

ACCOMPAGNER LES CONVERSATIONS SENSIBLES EN SOINS PALLIATIFS : REPÈRES CLINIQUES POUR SOUTENIR LA RELATION, LA CONTINUITÉ ET LA COLLABORATION

SABRINA FOURNELLE

Professeure adjointe

École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des
sciences de la santé

Université de Sherbrooke

sabrina.fournelle@usherbrooke.ca

RÉSUMÉ

En soins palliatifs, certaines conversations marquent des tournants importants dans la trajectoire de soins. Souvent qualifiées de « difficiles », ces conversations sont ici désignées comme conversations sensibles, puisqu'elles engagent des enjeux relationnels, émotionnels et existentiels majeurs, tant pour les personnes

accompagnées et leurs proches que pour les équipes soignantes. Elles ne se réduisent pas à des moments d'annonce, mais s'inscrivent dans un processus relationnel évolutif, où le sens, la compréhension et l'espoir se transforment dans le temps.

Cet article propose des repères cliniques pour soutenir l'accompagnement interprofessionnel des conversations sensibles en soins palliatifs, en mettant l'accent sur la relation, la continuité et la collaboration. Après avoir exploré ce qui rend ces conversations particulièrement sensibles et les

conditions favorables à leur préparation, l'article présente deux repères complémentaires : ÉPICES, comme cadre structurant pour soutenir la clarté et la cohérence du contenu conversationnel, et ESPOIR, comme repère relationnel centré sur l'observation, le respect du rythme et le soutien de la résilience.

À partir d'un exemple clinique intégrateur, l'article illustre comment ces repères peuvent être mobilisés de manière souple, avant, pendant et après une conversation sensible, sans rigidifier la rencontre ni imposer de séquence normative. Une attention particulière est portée au suivi dans les 72 heures, envisagé comme un moment essentiel permettant de soutenir la mise en sens, d'ajuster l'accompagnement et d'assurer la cohérence interprofessionnelle.

Enfin, l'article propose une réflexion sur les pièges cliniques fréquemment rencontrés dans ces situations, silence défensif, fausse réassurance, surrationalisation ou rupture de continuité, en les abordant non comme des échecs, mais comme l'expression de la complexité inhérente aux soins palliatifs. Reconnaître cette complexité permet de promouvoir une posture clinique plus consciente, plus humaine et plus durable, où la relation devient elle-même un soin, au cœur de l'accompagnement palliatif.

Mots clés

Soins palliatifs, conversations sensibles, collaboration interprofessionnelle, communication, accompagnement, espoir.

ABSTRACT

In palliative care, certain conversations mark critical turning points in the care trajectory. Often described as “difficult,” these encounters are referred to here as sensitive conversations, as they engage profound relational, emotional, and existential issues for patients, families, and care teams alike. Rather than isolated moments of disclosure, they are part of an evolving relational process in which meaning, understanding, and hope transform over time.

This article proposes clinical guides to support the interprofessional accompaniment of sensitive conversations in palliative care, with a particular focus on relationship, continuity, and collaboration.

After examining what makes these conversations especially sensitive and identifying conditions that foster supportive encounters, the article introduces two complementary clinical guides: ÉPICES, a structured framework that supports clarity and coherence in the content of conversations, and ESPOIR, a relational guide centered on observation, respect for individual pacing, and the support of resilience.

Through an integrative clinical case, the article illustrates how these guides may be used flexibly—before, during, and after a sensitive conversation—without rigid sequencing or normative application. Particular attention is paid to follow-up within 72 hours, conceptualized as an essential moment of care that supports meaning-making, continuity, and interprofessional coherence.

Finally, the article reflects on common clinical pitfalls encountered in sensitive conversations, such as defensive silence, false reassurance, over-rationalization, and discontinuity, approaching them not as failures, but as expressions of the inherent complexity of palliative care. Recognizing this complexity supports a more conscious, humane, and sustainable clinical posture, in which the relationship itself becomes a form of care at the heart of palliative accompaniment.

Keywords

Palliative care, sensitive conversations, interprofessional collaboration, communication, support, hope.

1. INTRODUCTION

En soins palliatifs, certaines conversations occupent une place charnière dans la trajectoire de santé. Souvent qualifiés de conversations difficiles, ces échanges sont ici désignés comme conversations sensibles, tant ils touchent à des enjeux humains, émotionnels et existentiels majeurs. Qu'il s'agisse d'aborder une détérioration de l'état de santé, une transition des objectifs thérapeutiques, une perte fonctionnelle significative ou une décision complexe, ces moments viennent réinterroger la vision du futur, les repères identitaires et les sources d'espoir de la personne et de ses proches.

Le choix du terme « sensible » permet de déplacer le regard : de la difficulté perçue par le soignant vers la vulnérabilité vécue par la personne. Il met l'accent sur la relation et sur la qualité de l'accompagnement plutôt que sur la performance communicationnelle ou informationnelle. Ces conversations ne se limitent pas aux annonces d'un diagnostic à une personne ou d'un décès à un proche ; elles jalonnent l'ensemble de la trajectoire palliative et s'inscrivent dans une continuité, où émotions, compréhension et besoins évoluent dans le temps.

Dans cette perspective, accompagner une conversation sensible constitue un acte de soin à part entière. Il ne s'agit pas seulement de transmettre une information, mais d'accueillir ce qui se vit, de respecter le rythme et de soutenir un espoir ajusté et réaliste. Convergentes avec la littérature sur la communication en contexte de maladie grave et sur la collaboration interprofessionnelle (Back et al., 2009 ; Sinclair et al., 2016 ; Zwarenstein et al., 2009), l'expérience clinique en soins palliatifs met en évidence que ces conversations gagnent en cohérence et en sécurité lorsqu'elles s'inscrivent dans une collaboration interprofessionnelle intentionnelle, mobilisant différents professionnels selon le contexte (p. ex., infirmière et médecin, ergothérapeute et infirmière, médecin et physiothérapeute, travailleur social et infirmière). Cet article propose des repères cliniques pour soutenir cet accompagnement interprofessionnel des conversations sensibles en soins palliatifs auprès de la personne soignée et de ses proches.

1.1 Pourquoi ces conversations sont-elles particulièrement sensibles en soins palliatifs ?

Les conversations sensibles surviennent à des moments où la maladie progresse, où les marges de manœuvre se restreignent ou lorsque des ajustements du projet de soins deviennent nécessaires. Elles mobilisent une charge émotionnelle importante, souvent amplifiée par la fatigue, la douleur ou l'incertitude. Dans ces contextes, la capacité à entendre et à intégrer l'information peut notamment être altérée par des phénomènes de sidération, de déni ou de confusion, faisant de la compréhension un processus progressif et parfois fragile (Nagelschmidt et al., 2021).

Les conversations sensibles jalonnent l'ensemble de la trajectoire palliative. Elles peuvent concerner l'annonce d'une aggravation, la perte d'autonomie, l'arrêt d'un traitement jugé disproportionné, la redéfinition des objectifs de soins ou l'anticipation d'un changement de milieu de vie. Chaque conversation s'inscrit dans une continuité et influence les échanges ultérieurs, contribuant à façonner la relation thérapeutique et la confiance envers l'équipe soignante (Buckman, 2005).

Ces moments d'échanges sont également sensibles parce qu'ils exposent des différences de compréhension, d'attentes ou de valeurs entre la personne, ses proches et les professionnels (Nagelschmidt et al., 2021 ; You et al., 2015). Des divergences peuvent émerger quant aux choix à privilégier, au rythme des décisions ou à la manière de préserver l'espoir (Nagelschmidt et al., 2021). Pour les équipes, la crainte de « dire trop », de « briser l'espoir » ou de susciter une détresse supplémentaire peut conduire à l'évitement, à des silences inconfortables ou à une communication excessivement technique (Béland et al., 2024 ; O'Shea et Wilkinson, 2025 ; Rapoport et Comité de bioéthique, 2024 ; Travers et Taylor, 2016).

Comme le rappellent Teike Lüthi et al., « l'annonce, même bien préparée et énoncée avec tact et empathie, est un traumatisme pour celui qui la reçoit, générant diverses réactions émotionnelles : sidération, tristesse ou colère » (2020, p. 57). Le rôle des soignants est alors d'accompagner, d'informer et de soutenir, tout en favorisant la verbalisation des émotions et l'élaboration graduelle du sens. Reconnaître ces conversations comme sensibles permet de légitimer la complexité de ce qui s'y joue et de souligner la nécessité de repères cliniques partagés.

1.2 Préalables à une conversation sensible : créer les conditions propices à l'accompagnement

Reconnaître une conversation comme sensible n'implique pas qu'elle puisse être entièrement maîtrisée ou prédite. En soins palliatifs, l'incertitude, la singularité des trajectoires et la charge émotionnelle rendent chaque rencontre unique. Toutefois, si le contenu de l'échange ne peut être

contrôlé, les conditions dans lesquelles il se déroule peuvent être pensées et préparées.

La qualité d'une conversation sensible repose souvent moins sur la quantité d'informations transmises que sur le cadre relationnel dans lequel l'échange prend place (Allard et Bissonnette, 2023 ; Guay, 2024). La préparation constitue ainsi une responsabilité clinique à part entière : elle contribue à préserver la sécurité émotionnelle de la personne et de ses proches, à soutenir une compréhension progressive et à maintenir une cohérence d'équipe. Elle dépasse les seuls aspects logistiques, en engageant aussi la disponibilité émotionnelle du soignant, la conscience de ses propres réactions et, au besoin, la clarification de la contribution attendue des professionnels impliqués.

Ces repères ne visent pas à standardiser la rencontre ni à en contrôler le déroulement, mais à offrir un cadre pour accueillir l'incertitude, les émotions et les besoins singuliers. Ils soutiennent une posture respectueuse du rythme de la personne et favorisent la continuité relationnelle, essentielle en soins palliatifs (Schon et al., 2025). Pensés en amont, ils réduisent aussi le risque de surcharge informationnelle, de malentendus et de ruptures de confiance. Quatre repères simples peuvent guider cette préparation clinique : le moment, l'environnement, la disponibilité et le temps (Allard et Bissonnette, 2023 ; Guay, 2024).

Le **moment** renvoie à l'ajustement du professionnel quant à l'état clinique et émotionnel du jour : présence de symptômes comme douleur, dyspnée, fatigue ou anxiété chez la personne accompagnée, ainsi que sa capacité d'attention et de tolérance à l'information (Guay, 2024). Il invite à vérifier si l'échange doit être amorcé maintenant, fractionné ou repris plus tard, en respectant la possibilité d'un « pas maintenant » (Engel et al., 2023).

L'**environnement** concerne à la fois l'espace et le climat relationnel : confidentialité, interruptions possibles, positionnement à hauteur de regard, place des silences, présence ou non de proches selon le souhait de la personne (Allard et Bissonnette, 2023). L'environnement « parle » avant même les mots : il peut communiquer de la considération, ou au contraire un sentiment de précipitation.

La **disponibilité** engage la présence réelle du soignant : temps dégagé, attention soutenue, conscience de ses propres appréhensions, valeurs et limites (Allard et Bissonnette, 2023). Dans une dynamique interprofessionnelle, elle inclut la clarification minimale des rôles (qui introduit, qui observe, qui reprend, qui documente), afin de soutenir une posture cohérente et un message concordant (Castioni et al., 2015).

Le **temps** enfin ne se réduit pas à la durée de la rencontre, mais à l'anticipation de la suite : annoncer le temps disponible, ménager des pauses, prévoir une reprise et organiser la continuité (notamment dans les 72 heures) (Allard et Bissonnette, 2023 ; Castioni et al., 2015). En contexte de soins palliatifs, mieux vaut souvent une information partielle bien accompagnée qu'un contenu complet précipité.

Avant de débiter la rencontre, il peut être bénéfique de prendre quelques instants pour se poser certaines questions (tableau 1).

Une conversation sensible se prépare autant intérieurement que sur le plan pratique. Ces préalables soutiennent une posture d'écoute, de respect du rythme et de continuité relationnelle, au cœur de l'accompagnement interprofessionnel en soins palliatifs. La préparation intérieure du professionnel peut notamment s'appuyer sur une démarche réflexive visant à reconnaître ses propres réactions, valeurs et limites, ainsi que sur une attention portée à sa disponibilité émotionnelle dans l'instant (Koshy et al., 2017 ; Lai et al., 2025). Elle implique également une intention d'écoute empathique et une capacité à se centrer sur le vécu de la personne, plutôt que sur les seuls contenus à transmettre (Back et al., 2019 ; Sinclair et al., 2016).

1.3 La collaboration interprofessionnelle au service des conversations sensibles

Les conversations sensibles en soins palliatifs mobilisent rarement un seul professionnel. Elles gagnent en cohérence lorsqu'elles s'inscrivent dans une collaboration interprofessionnelle intentionnelle, prenant souvent la forme de dyades complémentaires appelées à se relayer ou à co-intervenir selon les moments de la trajectoire (BC Renal, 2018 ; Partenariat canadien contre le cancer et Santé Canada, 2021).

Si certaines conversations sont associées à des annonces médicales, d'autres émergent dans des contextes cliniques variés : perte d'autonomie discutée avec une ergothérapeute et un médecin, déclin fonctionnel abordé par un physiothérapeute et une infirmière, transition sociale ou familiale accompagnée par un travailleur social et une infirmière praticienne spécialisée. Ces situations rappellent que l'enjeu n'est pas tant la profession que la posture relationnelle adoptée et la coordination entre professionnels. La collaboration

interprofessionnelle ne vise pas une répartition rigide des rôles, mais une complémentarité des regards et des compétences, au service d'un accompagnement centré sur la personne (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2024). Un temps de concertation, même bref, avant la rencontre permet de clarifier l'intention, les messages clés, les zones d'incertitude assumées et la contribution attendue de chacun (Alberta Health Services, 2018 ; Castioni et al., 2015).

Tableau 1. Repères pour préparer une conversation sensible en soins palliatifs

Le moment <i>S'agit-il du moment opportun ici et maintenant ?</i>	L'environnement <i>Le lieu permet-il une rencontre sécurisante et respectueuse ?</i>
- La personne est-elle suffisamment confortable (douleur, dyspnée, fatigue, anxiété) ? - Est-elle émotionnellement disponible pour cet échange aujourd'hui ? - L'intention de la rencontre gagne-t-elle à être explicitée ? - Une rencontre en deux temps serait-elle plus respectueuse du rythme vécu ?	- La confidentialité est-elle assurée ? - Le cadre est-il calme, propice à l'écoute et à l'accueil des silences ? - La présence de proches a-t-elle été discutée et correspond-elle aux souhaits exprimés ? - La posture physique (position assise, hauteur de regard) soutient-elle la relation ?
La disponibilité <i>Une présence réelle et soutenante est-elle possible pour cette rencontre ?</i>	Le temps <i>Quelle est le cadre temporel réaliste de la rencontre et de ce qui suivra ?</i>
- Un temps suffisant a-t-il été dégagé ou des contraintes risquent-elles d'interférer ? - Mes émotions, valeurs ou appréhensions ont-elles été reconnues ? - Les rôles entre les professionnels impliqués sont-ils clarifiés ? - Les réactions possibles (p. ex., silence, colère, détresse) ont-elles été anticipées ?	- La durée approximative de la rencontre a-t-elle été annoncée ? - Un espace est-il prévu pour les questions et les silences ? - Une reprise est-elle planifiée après la conversation ? - La continuité est-elle organisée au sein de l'équipe interprofessionnelle ?

Pendant la conversation, la coprésence ou la coordination entre professionnels favorise une lecture plus fine : tandis que l'un verbalise certains éléments, l'autre peut observer les réactions, soutenir les silences, reformuler ou proposer une pause lorsque l'émotion devient envahissante. Après la conversation, un temps de reprise, souvent assuré

par le professionnel le plus présent dans la continuité (p. ex., l'infirmière), permet de vérifier la compréhension, d'explorer les préoccupations et de soutenir l'élaboration progressive du sens. Un retour en équipe interprofessionnelle, même succinct, contribue à harmoniser la suite de l'accompagnement et à éviter les messages contradictoires.

2. STRUCTURER SANS RIGIDIFIER : ÉPICES ET ESPOIR COMME REPÈRES CLINIQUES POUR ACCOMPAGNER LES CONVERSATIONS SENSIBLES

Pour soutenir les conversations sensibles en soins palliatifs, les équipes ont besoin de repères cliniques explicites, sans être enfermées dans des protocoles ou des séquences figées. Expliciter ces repères ne vise pas à normer la pratique, mais à rendre disponibles des points d'appui partagés, mobilisables selon le contexte, les enjeux et la posture professionnelle.

Dans cette perspective, ÉPICES et ESPOIR sont présentés comme deux repères distincts, chacun porteur d'une intention clinique spécifique. Ils peuvent être utilisés indépendamment, mobilisés conjointement ou privilégiés à différents moments d'une conversation sensible, sans ordre imposé.

2.1 ÉPICES : un repère structurant pour soutenir la clarté et la progression de la conversation

Issu d'une adaptation francophone du modèle *SPIKES*, l'acronyme ÉPICES est reconnu pour soutenir l'annonce de nouvelles difficiles, particulièrement lorsque l'information médicale est centrale (Castioni et al., 2015 ; Teike Lüthi et al., 2020). Utilisé dans une logique clinique, et non algorithmique, il propose une structure souple :

- E – Environnement : préparer le contexte (lieu, intimité, posture, intention) ;
- P – Perception : explorer ce que la personne comprend déjà ;
- I – Invitation : respecter le désir d'information et le rythme ;
- C – Connaissances : partager l'information de manière progressive et accessible ;
- E – Empathie : accueillir les réactions émotionnelles tout au long de l'échange ;
- S – Stratégies et suivi : inscrire la conversation dans une continuité et explorer les ressources qui influenceront la façon de s'adapter à l'annonce.

Ainsi compris, ÉPICES soutient une posture de communication structurée : ralentir l'échange, éviter les malentendus et préserver la cohérence des messages.

2.2 ESPOIR : approfondir un repère clinique centré sur la relation et la résilience

Si ÉPICES propose un cadre structurant reconnu pour guider les conversations sensibles, l'expérience clinique en soins palliatifs met en lumière des situations où les enjeux relationnels, émotionnels et existentiels prennent le pas sur la transmission d'informations. C'est dans cet espace, souvent marqué par l'incertitude et la vulnérabilité, qu'a émergé ESPOIR : conçu non pas comme un outil normatif, mais comme un repère clinique et pédagogique novateur visant à soutenir la posture relationnelle dans l'accompagnement en soins palliatifs.

Présenté dans la figure 1, ESPOIR offre une vue d'ensemble de compétences relationnelles fréquemment mobilisées, souvent de manière intuitive, dans ce contexte de soins palliatifs. Ce repère peut être utilisé de façon souple, avant, pendant ou après une conversation sensible, selon le contexte et les besoins exprimés.

Les paragraphes qui suivent proposent d'approfondir chacune des composantes de ce repère novateur qu'est ESPOIR, en explorant, pour chaque lettre, la posture clinique qu'elle invite à adopter afin de soutenir la relation, respecter le rythme de la personne et favoriser la résilience dans les conversations sensibles.

E – Environnement et empathie

La composante Environnement et empathie renvoie à la création d'un cadre sécurisant, propice à l'écoute et à la reconnaissance de l'expérience vécue. Cette composante invite à porter attention au lieu, à la confidentialité, aux interruptions possibles et à la posture relationnelle adoptée. Elle implique aussi une présence empathique, attentive aux émotions exprimées ou retenues, et à la manière dont celles-ci peuvent influencer la compréhension et le déroulement de la conversation.

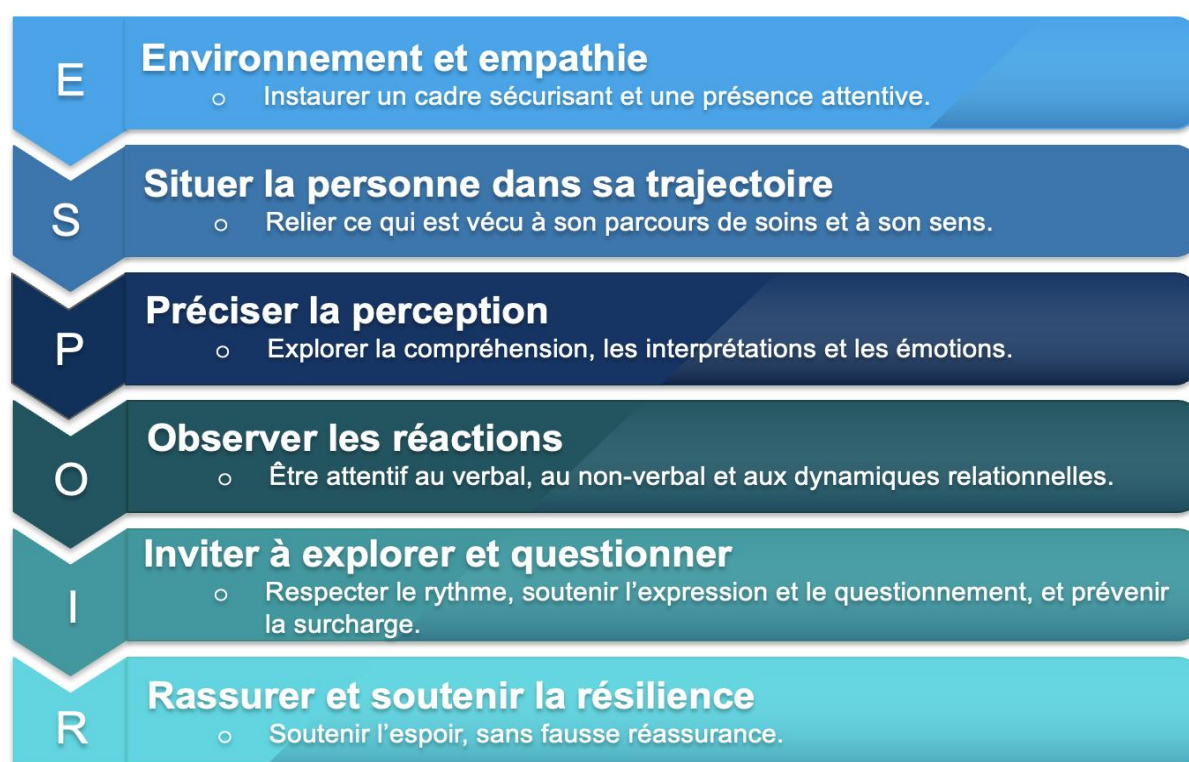


Figure 1. ESPOIR : repère clinique relationnel pour soutenir les conversations sensibles

S – Situer la personne dans sa trajectoire

Situer la personne dans sa trajectoire est une composante qui consiste à relier ce qui est évoqué ici et maintenant à l'ensemble du parcours de soins et de vie. Cette posture aide à faire des liens entre les événements passés, la situation actuelle et les attentes ou les préoccupations à venir. Elle permet de donner du sens à l'échange, tout en reconnaissant que la trajectoire n'est ni linéaire ni uniforme, mais marquée par des variations et des transitions, et qu'elle peut être perçue différemment par la personne, ses proches et l'équipe.

P – Préciser la perception

La composante Préciser la perception vise à explorer comment la personne comprend sa situation, ce qu'elle en interprète et ce qu'elle en ressent. Il s'agit d'aller au-delà des faits pour accueillir les représentations, les incertitudes et les émotions associées, sans chercher à les corriger d'emblée. Cette démarche favorise une

compréhension partagée et permet d'ajuster l'échange au vécu subjectif de la personne.

O – Observer les réactions

Observer les réactions est une composante qui implique une attention soutenue aux manifestations verbales et non verbales, ainsi qu'aux dynamiques communicationnelles à l'œuvre lors de la conversation, qui s'inscrivent dans la relation entre les personnes. Cette observation permet de repérer des signes de détresse, de fermeture, d'apaisement ou de mobilisation, et d'y ajuster la posture clinique. Elle inclut également la prise en compte des interactions entre la personne et ses proches, qui peuvent influencer la façon dont l'information est reçue et intégrée.

I – Inviter à explorer et questionner

Inviter à explorer et questionner consiste à créer un espace où la personne peut exprimer ce qu'elle comprend, ce qu'elle ressent et ce qu'elle souhaite aborder, à son propre rythme. Cette composante suppose de respecter les silences, de

proposer des pauses ou des reprises, et d'éviter une surcharge informationnelle. Elle implique aussi de soutenir l'expression des préoccupations et des questions, de clarifier le niveau d'information souhaité et d'ouvrir explicitement la possibilité de reporter ou de poursuivre la conversation à un autre moment.

R – Rassurer et soutenir la résilience

La composante Rassurer et soutenir la résilience consiste à reconnaître les ressources de la personne et ses proches, leurs capacités d'adaptation et les formes d'espoir qui demeurent possibles, sans minimiser la réalité vécue. Cette approche vise ainsi à soutenir un espoir ajusté, centré sur ce qui compte pour la personne, en tenant compte de ses proches, tout en évitant la fausse réassurance. Elle contribue à préserver un sentiment de sécurité, de continuité, de dignité et de sens, même en contexte d'incertitude ou de perte.

ESPOIR se présente comme un repère clinique et pédagogique inspirant, centré sur la relation et la résilience dans les conversations sensibles en soins palliatifs. Il vise à soutenir la réflexion clinique et la formation en rendant visibles des compétences relationnelles souvent mobilisées de manière intuitive en pratique. Ancré dans l'expérience clinique en soins palliatifs, il ouvre un espace de dialogue entre savoirs, pratiques et contextes, tout en invitant à des travaux ultérieurs pour approfondir sa portée, ses apports et ses conditions d'utilisation.

3. EXEMPLE CLINIQUE INTÉGRATEUR : ACCOMPAGNER UNE CONVERSATION SENSIBLE À PARTIR DE REPÈRES CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Mme L., 68 ans, est hospitalisée en unité de soins palliatifs dans un contexte d'évolution rapide d'un cancer pulmonaire. Depuis quelques jours, l'équipe observe une dyspnée croissante et une fatigue marquée, avec un effet significatif sur son autonomie. À la lumière de ces changements, une conversation sensible est envisagée afin d'ajuster

l'accompagnement et de soutenir Mme L. dans cette étape de la trajectoire.

Avant la rencontre, un bref échange interprofessionnel entre le médecin et l'infirmière permet de partager les observations cliniques, de situer l'intention de la discussion et de s'accorder sur une posture commune. Un moment est choisi où Mme L. est plus confortable, dans un environnement calme et favorable à l'intimité, afin de créer des conditions propices à l'échange.

Dès le début de l'échange, l'infirmière invite Mme L. à exprimer comment elle perçoit sa situation actuelle. Celle-ci évoque «le souffle qui manque de plus en plus» et l'inquiétude que cela suscite. Tout au long de la conversation, une attention particulière est portée aux réactions verbales et non verbales : silences prolongés, regard fuyant, mains crispées. L'infirmière met doucement en mots ce qu'elle observe : «J'ai l'impression que ce que vous vivez en ce moment est lourd à porter.» Cette reconnaissance ouvre un espace d'expression où émergent notamment la peur de s'étouffer et l'incertitude par rapport à la suite.

Le médecin poursuit en introduisant progressivement des éléments d'information sur l'évolution de la situation clinique, en vérifiant la compréhension de Mme L. et en respectant son rythme. Lorsque l'émotion devient plus présente, des pauses sont proposées. L'échange se construit ainsi comme un dialogue ajusté, où information, écoute et empathie s'entrelacent. L'objectif n'est pas de tout dire, mais de permettre à Mme L. de se situer dans sa trajectoire, à partir de ce qui fait sens pour elle à ce moment-là.

La conversation se conclut par une synthèse simple et partagée, ainsi que par l'assurance d'un accompagnement continu. Mme L. est rassurée quant aux mesures prévues pour le soulagement de sa dyspnée et à la disponibilité de l'équipe. La possibilité de reprendre la discussion ultérieurement en présence de ses enfants est proposée, selon ses besoins et son souhait.

Dans les jours qui suivent, l'infirmière reprend contact avec Mme L. de manière plus informelle. Cela permet de revenir sur ce qui a été compris, d'accueillir des préoccupations après coup et de

soutenir un espoir ajusté, centré sur le confort, la qualité de vie et la présence continue de l'équipe.

4. COMMENTAIRES CLINIQUES ET PÉDAGOGIQUES

Cet exemple illustre comment différents repères cliniques peuvent soutenir une conversation sensible, sans rigidifier la rencontre. Dans cette perspective, la notion de « pause » renvoie à des ajustements du rythme de la conversation, pouvant aller de moments de silence à une reprise différée de l'échange, en fonction des réactions de la personne et du contexte de soins, notamment en situation de suivi externe, où le temps disponible peut être plus contraint.

Des éléments associés à ÉPICES, tels que l'exploration de la perception, le partage progressif de l'information et l'attention portée à l'environnement, s'articulent ici à une posture inspirée d'ESPOIR, centrée sur l'observation des réactions, le respect du rythme, la mise en perspective dans la trajectoire et le soutien de la résilience. Loin de constituer une séquence à appliquer, ces repères offrent des appuis souples pour accompagner la personne dans ce qui se vit, pendant et au-delà de la conversation.

4.1 Après la conversation sensible : le suivi dans les 72 heures, un moment essentiel

En soins palliatifs, une conversation sensible ne se termine pas avec la fin de l'échange. Les informations partagées, les émotions suscitées et les questions émergentes continuent de se déployer dans les heures et les jours qui suivent, particulièrement lorsque la charge émotionnelle altère la capacité d'intégration. Dans ce contexte, le suivi dans les 72 heures constitue un moment essentiel, au cœur de la continuité relationnelle (Castioni et al., 2015).

Ce temps de reprise offre à la personne et à ses proches un espace sécurisant pour revenir sur ce qui a été compris, exprimer des émotions différées et formuler des questions apparues après coup (Allard et Bissonnette, 2023 ; Castioni et al., 2015 ; Warnock, 2014). Il permet de soutenir un processus de mise en sens, respectueux du rythme et de l'état

émotionnel du moment, sans chercher à répéter ou à corriger l'information trop rapidement. Ce suivi s'inscrit généralement dans un cadre plus intime et moins formel que la conversation initiale, favorisant une parole plus libre et nuancée. Dans cette perspective, certaines questions ouvertes peuvent servir de repères pour soutenir ce temps de reprise et accompagner l'expression de ce qui émerge après coup (tableau 2).

Tableau 2. Questions ouvertes servant de repères pour soutenir le suivi d'une conversation sensible

Fonction	Exemple de question ouverte
Explorer la compréhension	Qu'avez-vous retenu de la discussion ? Y a-t-il quelque chose qui vous semble plus clair... ou au contraire plus flou depuis notre échange ?
Explorer les préoccupations	Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus depuis notre rencontre ?
Inviter à questionner	Des questions vous sont-elles venues après coup ?
Identifier le besoin actuel	De quoi auriez-vous besoin maintenant ?

Au-delà de la compréhension, ce temps permet d'identifier les besoins immédiats et d'ajuster l'accompagnement en conséquence : soulagement symptomatique, soutien émotionnel, clarification des prochaines étapes ou mobilisation de ressources complémentaires. Il s'agit moins de fournir des réponses que de coconstruire ce qui peut aider à traverser la situation, dans l'esprit d'un espoir ajusté et réaliste.

La documentation de la conversation initiale et du suivi effectué constitue un levier central de cohérence clinique (Fournelle et al., 2026). En consignait les éléments abordés, les réactions observées et les besoins exprimés, le soignant soutient la continuité des soins, facilite le partage interprofessionnel et réduit le risque de messages discordants (BC Renal, 2018). Cette mise en commun des repères cliniques participe à la qualité,

à la sécurité et à la durabilité de la pratique en soins palliatifs.

4.2 Pièges fréquents et leviers d'amélioration dans l'accompagnement des conversations sensibles

Les conversations sensibles en soins palliatifs mobilisent intensément les personnes accompagnées, leurs proches et les équipes soignantes. Même lorsque l'intention est juste et l'engagement présent, certains pièges cliniques récurrents peuvent émerger et fragiliser la qualité de l'accompagnement. Les identifier permet non seulement de les prévenir, mais aussi de soutenir une pratique plus consciente et ajustée.

Un premier piège réside dans le silence défensif, lorsque la crainte de mal dire ou d'aggraver la détresse conduit à un retrait relationnel (Besbris, 2025 ; Nagelschmidt et al., 2021). Ce silence, bien qu'il soit souvent animé de bonnes intentions, peut être interprété comme un désengagement. Le levier repose sur la reconnaissance que la présence, même imparfaite, et quelques mots simples peuvent offrir un cadre sécurisant, sans chercher à résoudre ou à apaiser à tout prix.

La fausse réassurance (ex. « tout va bien aller », « ne vous inquiétez pas ») constitue un autre écueil fréquent. Utilisée pour apaiser rapidement l'intensité émotionnelle, elle peut banaliser la souffrance lorsqu'elle ne correspond pas à la réalité vécue (BC Renal, 2018; Center to Advance Palliative Care, 2026). À l'inverse, soutenir un espoir ajusté, ancré dans ce qui demeure possible et porteur de sens (p. ex., confort, qualité de vie, continuité de présence, respect des valeurs), permet de préserver la confiance sans trahir la vérité (Alberta Health Services, 2018 ; Hawthorn, 2015).

La surrationalisation est également un piège courant, particulièrement lorsque l'information devient un refuge face à l'émotion. Si les données factuelles sont nécessaires, elles perdent leur portée lorsque la personne n'est pas en mesure de les intégrer (Engel et al., 2023). Le levier repose alors sur le ralentissement de l'échange, l'accueil des silences et l'ajustement du contenu au rythme du moment (Schon et al., 2025).

Enfin, l'absence de coordination interprofessionnelle ou la conception de la conversation sensible comme un événement ponctuel peut

générer des messages discordants et une rupture de continuité (Alberta Health Services, 2018). La concertation, le suivi et la documentation constituent ici des leviers essentiels pour soutenir la cohérence clinique et relationnelle (Engel et al., 2023).

Les pièges associés aux conversations sensibles ne relèvent pas d'un manque de compétence des soignants et soignantes, mais de la complexité inhérente à ces situations palliatives. Les reconnaître permet de nommer les tensions à l'œuvre et d'ouvrir des marges d'ajustement favorisant une pratique plus cohérente, plus consciente et plus humaine, au bénéfice des personnes accompagnées comme des équipes. Dans cette perspective, les leviers cliniques ne visent pas à résoudre la complexité des situations palliatives, mais à s'y ajuster de manière relationnelle, consciente et partagée.

4.3 Penser les conversations sensibles comme un processus relationnel partagé

Penser les conversations sensibles en soins palliatifs comme un processus relationnel partagé, entre la personne, ses proches et les professionnels, dans une dynamique interprofessionnelle, permet de reconnaître que l'information, l'émotion et le sens s'influencent et se construisent au fil des conversations. Les pièges recensés ne relèvent pas d'un manque de compétence individuelle, mais des tensions inhérentes à des contextes de grande vulnérabilité, qui sollicitent les soignants bien au-delà de leurs savoirs techniques.

Dans cette perspective, ÉPICES et ESPOIR peuvent être compris comme des repères cliniques complémentaires au service d'une même intention : soutenir une communication ajustée, cohérente et humaine. ÉPICES offre un cadre structurant favorisant la clarté et la cohérence du moment conversationnel, tandis qu'ESPOIR met en lumière la posture relationnelle, l'observation fine et le soutien de la résilience, particulièrement dans ce qui se joue au-delà de l'échange initial.

Cette complémentarité repose moins sur l'application d'outils que sur une dynamique interprofessionnelle intentionnelle, qui se déploie avant, pendant et après la conversation. La concertation, le suivi et la continuité relationnelle constituent ainsi des leviers centraux de qualité, tant

pour les personnes accompagnées et leurs proches que pour les équipes soignantes.

CONCLUSION : SOUTENIR LA RELATION DANS LA COMPLEXITÉ DES CONVERSATIONS SENSIBLES

Accompagner des conversations sensibles en soins palliatifs ne se résume pas à transmettre une information médicale. Il s'agit d'un processus relationnel inscrit dans le temps, qui commence avant la conversation, se déploie pendant l'échange et se prolonge au-delà, à travers le suivi et la collaboration interprofessionnelle.

Reconnaître la complexité inhérente à ces conversations rappelle que la relation devient elle-même un soin : un espace d'écoute, d'ajustement au rythme et de soutien d'un espoir ajusté, ancré dans ce qui demeure important et possible selon les valeurs de la personne.

En articulant ÉPICES comme cadre structurant, ESPOIR comme repère relationnel et la collaboration comme socle clinique, les équipes disposent de points d'appui pour accompagner des conversations plus justes, plus cohérentes et plus humaines. Reconnaître ces échanges comme sensibles, plutôt que difficiles, permet enfin de déplacer le regard vers ce qui s'y joue réellement : des moments de grande vulnérabilité où la qualité de la relation contribue à préserver la dignité, le sens et une forme d'espoir, même lorsque l'horizon semble se rétrécir.

DÉCLARATION

L'auteures déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts, incluant les relations de nature financière et non financière, associés à cette publication.

RÉFÉRENCES

Alberta Health Services. (2018). *Serious Illness Care Program: Reference guide for clinicians* (Clinician Reference Guide). <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ac/p/if-acp-qj-sicg-clinician-reference-guide.pdf>

- Allard, E. et Bissonnette, S. (2023). Les situations de fin de vie : d'abord une question d'accompagnement! Dans A.-M. Martinez et S. Fournelle (dir.), *La communication : noyau central de la pratique infirmière*. Éditions JFD.
- Back, A. L., Arnold, R. M. et Tulskey, J. A. (2009). *Mastering communication with seriously ill patients*. Cambridge University Press.
- Back, A. L., Fromme, E. K. et Meier, D. E. (2019). Training Clinicians with Communication Skills Needed to Match Medical Treatments to Patient Values. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(S2), S435-S441. <https://doi.org/10.1111/jgs.15709>
- BC Renal. (2018). *Serious Illness Care Program: Reference guide for interprofessional clinicians* (version 4). http://www.bcrenal.ca/resource-gallery/Documents/ClinicianInterprofessionalReferenceGuide_v4_2018_01_19.pdf
- Béland, J.-P., Carignan, L. et Bernard, S. (2024). En temps de crise, quelle place pour la souffrance des soignants ? Quelles solutions éthiques y apporter ? *Revue Organisations & territoires*, 33(3), 72-88. <https://doi.org/10.1522/revueot.v33n3.1866>
- Besbris, J. M. (2025). The approach to serious-illness conversations. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 31(6), 1541-1563. <https://doi.org/10.1212/CONT.0000000000001634>
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138-142. [https://doi.org/10.1016/S1548-5315\(11\)70867-1](https://doi.org/10.1016/S1548-5315(11)70867-1)
- Castioni, J., Boretti, S. M., Teike Lüthi, F. et Vollenweider, P. (2015). L'annonce de mauvaises nouvelles en binôme médico-infirmier: mise en pratique en médecine interne. *Revue médicale Suisse*, 493. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2015.11.493.2070>
- Center to Advance Palliative Care. (2026, February 10). Communication skills for conversations about serious illness. <https://www.capc.org/training/learning-pathways/communication-skills-conversations-about-serious-illness/>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) (2024). *Référentiel de compétences du CPIS pour l'avancement de la collaboration en santé et services sociaux*. CPIS. https://cihc-cpis.com/wp-content/uploads/2024/06/CIHC_FR_053024.pdf
- Engel, M., Kars, M. C., Teunissen, S. C. C. M. et van der Heide, A. (2023). Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 21(5), 890-913. <https://doi.org/10.1017/S1478951523001165>
- Fiquet, L., Hugué, S., Annezo, F., Chapron, A., Allory, E. et Renaut, P. (2015). Une formation interprofessionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie médicale*, 16(2), 105-117. <https://www.pedagogie-medecale.org/articles/pmed/pdf/2015/02/pmed140050.pdf>
- Fournelle, S., Dottini, G. et Lachance, S. (2026). *Apprendre à documenter la démarche clinique infirmière*. Chenelière Éducation.

- Guay, D. (2024). *L'approche palliative intégrée*. Chenelière Éducation.
- Hawthorn, M. (2015). The importance of communication in sustaining hope at the end of life. *British Journal of Nursing*, 24(13), 702-705.
- King, H., Battles, J., Baker, D., Alonso, A., Salas, E., Webster, J., Toomey, L. et Salisbury, M. (2008). TeamSTEPPS: Team strategies and tools to enhance performance and patient safety. Dans K. Henriksen, J. B. Battles, M. A. Keyes et M. L. Grady (dir.), *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 3: Performance and Tools). Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Koshy, K., Limb, C., Gundogan, B., Whitehurst, K. et Jafree, D. J. (2017). Reflective practice in health care and how to reflect effectively. *International Journal of Surgery Oncology*, 2(6), e20. <https://doi.org/10.1097/IJ9.0000000000000020>
- Lai, W. T., Yang, L. Y., Ko, H. K., Su, H. C. et Wu, L. M. (2025). Palliative care providers' experiences of mindfulness and resilience: An interpretative phenomenological analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 61, 102017. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2025.102017>
- Nagelschmidt, K., Leppin, N., Seifart, C., Rief, W. et von Blanckenburg, P. (2021). Systematic mixed-method review of barriers to end-of-life communication in the family context. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 11(3), 253-263. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002219>
- O'Shea, L. et Wilkinson, A. N. (2025). Avoir des conversations difficiles: la planification préalable des soins, les conversations sur les maladies graves et les objectifs thérapeutiques avec les patients en oncologie. *Canadian Family Physician / Médecin de famille canadien*, 71(2), 117-120. <https://doi.org/10.46747/cfp.7102117>
- Partenariat canadien contre le cancer et Santé Canada. (2021). *Cadre canadien de compétences interdisciplinaires en soins palliatifs*. <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2021/07/palliative-care-competency-framework-FR.pdf>
- Rapport, A. et Comité de bioéthique. (2024, 7 mars). Les objectifs des échanges sur les soins et de la planification préalable des soins chez les patients d'âge pédiatrique atteints d'une maladie grave [Document de position]. *Société canadienne de pédiatrie*. <https://cps.ca/fr/documents/position/planification-prealable-des-soins>
- Schon, E., MacRedmond, R., Rechlin, R., Antifaeff, K., Robinson, W. et Hatala, R. (2025). "Hope is strong": A qualitative inquiry into serious illness conversations for patients living with structural vulnerabilities and substance use disorders. *BMC Palliative Care*, 24(1), 292. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01893-1>
- Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N. A., McConnell, S. et Chochinov, H. M. (2016). Compassion in Health Care: An Empirical Model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 193-203. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009>
- Teike Lüthi, F., Gasser, M. et Gallant, S. (2020). L'art infirmier dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle. *Soins infirmiers*, 6, 56-59. https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/cfo/document/s/2020_6_annonce_mauvaises_nouvelles_Soins_Infirmiers.pdf
- Travers, A. et Taylor, V. (2016). What are the barriers to initiating end-of-life conversations with patients in the last year of life? *International Journal of Palliative Nursing*, 22(9), 454-462. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.9.454>
- Velić, S., Qama, E., Diviani, N. et Rubinelli, S. (2023). Patients' perception of hope in palliative care: A systematic review and narrative synthesis. *Patient Education and Counseling*, 115, 107879. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107879>
- Warnock, C. (2014). Breaking bad news: Issues relating to nursing practice. *Nursing standard*, 28(45), 51-58. <https://doi.org/10.7748/ns.28.45.51.e8935>
- You, J. J., Downar, J., Fowler, R. A., Lamontagne, F., Ma, I. W., Jayaraman, D., Kryworuchko, J., Strachan, P. H., Ilan, R., Nijjar, A. P., Neary, J., Shik, J., Brazil, K., Patel, A., Wiebe, K., Albert, M., Palepu, A., Nouvet, E., des Ordon, A. R., Sharma, N., ... Canadian Researchers at the End of Life Network (2015). Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: A multicenter survey of clinicians. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 549-556. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7732>
- Zwarenstein, M., Goldman, J. et Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(3), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>