux proches dans les circonstances d'un décès la nuit ? ()	Médecin	P	P	?	P	?
	Infirmière	T	T	T	P	?
	Cadre	J	J	?	P	?
Lorsque le décès est attendu, une stratégie de communication est-elle établie ?	P	P	T	T	P	T
Stratégie adoptée en général dans le service lors de la communication au téléphone	Avis d'aggravation sans annonce du décès	T	T	T	T	P
	Annonce du décès	P	P	?	?	P
	Demander de venir sans donner de raison	J	J	?	P	J
Stratégie adoptée en général dans le service lors de la communication si le répondeur se déclenche	Avis d'aggravation sans annonce du décès	J	J	T	T	P
	Annonce du décès	J	J	?	J	?
	Demander de venir sans donner de raison	J	P	?	P	P
Demander de rappeler sans donner de raison	T	T	?	P	P	
Nécessité d'un approfondissement de la réflexion ou de l'identification de repères	N	O	N	O	O	O

Abréviations : Oui, Non, Toujours, Parfois, Jamais.

**Tableau 3 : Vignettes cliniques proposées**

Situation A	Un homme hospitalisé en service de médecine vit en phase terminale d'un cancer. Son état de conscience permet une communication réduite, mais encore possible avec son épouse. Cette dernière qui reste à ses côtés tous les jours de 10h jusqu'à 20h00, rentre uniquement le soir pour dormir chez elle. L'équipe repère assez rapidement le déni dans lequel elle se maintient depuis le début de la maladie. L'attitude à l'égard de son mari relève de l'hyperstimulation alimentaire, intellectuelle, pour ce qui concerne la mobilisation, etc. L'ensemble des membres de l'équipe s'accordent pour dire qu'il lui est impossible d'entendre pour l'instant que le décès de son mari peut survenir à tout moment. Lors de sa septième nuit dans le service, le patient décède à 03h15. Il n'a pas été possible d'anticiper cette situation avec l'épouse.
Situation B	La situation clinique, certes très préoccupante, d'un homme hospitalisé en service de médecine, s'est stabilisé depuis quelques jours. Son épouse vous a demandé de l'informer du moindre changement de son état. Elle quitte le service le soir, rassurée et confiante. Elle habite à 45 km du CH et effectue les trajets en voiture. Son mari décède brutalement. Selon vos estimations, son épouse doit se trouver à la moitié de son trajet.
Situation C	Une femme hospitalisée en unité de soins palliatifs entretient une relation fusionnelle avec sa fille, assistante de direction dans une grande entreprise, qui s'efforce d'être présente autant que possible. La fille, dont la fragilité psychologique est évidente, a exprimé le désir absolu d'être présente au moment du décès de sa mère. Elle a demandé qu'on la prévienne à tout moment d'une éventuelle aggravation sur son téléphone portable ou à son domicile. Elle affirme par ailleurs régulièrement qu'elle ne supportera pas ce décès, qu'elle n'est pas sûre de pouvoir lui survivre. La patiente décède à 15h10, pendant les horaires de travail de sa fille (qui a refusé de communiquer son numéro de téléphone au bureau).

Figure 1. Nombre de professionnels ayant passé au moins un appel dans les six derniers mois

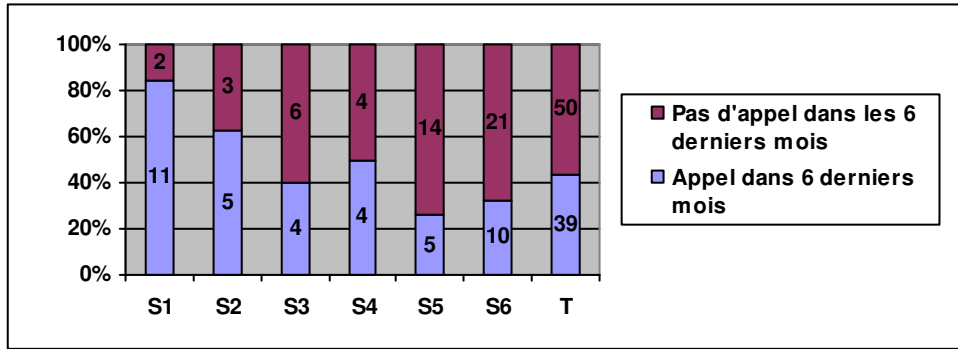


Figure 2. Nombre d'appels passés dans les six derniers mois

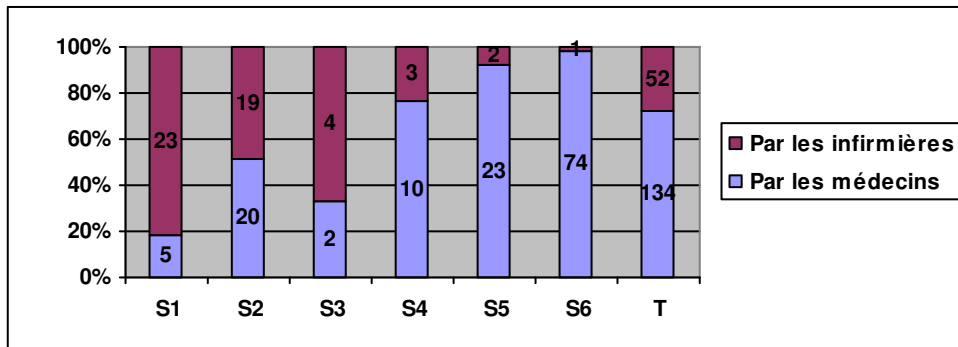


Figure 3. Nombre d'occurrences des stratégies utilisées pour les appels au cours des 6 derniers mois

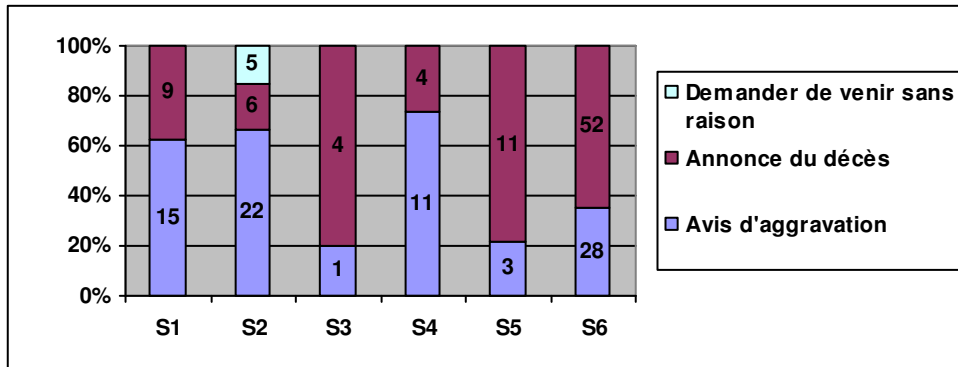


Figure 4. Nombre d'appels pour lesquels une discussion préalable avait eu lieu avec les proches

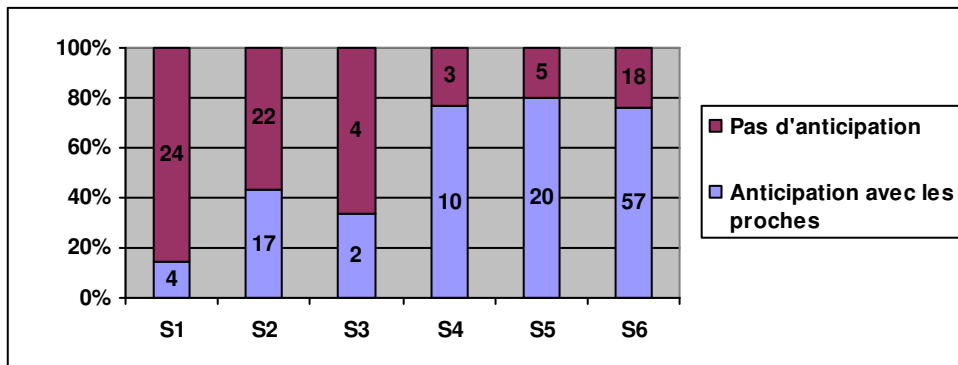


Figure 5. Quantité d'appels passés sur des portables

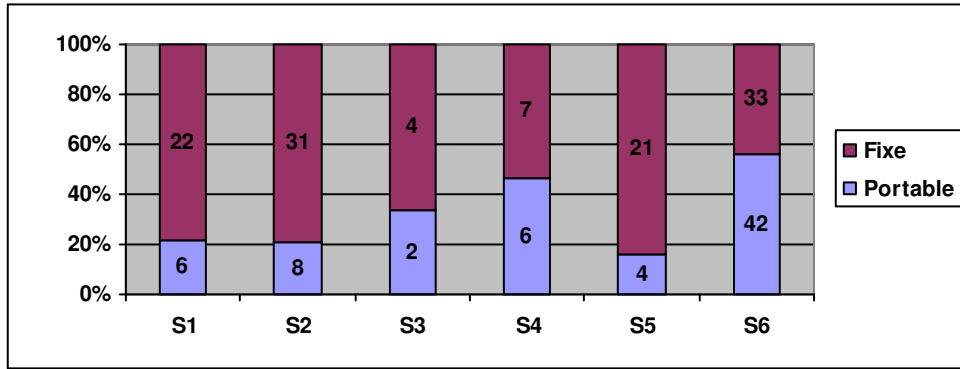


Figure 6. Opinion s'agissant de la qualité de la personne à qui il revient d'appeler

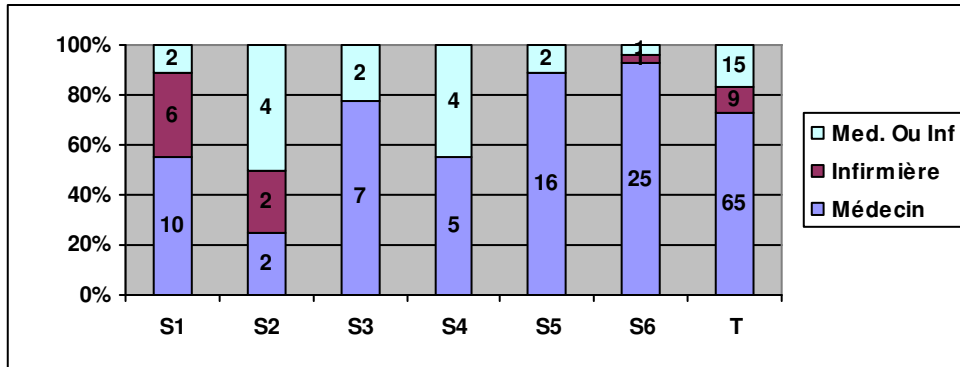


Figure 7. Situation A : opinions s'agissant de la pertinence de téléphoner

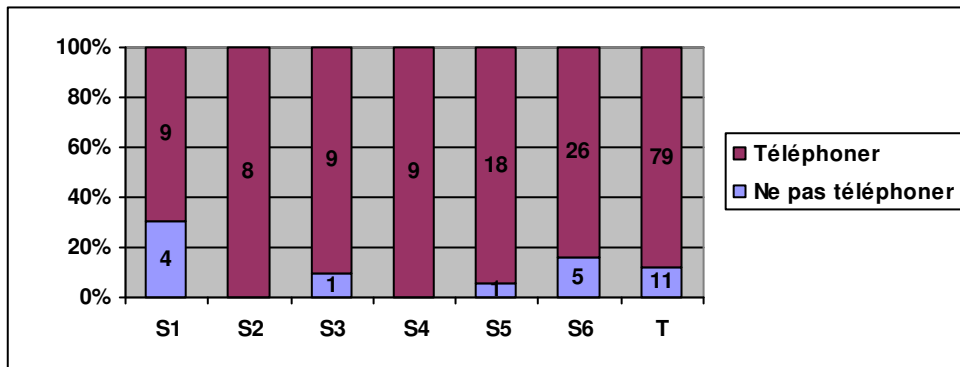


Figure 8. Situation A : opinions sur la stratégie à adopter

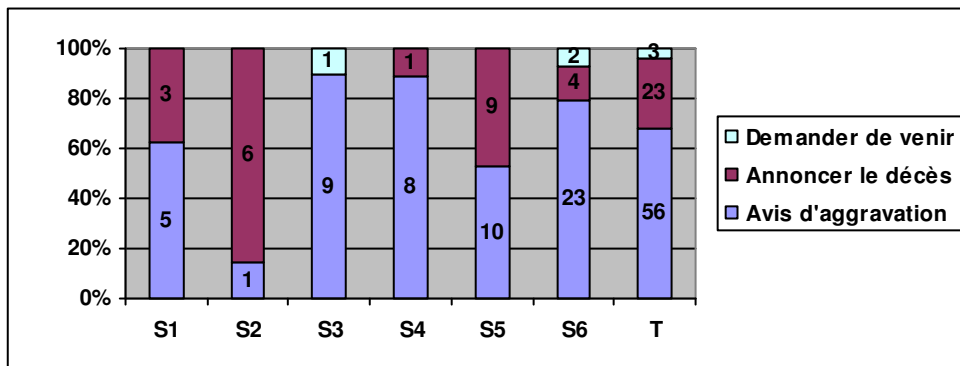


Figure 9. Situation B : opinions s'agissant de la pertinence de téléphoner

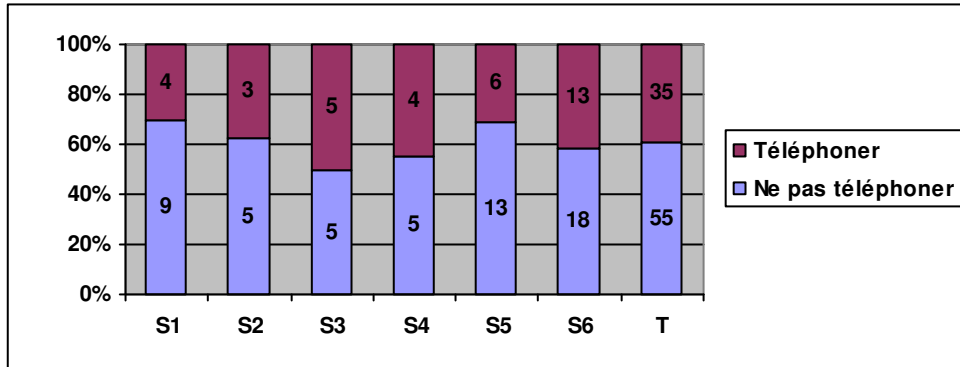


Figure 10. Situation B : opinions sur la stratégie à adopter

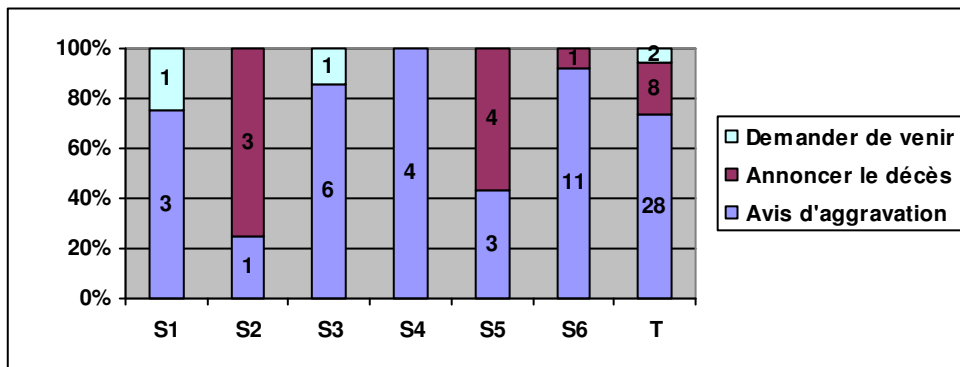


Figure 11. Situation C : opinions sur l'opportunité de téléphoner

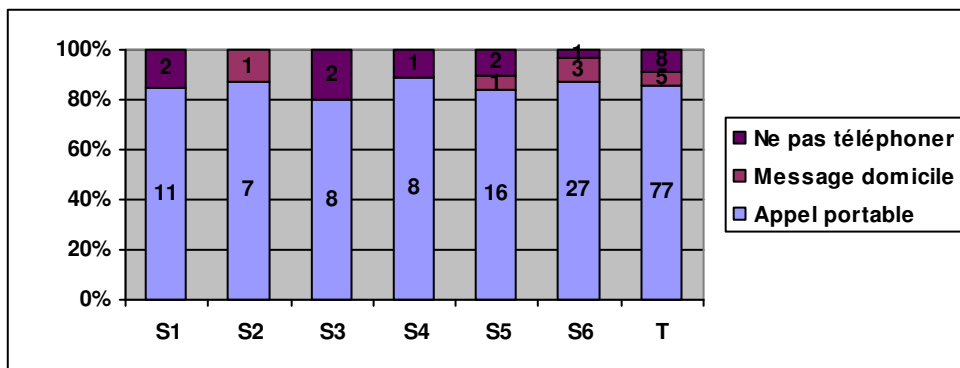


Figure 12. Situation C : opinions sur la stratégie à adopter

