

Le bien-être en réanimation : un intérêt commun

Mieux vivre la réanimation quatre ans après la conférence de consensus

F. Ferré, O. Fourcade

Pôle d'Anesthésie et Réanimation, CHU Toulouse.

Réanimation Polyvalente, Hôpital Purpan, Place du Dr Baylac, 31059 Toulouse cedex 9.

fourcade.o@chu-toulouse.fr

POINTS ESSENTIELS

- Le bien-être des patients, des familles et des soignants sont intimement liés.
- Il faut favoriser la reconnaissance du patient en tant que personne, et évaluer son niveau de compétence en tant qu'acteur de sa prise en charge.
- La soif, la faim, le froid, des nuisances sonores, un sentiment d'isolement voire de vulnérabilité doivent être recherchés.
- Tout état d'agitation doit conduire à l'évaluation de la douleur et à la recherche d'un *delirium* en utilisant les échelles adéquates.
- L'utilisation de benzodiazépines en réponse à un état d'agitation favorise la survenue d'un *delirium* et altère la mémorisation.
- Le faible niveau de souvenirs réels du séjour en réanimation est un facteur favorisant la survenue d'un état de stress post-traumatique (ESPT).
- Un ESPT est fréquent au décours d'un séjour en réanimation chez les patients, et chez les membres de la famille proche (syndrome familial de post réanimation).
- Une stratégie de communication avec les familles doit être établie, les entretiens ainsi que la participation aux processus décisionnels sont réalisés selon des règles formalisées.
- Favoriser et faciliter la visite des proches doit être une priorité, y compris la visite des enfants.
- Il est important de diagnostiquer et de traiter la dépression ou le syndrome du *burnout* qui est particulièrement fréquent chez les médecins et les soignants en réanimation.

En 2009, nos sociétés savantes (SFAR, SRLF) ont édité une conférence de consensus intitulée « Mieux vivre la réanimation » (<http://www.sfar.org/article/180/mieux-vivre-la-reanimation-cc-2009>). L'objectif de cette conférence était de proposer des recommandations permettant aux patients, à leurs familles et aux personnels soignants de mieux vivre la réanimation en abordant 5 thématiques : les barrières au « mieux vivre », l'environnement, les soins, la communication, et la personnalisation du processus décisionnel.

Le nombre de publications croissantes depuis cette conférence souligne l'intérêt commun de mieux vivre la réanimation. En effet, le travail et la famille sont les deux principales sources de satisfaction, mais elles sont paradoxalement pourvoyeuses des expériences les plus stressantes (1). La réanimation est un lieu de vie et d'agression où tous les éléments sont interdépendants (2, 3). C'est dans ce contexte que le bien-être des patients, des familles et des soignants sont intimement liés.

LE BIEN-ÊTRE DES PATIENTS

Le confort psychologique et physique des patients de réanimation est une priorité. Favoriser en permanence la reconnaissance du patient en tant que personne pourrait être la ligne directrice de toutes les actions à mener pour améliorer le séjour en réanimation et limiter les conséquences de ce dernier en post-réanimation. Les axes soulignés par la conférence sont toujours d'actualité ; il s'agit d'améliorer l'environnement, de prendre en compte les symptômes les plus fréquemment retrouvés dans le témoignage des patients, et d'organiser et d'orienter les soins pour un meilleur confort. Par ailleurs, nous insisterons sur la nécessité de toujours identifier la cause d'un état d'agitation, et sur la prévention de l'état de stress post-traumatique au décours de la réanimation.

Le *delirium* est une forme fréquente de dysfonction cérébrale des patients de réanimation. Le développement d'outils d'évaluation fiables et reproductibles de la douleur, de la sédation et du *delirium*, a permis d'améliorer leur prise en charge et d'évaluer l'efficacité de thérapies ciblées (4). Il concerne près de 30 % des patients (5), principalement lorsqu'ils ont des antécédents d'hypertension artérielle, d'alcoolisme chronique, une démence préexistante ou lorsqu'ils sont dans un état critique à l'admission (4). Des facteurs environnementaux tels que l'isolement, la contention physique ou l'absence de visite semblent également favoriser cet état confusionnel (5). L'utilisation de benzodiazépines a clairement été identifiée comme un facteur favorisant. Probablement que l'utilisation de dexmédétomidine, un sédatif alpha2 agonistes adrénergique puissant, devrait être préféré à

l'utilisation de benzodiazépine pour la sédation des patients sous ventilation mécanique. Dans tous les cas, la mobilisation précoce des patients permettrait de diminuer l'incidence et la durée des épisodes de *delirium*. Le recours aux neuroleptiques est la règle en cas d'agitation dans ce contexte (4). Le CAM-ICU (*Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*) est un excellent outil diagnostique du *delirium* en réanimation. Sa sensibilité de 80 % et sa spécificité de 96 % en font un test diagnostique de référence utilisable en routine (6). Savoir diagnostiquer et traiter précocement cet état confusionnel est essentiel. Cette mauvaise expérience peut être traumatisante pour le patient et sa famille.

La douleur en réanimation est également une des principales sources d'inconfort pour le patient. Son évaluation par des échelles validées comme le BPS (*Behavioral Pain Scale*) ou le CPOT (*Critical-Care Pain Observation Tool*) doit être réalisée en pratique quotidienne. Les protocoles d'analgésie basés sur ces échelles permettraient d'améliorer la prise en charge de la douleur grâce à l'utilisation adaptée des opiacés par voie intraveineuse qui constituent la première ligne de traitement pour les douleurs non neuropathiques. Une analgésie préventive associée à une intervention non pharmacologique (relaxation par exemple) permettrait d'alléger la douleur liée à l'extubation (4). Les aspirations trachéales ne doivent pas être systématiques et peuvent également être associées à des mesures préventives.

Le rôle d'un sommeil de qualité sur la santé est reconnu. La réanimation est un lieu d'agression pour les patients où leurs conditions de vie sont rendues difficiles. En permanence la technicité des soins ainsi que les impératifs de sécurité et de surveillance compromettent la qualité du sommeil. En effet, Elliott et al ont montré en réalisant un enregistrement polysomnographique de 24 heures, que les patients en réanimation dormaient en moyenne 5 heures et que la durée des épisodes de sommeil sans réveil était seulement de 3 minutes. Par ailleurs, les auteurs ont également pu mettre en évidence une mauvaise qualité de sommeil favorisée par les nuisances sonores, le nombre de soins (1,7 par heure) et une intensité lumineuse trop forte (7). Limiter les interruptions du sommeil la nuit (diminuer la lumière, éteindre la télévision, diminuer le volume des alarmes, regrouper les activités de soins) et rétablir un rythme circadien la journée (mobilisation, accès à la lumière extérieure...) permettrait de diminuer l'incidence du *delirium* et la perception des bruits (8). Les équipes doivent mettre en place une véritable stratégie de gestion des nuisances sonores et porter notamment toute leur attention à la gestion des alarmes (pertinence, intensité, type de report). Réaliser un enregistrement du bruit au niveau des différents sites et à des heures différentes peut être une démarche qui initie cette prise en charge.

L'état de stress post-traumatique est fréquent au décours d'un séjour en réanimation (ESPT) (9). L'ESPT survient à distance de l'agression et comprend des symptômes d'intrusion (souvenirs répétitifs, envahissants), des symptômes d'évitement et d'émoussement des pensées et des sentiments, et des symptômes neuro-végétatifs (accès de colère, hyper vigilance et insomnie). Près de 60 % des patients pourraient avoir des symptômes compatibles avec un ESPT (10). Les patients hospitalisés pour sepsis ou traumatismes graves ainsi que ceux ayant bénéficié d'une ventilation mécanique prolongée seraient particulièrement à risque de présenter des désordres psychiatriques à distance de l'hospitalisation (11). Peris et al ont récemment montré dans une population de traumatisés graves, que l'intervention d'un psychologue auprès des patients capables d'avoir un entretien permettait de diminuer l'incidence de survenue des ESPT et la consommation de médicaments psychotropes à 1 an (12). Pouvoir s'entretenir sur la situation traumatisante d'un accident permettrait de limiter la survenue de souvenirs envahissants. La communication dans ce contexte semble essentielle.

Le faible niveau de souvenirs réels du séjour en réanimation est un facteur favorisant la survenue d'ESPT. En effet, ce « trou noir » dans la mémoire favorise l'émergence de souvenirs effrayants ou de faux souvenirs (13). Deux approches complémentaires peuvent être proposées : 1- éviter l'utilisation de benzodiazépines devant un état d'agitation. Il est absolument indispensable d'identifier l'origine de cette agitation qui est fréquemment liée à la douleur ou à un delirium ; deux étiologies pour lesquelles les anxiolytiques sont inefficaces. 2- La mise en place d'un journal de bord dans lequel famille et soignants inscriront au fil du temps l'histoire du séjour (14). Le journal est ensuite remis au patient ou à sa famille comblant le manque de souvenirs.

D'autres sources d'inconfort doivent être prises en compte au quotidien. La soif, la faim, le froid, le sentiment d'isolement voire de dépendance et de vulnérabilité sont très fréquents. Évaluer régulièrement la compétence du patient, échanger avec lui au sujet de ces sources d'inconfort, limiter et expliquer la contention qui ne doit pas être systématique, mais raisonnée et prescrite, favoriser la visite des proches en élargissant les horaires de visite, créer un espace personnalisé visible par le patient, donner accès au patient à l'heure qu'il est, lui permettre d'écouter la musique qu'il apprécie sont autant de points qui améliorent le « mieux vivre » en respectant l'intimité et l'individu.

BIEN-ÊTRE DES FAMILLES

La satisfaction des familles est un critère qualité en réanimation. Les proches arrivent à percevoir l'atmosphère du service, l'atmosphère de la salle d'attente, les compétences infirmières, les désaccords entre soignants... Autant de facteurs qui peuvent être à l'origine d'un mécontentement (15). Mettre l'accent sur l'organisation du service où la sécurité des patients est corrélée au degré de satisfaction des familles, surtout lorsque leur proche est dans un état critique ou lorsqu'il reste longtemps hospitalisé en réanimation (16).

Le syndrome familial de post réanimation

Avoir un être cher hospitalisé en réanimation est une peine parfois difficile à supporter. Il est essentiel de prendre en compte la détresse des proches et des familles qui reste trop souvent sous-estimée (17). De nombreux membres de la famille présentent des symptômes d'anxiété (70 %) et de dépression (35 %) (9). L'état de stress aigu (résolutif en moins d'un mois) et l'état de stress post traumatique (ESPT) sont également des situations communes, surtout lorsque le proche est un époux ou chez les membres d'une famille endeuillée. Peu de données à long terme existent dans la littérature. Cependant parmi les membres d'une famille endeuillée, 1 an après le décès, près de 40 % d'entre eux présente des critères de maladie psychiatrique comme l'anxiété généralisée, la dépression majeure, l'ESPT ou le deuil pathologique (18). Un groupe de travail américain (*Society of Critical Care Medicine*) a regroupé en 2010 ces troubles psychiatriques sous le terme de « syndrome familial de post-réanimation » (18). Ce syndrome peut persister 4 ans après l'hospitalisation en réanimation. Les répercussions familiales de ces désordres psychologiques affectent leur capacité à s'occuper du patient après son hospitalisation (18). La sortie de l'hôpital et le retour au domicile peuvent constituer un fardeau pour les proches s'ils manquent d'assistance (17). Certaines situations semblent particulièrement pourvoyeuses du syndrome familial de post-réanimation. En effet, Azoulay et al ont identifié le décès en réanimation, le décès après décision de limitation des thérapeutiques, la participation à ces limitations ou une information incomplète comme étant des facteurs favorisant (19).

Établir une stratégie de communication

Le rôle des équipes soignantes paraît donc essentiel pour prévenir les conséquences du séjour en réanimation pour les familles. Nous pouvons citer la connaissance par la famille du rôle de chaque soignant au sein de l'unité, la présence d'informations écrites (brochures, livret

d'accueil), la présence d'une infirmière d'accueil, la participation active de la famille aux soins si elle le désire, l'entretien avec un psychologue ou la mise en place d'un programme de visite en post-réanimation comme autant de mesures permettant de prévenir ou d'améliorer le syndrome familial de post réanimation (17). Cependant, aucune donnée dans la littérature ne permet de prioriser une de ces interventions par rapport à une autre. Une approche multimodale dont la pierre angulaire serait la communication est probablement requise.

La participation aux processus décisionnels

Les services de réanimation présentent des particularités par rapport aux services traditionnels, car la majorité des patients ne peuvent émettre un avis éclairé ; le rôle des proches est donc majoré. Depuis 2002, afin de lutter contre le paternalisme médical et d'améliorer l'autonomie du patient, le code de santé publique impose, si cela est possible, que soit proposée au patient la désignation d'une personne de confiance pour représenter sa volonté s'il ne peut l'exprimer. Lors des décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques, l'information des proches est indispensable. Toutefois, n'étant pas les représentants légaux, ils n'ont qu'un rôle consultatif, la prise de décision revenant aux médecins. Lors d'un sondage d'opinion français, 90 % des personnes interrogées souhaitaient qu'un membre de leur famille participe aux décisions médicales concernant leur propre santé s'ils étaient dans l'impossibilité de s'exprimer (20), alors que moins d'un français sur deux souhaite effectivement participer à ces décisions pour un proche (21). Les familles ayant pris part aux décisions de limitation ou d'arrêt des soins ayant abouti au décès du patient sont plus à risque de développer des états de stress post traumatique les mois suivants (22). Lautrette et al. ont récemment montré le bénéfice de la mise en place de rencontres destinées aux proches, lors du choix d'une stratégie palliative et poursuivies après le décès (réduction significative du taux d'anxiété et de dépression) (23). L'information des proches lors des prises de décision améliore la communication avec les soignants, facilite la transition des soins curatifs aux soins palliatifs si nécessaire, évite les traitements inutiles et diminue les conflits. Une mauvaise communication pourra entraîner une majoration du stress, mais aussi un détachement dans le processus décisionnel.

Une organisation rigoureuse et formalisée des entretiens

Les conditions d'un entretien peuvent être difficiles en réanimation en raison de problèmes organisationnels (manque de disponibilité, multiplicité des intervenants et de leur approche) ou d'une mauvaise compréhension des proches, du fait du contexte psychoaffectif. En

interrogeant les familles après une entrevue avec un médecin, on constate que la moitié n'a pas correctement compris le message (24) (diagnostic, traitement ou pronostic). Une plus grande écoute et des entretiens plus longs sont demandés. Une étude multicentrique française a évalué le temps moyen passé par les médecins pour informer les familles à seize minutes dont seulement cinq dédiées à l'écoute des proches (25). Des entretiens plus longs et une meilleure équité du temps de parole favorisent l'implication des familles. Les litiges avec les structures de soins sont par ailleurs souvent liés à un défaut de communication.

Insistons sur la nécessité de formaliser la communication et sur l'importance du premier entretien. Idéalement, l'entretien sera réalisé par un binôme médecin-infirmière, clairement identifiés, à des moments précis, dans un lieu dédié, neutre. La première entrevue, déterminante pour la relation de confiance doit être réalisée le plus précocement possible. Les soignants doivent s'enquérir de l'état des connaissances de la famille et du contexte psychoaffectif avant de délivrer des informations. Après ce temps d'écoute, le soignant utilisera des mots simples en évitant les termes techniques. Les points suivants seront abordés : diagnostic présumé, traitements envisagés, durée prévisionnelle du séjour, attentes du traitement mis en route et possibilités évolutives. L'entretien essaiera de faire ressortir la connaissance des souhaits du patient. Une personne référente pourra être désignée. Les autres entretiens se feront à intervalles réguliers ou à la demande de la famille. L'information et le ressenti des proches seront tracés dans le dossier médical. Un certain nombre de familles sont dans un processus de déni de la réalité, mécanisme de défense devant des situations traumatisantes. Ce phénomène ne doit pas être vécu comme un échec, mais doit être repéré et respecté par les soignants. Des entretiens réguliers permettront d'instiller les informations selon le rythme d'acceptation des familles.

Les familles d'origine étrangère ne maîtrisant pas parfaitement le français doivent recevoir une attention particulière et des temps d'entretien plus longs. La présence d'un interprète médical est obligatoire, mais non suffisante. Une mise au point préalable du contenu de l'entretien avec l'interprète apporterait un bénéfice.

Favoriser la visite des proches

Les horaires de visites doivent être élargis, l'ouverture en continu ayant montré une diminution des symptômes d'anxiété chez les patients. On ne retrouve pas d'effet délétère sur les soins et la présence des proches n'est finalement que de deux heures par jour environ. Le nombre de visiteurs et les conditions d'accueil dans les chambres doivent faire l'objet d'une

réflexion dans chaque unité en fonction des possibilités. En dehors de situations particulières et réglementées, le port systématique de blouses de protection, de masques, ou de calots par les familles est déconseillé. Les visites des enfants doivent être favorisées s'ils le souhaitent, mais elles doivent être préparées avec l'équipe soignante. Favoriser la visite des proches est indispensable pour les familles et pour le patient.

BIEN-ÊTRE DES PERSONNELS SOIGNANTS

Dans la culture médicale, la santé mentale des soignants n'est pas une priorité or la réanimation est un lieu de travail où les situations stressantes sont souvent répétées. Le syndrome du *burnout* est un état psychologique résultant d'une exposition prolongée à un travail stressant. Cet état combine un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation, et une sensation de faible accomplissement personnel (26, 27). Des études récentes suggèrent qu'un *burnout* sévère est présent chez la moitié des médecins et un tiers des infirmiers de réanimation. Les déterminants diffèrent entre ces deux groupes de soignants. Les médecins réanimateurs victimes de *burnout* sont ceux qui effectuent le plus d'heure de travail (nombre de garde, long délai depuis les dernières vacances), alors que le *burnout* des infirmiers est essentiellement lié à l'organisation du service ou à la stratégie de prise en charge des fins de vie (28). La présence de conflits est un facteur prédictif indépendant de *burnout* sévère dans les deux groupes. La constitution de groupes de travail, une meilleure communication sur les soins de fin de vie, la prévention et la gestion des conflits au sein du service sont des mesures préventives qui semblent nécessaires pour améliorer le bien-être des soignants en réanimation (28). Vingt-quatre pour cent des médecins présentent des symptômes dépressifs. Parmi eux, 58 % souhaiteraient quitter leur travail (1). La charge de travail est de nouveau identifiée comme un facteur de risque. L'altération des relations professionnelles pourrait favoriser les troubles de l'humeur dans ce contexte. De façon surprenante, la gravité des patients n'est pas un facteur favorisant la dépression (1). Il est important de diagnostiquer et de traiter la dépression ou le syndrome du *burnout*. Même si les données de la littérature sur ces maux sont encore rares, la mise en place de stratégies de communication actives et intenses sur la gestion des fins de vie est associée à une diminution significative du taux de *burnout* et de dépression chez les soignants (29).

CONCLUSION

« Mieux vivre la réanimation » pour les patients, pour les familles, et pour les soignants nécessite une approche d'équipe qui prend en compte la reconnaissance du patient en tant qu'individu et qui favorise la communication entre ces trois acteurs. Les actions touchent à l'environnement et au confort du patient dans toutes ses dimensions. Au-delà du mieux vivre, il s'agit d'améliorer la réadaptation des patients et des proches au décours du séjour. La qualité et la sécurité des soins nécessitent de tout mettre en œuvre pour limiter la survenue d'ESPT chez les patients et leur famille, ainsi que de lutter contre la dépression et le *burnout* chez les soignants.

RÉFÉRENCES

- 1 Embriaco N, Hraiech S, Azoulay E, Baumstarck-Barrau K, Forel JM, Kentish-Barnes N, et al. Symptoms of depression in ICU physicians. *Ann Intensive Care* 2012; 2: 34.
- 2 Pochard F, Abroug F. End-of-life decisions in ICU and cultural specificities. *Intensive Care Med* 2005; 31: 506-7.
- 3 Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005; 20: 90-6.
- 4 Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2013; 41: 263-306.
- 5 Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Crit Care* 2009; 13: R77.
- 6 Gusmao-Flores D, Figueira Salluh JI, Chalhub RA, Quarantini LC. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Crit Care* 2012; 16: R115.

- 7 Elliott R, McKinley S, Cistulli P, Fien M. Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study. *Crit Care* 2013; 17: R46.
- 8 Kamdar BB, King LM, Collop NA, Sakamuri S, Colantuoni E, Neufeld KJ, et al. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Crit Care Med* 2013; 41: 800-9.
- 9 Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 987-94.
- 10 Griffiths J, Fortune G, Barber V, Young JD. The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Med* 2007; 33: 1506-18.
- 11 Oeyen SG, Vandijck DM, Benoit DD, Annemans L, Decruyenaere JM. Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Crit Care Med* 2010; 38: 2386-400.
- 12 Peris A, Bonizzoli M, Iozzelli D, Migliaccio ML, Zagli G, Bacchereti A, et al. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Crit Care* 2011; 15: R41.
- 13 Jones C, Backman C, Capuzzo M, Flaatten H, Rylander C, Griffiths RD. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Med* 2007; 33: 978-85.
- 14 Jones C, Backman C, Capuzzo M, Egerod I, Flaatten H, Granja C, et al. Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Crit Care* 2010; 14: R168.
- 15 Hunziker S, McHugh W, Sarnoff-Lee B, Cannistraro S, Ngo L, Marcantonio E, et al. Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. *Crit Care Med* 2012; 40: 1554-61.
- 16 Dodek PM, Wong H, Heyland DK, Cook DJ, Rocker GM, Kutsogiannis DJ, et al. The relationship between organizational culture and family satisfaction in critical care. *Crit Care Med* 2012; 40: 1506-12.

- 17 Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care* 2012; 18: 540-7.
- 18 Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med* 2012; 40:618-24.
- 19 Azoulay E. The end-of-life family conference: communication empowers. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171 :803-4.
- 20 Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Bollaert PE, Brun F, et al. Opinions about surrogate designation: A population survey in France. *Crit Care Med* 2003; 31: 1711-4.
- 21 Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D, Bleichner G, et al. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: A study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med* 2004; 32: 1832-8.
- 22 Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 987-94.
- 23 Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356: 469-78.
- 24 Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000; 28: 3044-9.
- 25 Fassier T, Darmon M, Laplace C, Chevret S, Schlemmer B, Pochard F, et al. One-day quantitative cross-sectional study of family information time in 90 intensive care units in France. *Crit Care Med* 2007; 35: 177-83.
- 26 Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 686-92.
- 27 Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care* 2007; 13: 482-8.

28 Le Gall JR, Azoulay E, Embriaco N, Poncet MC, Pochard F. Burn out syndrome among critical care workers. *Bull Acad Natl Med* 2011; 195: 389-98.

29 Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, Barbar S, Pavon A, Hamet M, et al. Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. *Intensive Care Med* 2012; 38: 55-61.