

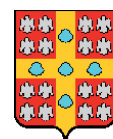
Bureau de transfert
et d'échange de connaissances
Faculté des sciences infirmières

BTEC

COLLECTION
LES RAPPORTS DU BTEC

INTERVENIR AUPRÈS DES FAMILLES
DES PERSONNES ÂGÉES :
PRÉVENIR, RECONNAÎTRE ET GÉRER
LES SITUATIONS DE CRISE

RAPPORT
15



UNIVERSITÉ
LAVAL

**Pistes d'action documentées pour la pratique infirmière
POUR UNE PRISE DE DÉCISION INFORMÉE
PAR DES RÉSULTATS PROBANTS**

**Intervenir auprès des familles de personnes âgées :
prévenir, reconnaître et gérer les situations de crise**

Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC)



CHAU Hôtel-Dieu de Lévis



Décembre 2008

Membres du groupe d'élaboration des pistes d'action

Marilyn Tardif^a, inf., B.Sc.
Infirmière clinicienne

Karine Labarre^a, inf., M.Sc.
Infirmière cadre conseil en évaluation et au développement de la pratique infirmière
Secteur gériatrie

Ginette Mbourou Azizah^b, Ph.D.
Coordonnatrice BTEC

Françoise Côté^b, inf., Ph.D.
Professeure agrégée
Codirectrice BTEC

Johanne Gagnon^b, inf., Ph.D. Sc.inf.
Professeure agrégée
Codirectrice BTEC

Remerciements

Toutes les infirmières et infirmiers de l'unité de courte durée gériatrique de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

^a Hôtel-Dieu de Lévis, Centre hospitalier affilié universitaire

^b BTEC, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

En quelques mots...

L'intégration de preuves ou de faits scientifiques aux pratiques professionnelles est devenue un critère de qualité dans le domaine de la santé. À terme, de telles pratiques devraient se traduire par l'amélioration des soins fournis à la population.

Le Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) est un moyen dont se dotent des infirmières et des infirmiers dans la poursuite de cet objectif de mise en place de pratiques informées par des résultats probants. Au sein du BTEC, les infirmières et infirmiers aux prises avec des préoccupations d'ordre professionnel agissent en tant qu'indicateurs de situations problématiques. Ces questionnements sont acheminés, *via* une infirmière cadre conseil^c. Sous sa supervision, une étudiante de premier cycle et une infirmière clinicienne en formation continue traduisent les préoccupations provenant du milieu clinique en questions de recherche documentaire auxquelles elles doivent répondre par le biais d'une revue exhaustive de la littérature. Suite à l'obtention de cette réponse, l'étudiante et l'infirmière clinicienne poursuivent leur tâche en préparant un compte-rendu synthétique, documenté et accessible qu'elles accompagneront de pistes d'action pour la pratique. Ce document est ensuite retourné au milieu pour validation.

L'infirmière cadre conseil, en collaboration avec les autres membres du personnel de soins, analyse l'à-propos d'utiliser ces connaissances pour améliorer les interventions de l'équipe. Cette analyse permet la poursuite du processus de transfert et d'échange de connaissances. Il s'agit alors de raffiner les pistes d'action proposées pour les rendre conformes aux réalités des milieux de pratique. Il appartient ultimement aux infirmières et infirmiers de devenir des agentes et des agents de changement en regard de leurs pratiques.

Pour communiquer avec le BTEC :

Ginette Mbourou Azizah,
Coordonnatrice du BTEC
Université Laval
Pavillon Ferdinand-Vandry, local 3476
Ginette.Mbourou-Azizah@fsi.ulaval.ca
Téléphone : 418 656-2131 poste 11880
Télécopieur : 418 656-7747

^c Le BTEC utilise maintenant les nouvelles appellations de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

MÉTHODE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

OBJECTIFS

Dans le cadre du projet BTEC, en collaboration avec l'unité de courte durée gériatrique [UCDG] de l'Hôtel-Dieu de Lévis, un groupe de discussion focalisée a permis de faire ressortir les préoccupations des infirmières face aux familles des patients. Parmi les interrogations soulevées, l'aide aux familles en situations de crise lors de l'admission de l'un de leur membre ainsi que l'intégration de la famille dans le processus de soins du patient âgé ont été priorisées.

Suite à une recherche documentaire exhaustive en lien avec ces préoccupations, les lectures ont permis d'orienter les objectifs de ce travail vers l'approche intégrée des familles dans les soins ainsi que l'adoption d'une approche préventive pour éviter les situations de crise avec les proches des personnes admises à l'UCDG.

Le premier objectif de cette recherche documentaire a donc été d'identifier les interventions infirmières favorisant l'adaptation des familles des personnes âgées [PÂ] hospitalisées en UCDG. Le second a été de répertorier les approches infirmières facilitant la prévention ou la réduction de situations de crise.

QUESTIONS

Quelles sont les interventions infirmières favorisant l'adaptation des familles de patients admis à l'UCDG lors de situations de crise?

Quelles sont les approches infirmières facilitant la prévention ou la réduction de situations de crise?

BASES DE DONNÉES CONSULTÉES

- PubMed
- CINAHL
- Cochrane Library
- AgeLine
- PsycInfo
- Current Contents

AUTRES TYPES DE RECHERCHES

Evidence based nursing online

Worldviews on Evidence-Based Nursing

The online journal of knowledge synthesis for nursing

ANNÉES COUVERTES

1990-2007

MOTS CLÉS ET ASSOCIATIONS UTILISÉS

Professional family relation OR Staff family relation OR Nurses family relations OR Family centered care

Elder* patient OR Aged patients OR Older patients

Nursing geriatrics OR Gerontological nursing OR Nursing care

Family needs OR Need assessment OR Caregiver needs

Health communication OR Communication skills

Communication theories

Nursing interventions

Crisis intervention

Family crisis

Unexpected events

Family needs and older patients

Family centred care

Professional family relation OR Staff family relation OR Nurses family relations OR Family centered care AND:

Communication

Conflict management

Aged

Nurse patient relation AND Aged

Crisis intervention

Gerontologic nursing

Gerontologic nursing AND Communication

Adverse care health event

Adverse care health event OR Unexpected events AND:

Gerontologic nursing

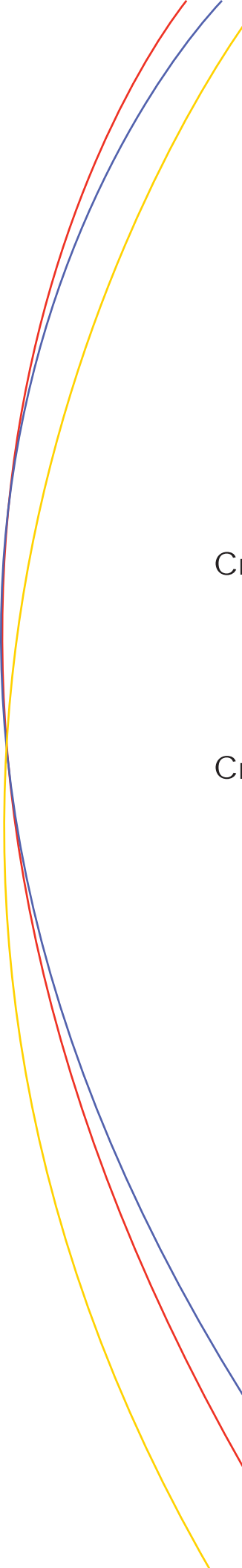
Communication

Needs assessment

Caregiver support AND:

Needs assessment

Needs assessment AND Gerontologic nursing



Family needs AND:
Professional family relation
Gerontologic nursing
Communication AND Professional Family Relations
Needs assessment AND Communication AND Professional-Family Relations

Nursing intervention AND:
Professional-Family Relations
Communication
Family crisis

CRITÈRES D'INCLUSION

- Population adulte en soins critiques ou aigus
- Patients atteints de la maladie d'Alzheimer

CRITÈRES D'EXCLUSION

- Patients en fin de vie
- Soins de longue durée
- Soins à domicile

TABLE DES MATIÈRES

MEMBRES DU GROUPE D'ÉLABORATION DES PISTES D'ACTION	i
LE BTEC EN QUELQUES MOTS...	ii
MÉTHODE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	iii
RÉSUMÉ	1
PISTES D'ACTION DOCUMENTÉES	2
INTRODUCTION	3
LA SITUATION DE CRISE	4
STRESS ET SITUATIONS DE CRISE	4
SOUTIEN INFIRMIER AUX FAMILLES	4
LA COMMUNICATION	6
STRATÉGIES DE COMMUNICATION	7
RÉSOLUTION DE PROBLÈMES	8
LES BESOINS DES FAMILLES ET LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES ASSOCIÉES	9
LES ÉLÉMENTS STRUCTURAUX	11
CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES	11
CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT ET DE SA FAMILLE	11
CARACTÉRISTIQUES DU PERSONNEL INFIRMIER	12
CONCLUSION	13
RÉFÉRENCES	14
ANNEXE A – FORCES DE PREUVE DU BTEC	17
ANNEXE B – IMPORTANCE DES BESOINS DES FAMILLES	18
ANNEXE C – INTERVENTIONS INFIRMIÈRES ASSOCIÉES	21
RÉFÉRENCES DES ANNEXES	24

LISTE DES TABLEAUX ET SCHÉMA

TABLEAU 1 : ÉTAPES DE LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES	8
TABLEAU 2 : BESOINS DES FAMILLES ET INTERVENTIONS INFIRMIÈRES ASSOCIÉES	10
TABLEAU 3 : CARACTÉRISTIQUES DE L'ORGANISATION, DE LA PERSONNE/FAMILLE ET DES INFIRMIÈRES, FAVORABLES OU DÉFAVORABLES À UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE ET SA FAMILLE	12
SCHÉMA 1 : SITUATION DE CRISE ET VARIABLES RELIÉES	1

INTERVENIR AUPRÈS DES FAMILLES DES PERSONNES ÂGÉES : PRÉVENIR, RECONNAÎTRE ET GÉRER LES SITUATIONS DE CRISE

RÉSUMÉ

Afin d'identifier les interventions favorisant l'adaptation des familles des personnes âgées sur les unités de courte durée en gériatrie et de cibler les approches facilitantes pour prévenir ou réduire les situations de crise, le personnel infirmier doit établir un partenariat avec la famille. Ce partenariat implique l'usage de stratégies de communication avec la famille, de prévention des conflits et d'une approche centrée sur la famille, comme précisé dans le Schéma 1. La prévention des conflits permet d'identifier les besoins des familles et de reconnaître les sources potentielles de conflit par l'usage de stratégies de communication. Par le fait même, la communication permet de répondre aux besoins des familles et favorise leur participation aux soins du patient. Enfin, la mise en place d'une approche centrée sur la famille par les structures organisationnelles assure un soutien au personnel infirmier et un environnement adapté aux besoins des familles.

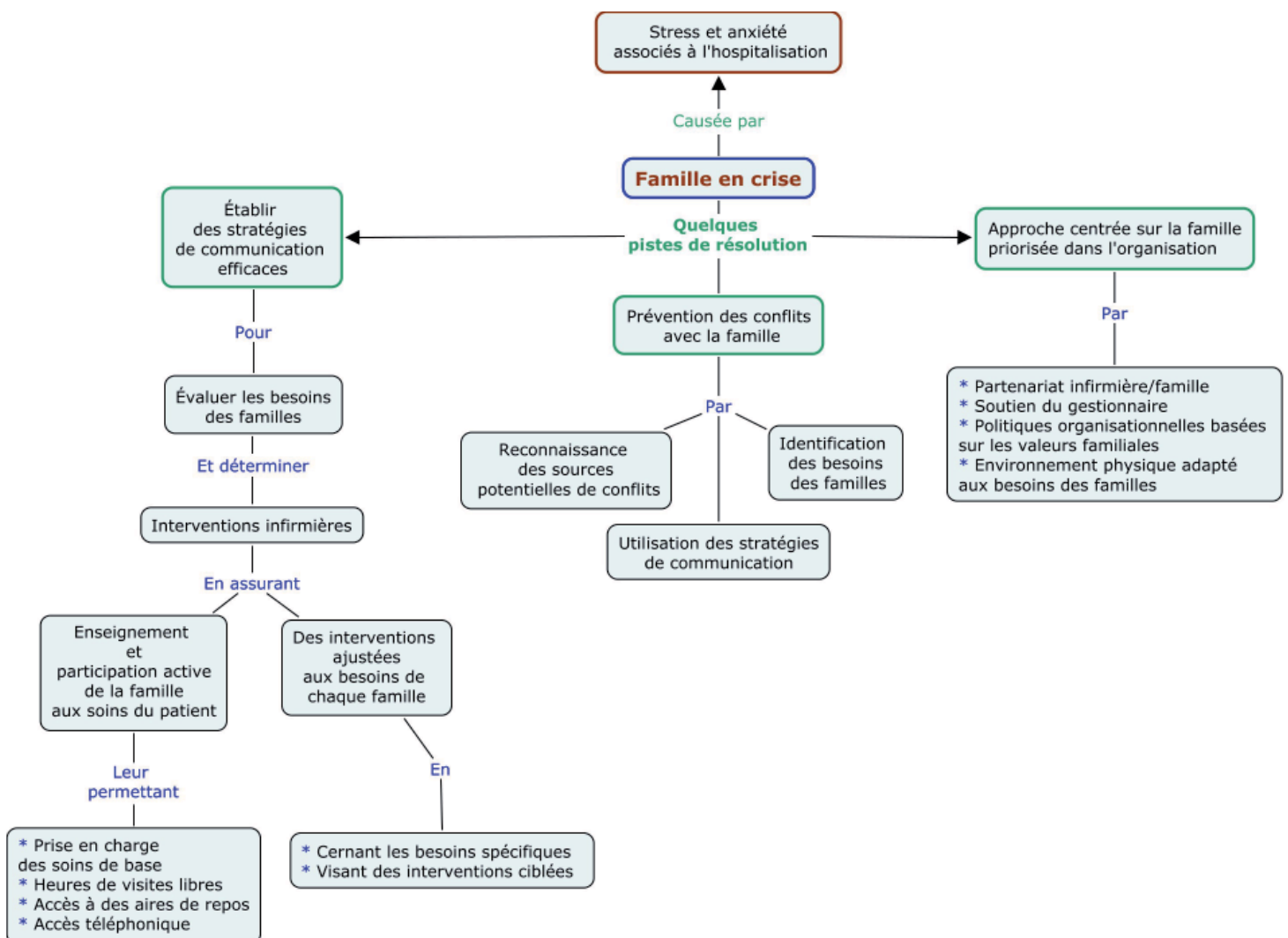


Schéma 1 : Situation de crise et variables reliées

PISTES D'ACTION DOCUMENTÉES

page
Force
de la
preuve¹

Intervenir auprès des familles en situations de crise

➔ Reconnaître une situation de crise	P 4	IIa
➔ Identifier les sources potentielles de conflits	P 4-5	IV
➔ Établir des stratégies de communication afin de :	P 7	Ia
<ul style="list-style-type: none"> • favoriser la collaboration avec la famille et les patients; • connaître les besoins et intervenir; • aider à l'adaptation des personnes. 	P 7-8	
➔ Évaluer et reconnaître les besoins des familles (assurance, proximité, information, confort et soutien)	P 10	Ia
<ul style="list-style-type: none"> • utiliser les stratégies de communication. 	P 7-8	
➔ Ajuster les interventions infirmières selon les besoins identifiés	P 10	IIb
<ul style="list-style-type: none"> • répondre aux besoins spécifiques des familles; • renseigner les familles quant à leur implication dans les soins; • favoriser l'implication des familles dans les soins de base. 	P 10	
➔ Établir des structures organisationnelles qui permettent de :	P 11- 12	Ia
<ul style="list-style-type: none"> • favoriser un partenariat infirmière/famille; • s'assurer du soutien des gestionnaires afin d'intégrer et de mettre en place ... <ul style="list-style-type: none"> ▪ une approche de soins centrée sur la famille; ▪ des heures de visites libres; ▪ un environnement physique accueillant; ▪ un soutien au personnel infirmier; ▪ la formation continue du personnel infirmier sur l'approche familiale. 	P12	

¹ Voir annexe A

INTERVENIR AUPRÈS DES FAMILLES DES PERSONNES ÂGÉES : PRÉVENIR, RECONNAÎTRE ET GÉRER LES SITUATIONS DE CRISE

INTRODUCTION

Considérant que la famille joue un rôle dans la promotion et le maintien de la santé de l'un de ses membres, elle est considérée comme faisant partie intégrante des soins infirmiers (RNAO, 2006). La personne et la famille forment un tout plus grand que la somme de ses parties ; l'approche centrée sur la famille devient incontournable, notamment en raison de l'impact qu'a la famille sur la santé et la récupération de la personne (Wright & Leahey, 2005). Ces auteurs mentionnent que l'infirmière a l'obligation éthique et morale d'impliquer la famille dans les soins de santé. La perspective des soins infirmiers centrés sur la famille suppose donc un partenariat et une implication directe de la famille (RNAO, 2006).

L'établissement de ce partenariat est à la base de toutes interventions visant à identifier les besoins des familles, afin d'y répondre adéquatement pour ainsi diminuer les situations de crise pouvant nuire à la récupération de la personne hospitalisée. Un tel partenariat entre la famille et le personnel infirmier nécessite le développement d'une relation basée sur la confiance et un respect réciproque (RNAO, 2006). Selon cette perspective, le personnel infirmier doit être en mesure d'identifier et de prévoir les situations de crise des familles pouvant influencer la personne hospitalisée. Par l'établissement d'une relation de confiance et de respect mutuel, l'évaluation des besoins et l'identification des interventions appropriées devraient contribuer à l'adaptation des familles aux situations perturbantes.

LA SITUATION DE CRISE

Stress et situations de crise

Contrairement au contexte des soins intensifs, peu de littérature récente relate des situations de crise que vivent les familles de patients en soins aigus. Néanmoins, les différentes sources de stress permettent de constater que plusieurs d'entre elles sont également vécues dans les milieux de soins aigus. Selon Leske (1998), il y aurait sept grandes catégories de sources de stress : 1) la peur de la mort, 2) les résultats incertains, 3) le vécu émotionnel, 4) l'aspect financier, 5) le changement de rôle, 6) la perturbation de la routine, et 7) l'environnement non familial. Ces situations de stress pourraient résulter en situations de crise. En effet, selon la théorie de la crise reprise par Wolley (1990), la crise survient lorsqu'une personne fait face à un obstacle qui paraît momentanément insurmontable à l'aide de méthodes habituelles de résolution de problèmes. Cet état crée alors une période de désorganisation. Sans stratégies d'adaptation efficaces et d'efforts de résolution de problèmes, le déséquilibre provoqué par la crise au sein de la famille ne peut être rétabli (Browning & Warren, 2006; Mitchell, Courtney, & Coyer, 2003). Ce déséquilibre peut également être défini par la théorie générale des systèmes comme un changement ou une altération d'un membre d'une famille pouvant avoir des répercussions sur les autres membres (Mitchell et al., 2003).

L'incertitude dans la maladie serait associée à l'anxiété des familles (Mitchell et al., 2003). Le stress et l'anxiété des familles pourraient affecter le rétablissement des proches (Jacelon, 2006; Leske, 1992; Mendonca & Warren, 1998; Tracy & Ceronsky, 2001). Ils affectent leur habileté à comprendre la signification des événements, à retenir et à interpréter les informations ainsi qu'à fonctionner dans leur environnement (Mitchell et al., 2003). C'est pourquoi, il importe de considérer ces aspects et d'adapter les soins infirmiers en conséquence.

Soutien infirmier aux familles

Le soutien adéquat aux familles fait partie de la vision holistique des soins infirmiers. En situations de crise, le rôle du personnel infirmier consiste à aider les familles à s'adapter à la situation et à les préparer à participer aux soins, notamment en les invitant à s'impliquer (Mitchell et al., 2003). La connaissance des besoins des familles permet au personnel infirmier d'intervenir de façon plus appropriée (Mendonca & Warren, 1998). Une famille qui est en mesure de gérer la maladie, de percevoir l'expérience de la maladie comme un défi, de maximiser les ressources familiales, d'utiliser des stratégies d'adaptation, de maintenir leur implication dans les soins et de mobiliser ses forces démontre une adaptation à une situation de crise (Leske, 1998).

Mise à part l'évaluation des besoins des familles, peu d'interventions concrètes pour prévenir les crises sont présentées dans la littérature. Le modèle de résolution de problèmes pour les familles en crise proposé par Tracy et Ceronsky (2001)² présente entre autres, une grille d'identification des sources potentielles de conflits par l'équipe soignante, plus spécifiquement par le personnel infirmier en charge du patient. Lorsque les indicateurs d'une crise sont présents, il est nécessaire de mettre en place des rencontres avec l'équipe soignante afin de les dissiper (voir sources potentielles de conflits).

Sources potentielles de conflits (Tracy & Ceronsky, 2001)

- manque de leadership médical ;
- manque de communication ou conflits entre l'équipe médicale/famille ;
- désaccord au sein de l'équipe médicale ;
- manque de confiance de la famille envers l'équipe soignante ou de l'institution ;
- manque d'initiative de la famille face aux choix des traitements du patient ;
- message divergeant des membres de la famille ;
- inaptitude de la famille à maintenir ses limites ;
- conflits familiaux ou déni ;
- famille non impliquée ;
- durée de séjour supérieure à deux semaines ;
- croyances religieuses ou culturelles non comprises par l'équipe médicale ;
- aucune infirmière assignée au patient ;
- requête d'une infirmière de ne pas s'occuper du patient ;
- patient ou famille vu comme difficile.

Il est prouvé que les insatisfactions liées à l'apparition des crises seraient associées à un manque de communication (Caris-Verhallen, de Gruijter, Kerkstra, & Bensing, 1999; Haesler, Bauer, & Nay, 2006). Les stratégies et les pratiques conduisant à une bonne relation entre le personnel soignant et la famille montrent l'importance de la communication (Haesler et al., 2006; Haesler, Bauer, & Nay, 2007). Ainsi, les proches devraient être des participants actifs dans leur relation avec le personnel soignant. Tous devraient user de techniques de communication pour influencer cette relation car le manque de communication influence négativement les besoins et les rôles de chacun.

² Non validé à ce jour

LA COMMUNICATION

Dans sa revue de littérature, Caris-Verhallen (1997) définit la communication comme étant un « échange d'informations dans un but précis » et précise que son rôle est d'interpréter le message et d'y répondre de manière appropriée. Le personnel infirmier doit interagir avec différentes personnes et adapter sa communication à différents buts. Dans cette section, nous n'aborderons que la communication liée à l'établissement d'une relation avec la famille afin de répondre à leurs besoins.

La communication est l'un des six facteurs essentiels pour la mise en place d'une relation constructive avec la famille (Haesler et al., 2007). C'est un outil indispensable pour répondre aux besoins des familles (Haesler et al., 2007; Holden, Harrison, & Johnson, 2002). Peel (2003) rapporte que la communication entre le personnel infirmier et la famille présente les quatre aspects suivants : 1) établir une relation positive, 2) donner des informations factuelles, 3) déterminer les besoins, et 4) optimiser l'utilisation des ressources. L'écoute active et la mise au point sont deux habiletés inestimables pour la communication et la réduction du stress (Klagsbrun, 2001).

Pour établir une bonne communication avec la famille, le contact initial entre le personnel soignant et la famille est déterminant. Il doit être basé sur une compréhension mutuelle regroupant des informations explicites et implicites. Les membres de la famille permettent au personnel infirmier de mieux connaître le patient et ainsi mieux satisfaire leurs besoins. Une compréhension mutuelle facilite la communication entre la famille et le personnel infirmier tout en favorisant l'intégration des familles aux soins des patients (Asa & Siv, 2007; Soderstrom, Saveman, & Benzein, 2006). À l'opposé, l'incompréhension mutuelle insécurise les familles (Soderstrom et al., 2006) et devient une source de stress (Wesson, 1997).

Les modèles théoriques de la communication proposés dans la littérature sont empruntés à d'autres disciplines et adaptés en soins infirmiers. Toutefois, ils se concentrent davantage sur la relation entre le personnel infirmier et le patient (Caris-Verhallen et al., 1999). Les déterminants de la communication entre le personnel infirmier et les PÂ sont souvent reliés aux caractéristiques des patients. Par exemple, un plus haut niveau d'éducation du patient inciterait le personnel infirmier à utiliser une communication verbale plus structurée (e.g., instruction, clarification, compréhension). Également, le niveau d'expérience du personnel infirmier semblerait influencer l'usage d'une communication efficace. Un autre facteur contraignant en lien avec une communication adéquate serait la surcharge de travail du personnel. Il faudrait, pour établir une communication efficace, que le personnel infirmier soit sensible aux besoins des patients et travaille dans une atmosphère facilitant les échanges (Caris-Verhallen et al., 1999).

Stratégies de communication

Les stratégies bénéfiques à une communication efficace entre la famille et le personnel infirmier sont le partage des informations concernant le patient, la reconnaissance des rôles de chacun, l'honnêteté et l'ouverture (Haesler et al., 2006, 2007). A contrario, une piètre communication nuit à l'implication de la famille dans les soins (Haesler et al., 2007). Pour maintenir une bonne communication, Haesler et ses collaborateurs (2007) proposent dix stratégies qui sont synthétisées ci-dessous :

Stratégies du maintien d'une bonne communication personnel/famille

- être affectueux, gentil et ouvert;
- connaître les membres de la famille par leur nom et approfondir la relation mise en place avec la famille;
- être honnête;
- exprimer de la compréhension et de l'empathie;
- user de l'écoute active pour que la famille se sente écoutée;
- créer une atmosphère de confiance;
- agir de façon respectueuse envers les membres de la famille;
- reconnaître l'aide provenant de la famille;
- encourager la famille à se détendre;
- créer des opportunités pour que la famille discute de ses inquiétudes.

Résolution de problèmes

La mise en place d'un modèle de résolution de problèmes du complexe famille-patient basé sur l'amélioration de la communication, la diminution ou l'évitement des crises et la mise en place des habiletés dans la diminution des crises a été proposée par Tracy et Ceronski (2001). Dans ce modèle, la résolution du problème se résume en trois étapes (Tableau 1). L'utilisation de cette approche a permis de constater que les besoins des familles, des patients et du personnel médical sont mieux comblés, conduisant ainsi à une meilleure atmosphère de travail.

Tableau 1 : Étapes de la résolution de problèmes (Tracy & Ceronsky, 2001)

Définir le problème	Identifier les causes	Corriger le problème
<ul style="list-style-type: none">• Identifier les difficultés :<ul style="list-style-type: none">√ recueillir les véritables opinions ;√ identifier précisément les motivations.• Regrouper selon les problématiques.• Établir des avenues à chaque problématique par un questionnement.	<ul style="list-style-type: none">• Identifier les causes des difficultés importantes.• Préparer une liste de solutions :<ul style="list-style-type: none">√ identifier les critères pertinents ;√ analyser ;√ cibler les conclusions (s'assurer qu'elles répondent aux problèmes).	<ul style="list-style-type: none">• Émettre des recommandations finales.• Plan de mise en application.• Montrer que les difficultés importantes ont été solutionnées.• Sinon recommencer le processus.

Malgré tout, peu d'études relatent l'efficacité des programmes sur les habiletés de communication avec la famille. Pourtant, lorsque le personnel infirmier use de stratégies de communication, une amélioration de la relation avec le patient surtout dans les domaines de l'écoute, de l'empathie, du *coping* et des émotions était remarquée et ce, à court terme (Garcia de Lucio, Garcia Lopez, Marin Lopez, Mas Hesse, & Caamano Vaz, 2000). À plus long terme, on constate qu'une amélioration des habiletés de communication des infirmières est essentielle à la mise en place d'une relation thérapeutique (Edwards, Peterson, & Davies, 2006).

LES BESOINS DES FAMILLES ET LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES ASSOCIÉES

Afin de déterminer les interventions qui permettront de répondre aux besoins des familles, leur identification s'avère primordiale (Hickey & Leske, 1992). Plusieurs études effectuées dans des unités de soins critiques ont identifié et catégorisé les besoins des familles de patients hospitalisés (Haesler et al., 2007; Lee, Chien, & MacKenzie, 2000; Leske, 1992). D'autres se sont attardées sur les besoins spécifiques des familles des personnes âgées (Leske & Heidrich, 1996; Shyu, 2000). Toutefois comme le souligne Li (Li, 2005a, 2005b), peu d'études portant sur les besoins spécifiques des familles de PÂ dans les milieux de soins aigus autres que dans les unités de soins critiques, les soins de longue durée et les résidences pour les aînés ont été recensées.

Molter (1979) a effectué l'une des premières études visant à identifier les besoins des familles dans les unités de soins critiques, par la suite, leurs importances ont été déterminées (Browning & Warren, 2006; Gavaghan & Carroll, 2002; Kleinpell, 1991; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007; Robb, 1998). À partir des besoins identifiés par Molter (1979), Leske (1992) a développé le questionnaire Critical Care Family Needs Index [CCFNI], lequel regroupe les besoins des familles en cinq catégories soit, les besoins d'assurance, de proximité, d'information, de confort et de soutien.

La majorité des études recensées identifient les besoins des familles à partir du CCFNI. Le Tableau 2 résume les besoins des familles répertoriés selon les cinq grandes catégories tel que proposé par Leske (1992), ainsi que les interventions infirmières suggérées. L'importance accordée par les familles et le personnel infirmier à ces différents besoins et les interventions infirmières associées sont respectivement présentées dans les Annexes B et C.

Tableau 2 : Besoins des familles et interventions infirmières associées

Catégories	Besoins (classification du CCENI, Leske 1998)	Interventions infirmières ³
Assurance	<ol style="list-style-type: none"> 1- Avoir des réponses honnêtes aux questions 2- Être assurées des meilleurs soins possibles 3- Connaître les résultats escomptés 4- Maintenir le sentiment d'espoir 5- Connaître les faits spécifiques concernant la progression de l'état de santé 6- Sentir que le membre de leur famille reçoit des soins personnalisés 7- Avoir des explications compréhensibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux questions des familles (Wooley, 1990) • Donner de l'information dans un langage compréhensible (Wolley, 1990; Weman, 2006) • Donner de l'information sur les stresseurs (Woolley, 199) • Aider à préserver les rituels familiaux dans les soins (Marquis et al., 2004)
Proximité	<ol style="list-style-type: none"> 1- Être appelées à la maison concernant des changements dans l'état de santé de la personne hospitalisée 2- Recevoir de l'information sur le patient à tous les jours 3- Voir le patient fréquemment 4- Être informées d'un transfert d'unité avant que ce soit fait 5- Avoir une salle d'attente à proximité 6- Avoir des heures de visites flexibles selon la condition de santé 7- Pouvoir visiter en tout temps 8- Avoir accès aux heures prévues de visite 9- Parler à la même infirmière chaque jour 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir des heures de visites libres et non limitées (Leske, 1996; Leske, 2002; Van Horn, 2007; Jong & Beatty, 2000; Miracle, 2006) • Favoriser la présence de la famille auprès du patient (Leske, 1992; Woolley, 1990) • Identifier un porte-parole qui sera constamment au fait de la progression du patient (Wooley, 1990; Leske, 2002) • Avoir des contacts quotidiens entre la famille et les infirmières (Miracle, 2006) • Garder les familles informées (Kuenzi 1975) • Laisser un téléphone à la portée de main des patients (Leske, 2002)
Information	<ol style="list-style-type: none"> 1- Connaître les traitements médicaux 2- Recevoir quotidiennement de l'information sur le patient 3- Connaître le pourquoi de ce qui est fait pour le patient 4- Parler avec le médecin à tous les jours 5- Avoir une personne déterminée que l'on peut appeler lorsqu'on ne peut aller visiter notre proche 6- Connaître quel personnel peut donner quel type d'information 7- Connaître le type de personnel qui prend soin du proche 8- Participer aux soins physiques du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer aux familles ce qu'il sera fait avec la personne hospitalisée (De jong, 2006), les traitements médicaux (Leske, 1992) • Donner de l'information sur la condition du patient (Leske, 1992, Duhamel et al., 2007) • Donner de l'information (De Jong et al. 2000; Van Horn, 2007) • Expliquer le rôle des différents professionnels (Leske, 1992) • Remettre un dépliant d'information (Leske, 1998; Gavaghan, 2002; Miracle, 2006)
Confort	<ol style="list-style-type: none"> 1- Se sentir acceptées par le personnel de l'hôpital 2- Avoir un téléphone à la disposition près de la salle d'attente 3- Être assurées que nous pouvons quitter l'hôpital pour un moment 4- Avoir une salle de toilette près de la salle d'attente 5- Avoir de la bonne nourriture accessible dans l'hôpital 6- Avoir de l'équipement confortable dans la salle d'attente 	<ul style="list-style-type: none"> • Établir une relation empathique (Leske, 1996; Woolley, 1991) • Démontrer un intérêt dans la réponse aux besoins de la famille (De jong et al., 2000) • Créer une atmosphère calme (Leske, 1992; Leske, 1996; Woolley, 1990) • Procurer un environnement confortable (procurer oreillers et couverture aux familles) (Leske, 1992), salle d'attente confortable (Miracle, 2006)
Soutien	<ol style="list-style-type: none"> 1- Avoir des explications sur l'environnement avant de se présenter à l'unité de soins intensifs 2- Parler de la possibilité du décès du patient 3- Avoir des amis près comme soutien 4- Connaître ce que nous pouvons faire au chevet 5- Avoir la visite du prêtre 6- Se préoccuper de la santé des aidants 7- Être renseignées de ce que nous pouvons faire pour les autres 8- Avoir quelqu'un qui peut nous aider avec nos problèmes financiers 9- Avoir une place où l'on peut se retrouver seule dans l'hôpital 10- Être renseignées sur les services de l'aumônier 11- Être renseignées sur ce que nous pouvons faire pour le problème des autres 12- Parler de nos sentiments 13- Pouvoir être accompagnées lors des visites aux soins intensifs 14- Pouvoir être seules à tout moment 15- Être encouragées à pleurer 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir une écoute active (Marquis et al., 2004; Gavaghan, 2002) • Faire verbaliser les émotions (Woolley, 1990) et sur la maladie (Duhamel et al., 2007), aider à reconnaître les émotions (Woolley, 1990) • Valider les émotions (Leske, 1998) • Permettre à la famille de s'impliquer dans les soins • Explorer les croyances (Duhamel et al., 2007) et clarifier les fausses perceptions (Gavaghan, 2002) • Renforcer le rôle des familles dans les soins et leur importance (Marquis et al. 2004; De jong et al. 2000) • Encourager la famille à prendre soin d'elle (Leske, 1992)

³ Les interventions infirmières ont été classées par ordre d'importance

LES ÉLÉMENTS STRUCTURAUX

Le modèle de l'efficacité du rôle du personnel infirmier développé par Irvine, Sidani et Hall (1998) est basé sur le fait que les éléments structureux influencent le processus de soins et, par conséquent, les résultats de soins. Ainsi, l'application dans la pratique d'interventions infirmières auprès des familles vivant une situation de crise est influencée par des éléments structureux. Ceux-ci comprennent les caractéristiques des organisations, des infirmières, ainsi que celles relatives aux patients et à leur famille.

Caractéristiques organisationnelles

La littérature recensée a permis d'identifier davantage de caractéristiques organisationnelles facilitantes ou contraignantes à l'exercice infirmier basées sur une approche familiale (Tableau 3). Un environnement de soins soutenant le rôle des familles dans les soins et des lieux physiques pouvant les accueillir facilitent l'implication des familles (Marquis, Freegard, & Hoogland, 2004).

Les facteurs contraignants identifiés sont la surcharge de travail, le manque de personnel, l'instabilité de l'équipe, le manque de temps à accorder à la famille (Haesler et al., 2006, 2007). L'organisation du travail centrée sur les techniques de soins et la tendance à donner des soins selon une routine préétablie ainsi que les contraintes financières des organisations paraissent également comme des facteurs nuisibles à une approche centrée sur la personne et sa famille (Haesler et al., 2006; Weman & Fagerberg, 2006).

Les facteurs favorisants sont reliés au soutien des gestionnaires, notamment par le soutien au développement des habiletés du personnel infirmier, des outils d'évaluation et de protocoles ainsi que par la mise en place d'une philosophie d'unité centrée sur l'approche patient-famille (Hickey & Leske, 1992; Marquis et al., 2004; Weman, Kihlgren, & Fagerberg, 2004). Finalement, le partenariat infirmière-patient-famille est influencé par des politiques organisationnelles qui représentent ces valeurs de soins (Coyer, Courtney, & O'Sullivan, 2007).

Caractéristiques du patient et de sa famille

Parmi la littérature recensée, très peu d'études abordent les caractéristiques des familles pouvant faciliter ou faire obstacle à leur implication. Selon Jacelon (2006), ces caractéristiques sont les différentes attitudes adoptées par la famille envers la personne hospitalisée :

- agir à la place de la personne hospitalisée et prendre les décisions sans la consulter ;
- agir en collaboration avec la personne hospitalisée et discuter des décisions à prendre ;
- ne pas s'impliquer à la prise de décision.

On ne sait toutefois pas de façon explicite ce qui influence le comportement des familles si ce n'est leurs valeurs et leurs croyances.

Caractéristiques du personnel infirmier

Peu de littérature porte sur les caractéristiques du personnel infirmier et leur relation avec la personne soignée et ses proches. Selon Haesler et al. (2006; 2007), une formation sur les habiletés de communication est un élément favorable au développement d'une telle relation. Aussi, une formation académique dont les valeurs sont basées sur l'approche familiale est favorable à l'approche centrée sur le patient et sa famille (Weman & Fagerberg, 2006) et diminue l'hésitation du personnel infirmier à impliquer les familles dans les soins en augmentant leur confiance envers leurs habiletés (Hickey & Leske, 1992). Le type de formation du personnel infirmier permet d'influencer leur perception de la famille et favoriser leur implication dans les soins par le développement d'une relation positive (Marquis et al., 2004).

Tableau 3 : Caractéristiques de l'organisation, de la personne/famille et des infirmières, favorables ou défavorables à une approche centrée sur la personne et sa famille

Caractéristiques	Éléments favorables	Éléments défavorables
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien des gestionnaires au développement des habiletés. • Développement d'outils et protocoles. • Philosophie d'unité de soins centrée sur l'approche personne/famille. • Politiques organisationnelles qui représentent les valeurs familiales. • Environnement physique adapté aux besoins de la famille. 	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail. • Manque de personnel. • Instabilité de l'équipe. • Manque de temps. • Routine de soins. • Contraintes financières.
Personne /famille	<ul style="list-style-type: none"> • Type de comportements des familles (peut être favorable ou défavorable selon les situations). • Valeurs et croyances familiales. 	
Infirmière	<ul style="list-style-type: none"> • Formation sur les habiletés de communication. • Formation académique comportant les valeurs de l'approche familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de confiance des infirmières dans leur approche auprès des familles. • Hésitation à impliquer la famille dans les soins.

CONCLUSION

Les situations de crise sont mieux définies dans les unités de soins intensifs que dans les milieux de soins aigus. Cependant, les caractéristiques d'une famille en crise sont les mêmes et découlent d'une situation stressante et d'un niveau élevé d'anxiété provoquant ainsi une désorganisation au sein de la cellule familiale. De part sa proximité, le personnel infirmier a un rôle important dans la détection des crises et des conflits avec la famille. Il est donc primordial qu'il sache reconnaître les éléments précurseurs d'une crise.

Le moyen permettant d'éviter les crises, de les gérer et de les prévoir est sans conteste la communication avec la famille. Pour établir une communication avec la famille, le personnel infirmier devrait établir a) une relation positive, b) donner des informations factuelles, c) déterminer les besoins, et d) optimiser l'utilisation des ressources. La communication avec la famille permet de l'intégrer dans les soins du patient. Elle améliore la satisfaction par rapport aux soins et contribue à l'établissement d'une relation constructive avec la famille. Les stratégies bénéfiques pour une communication efficace sont le partage d'informations, la reconnaissance des rôles de chacun, l'honnêteté et l'ouverture.

La communication permet également de déceler les besoins des familles. Pour les PÂ en soins aigus, les besoins des familles sont catégorisés selon les cinq besoins primordiaux ressortis par Leske et ses collaborateurs. Cependant, l'importance des composantes des cinq besoins primordiaux diffère quelque peu des familles en soins intensifs. Dans la catégorie du **besoin d'assurance**, les besoins d'être rassurées sur les soins, l'état de santé des patients, et le fait de combler les besoins du patient sont les plus importants. La nécessité d'être proche du patient, de maintenir les fonctions familiales à l'hôpital et de s'impliquer dans les soins constitue les éléments primordiaux du **besoin de proximité**. Quant au **besoin d'information**, il réfère à la connaissance 1) des traitements donnés au patient, 2) du personnel en charge, et 3) au personnel ressource pour toute demande d'information. Les **besoins de confort et de soutien** apparaissent comme les moins importants pour les familles, alors qu'ils paraissent importants pour le personnel infirmier.

Les interventions infirmières visant à satisfaire les besoins des familles sont très peu répertoriées dans la littérature. Parmi les interventions les plus bénéfiques pour les familles des PÂ, l'identification des besoins, l'information sur l'état du patient et sur ses traitements oralement et sous forme de dépliant, ainsi que l'augmentation des heures de visites regroupent les interventions à privilégier pour le personnel infirmier. La formation et les connaissances sur les soins donnés aux familles constituent les interventions infirmières visant à impliquer les familles. L'implication des familles contribue à établir une collaboration avec le personnel infirmier, favorise l'intégrité familiale et augmente la participation aux soins du patient, tout en améliorant sa condition de santé.

Cependant, pour mettre en place toutes ces interventions permettant de gérer les crises, les structures organisationnelles devraient supporter le personnel infirmier. Ce soutien préconise d'intégrer dans la programmation des soins la prise en compte des besoins des familles ainsi que la mise en place des interventions liées à leur intégration dans les soins du patient.

RÉFÉRENCES

- Asa, E., & Siv, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of clinical nursing, 16*(9), 1651-1659.
- Browning, G., & Warren, N. A. (2006). Unmet needs of family members in the medical intensive care waiting room. *Critical care nursing quarterly, 29*(1), 86-95.
- Caris-Verhallen, W. M., de Gruijter, I. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of advanced nursing, 30*(5), 1106-1117.
- Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1997). The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. *Journal of advanced nursing, 25*(5), 915-933.
- Coyer, F., Courtney, M., & O'Sullivan, J. (2007). Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit. *International journal of nursing practice, 13*(1), 14-23.
- Edwards, N., Peterson, W. E., & Davies, B. L. (2006). Evaluation of a multiple component intervention to support the implementation of a 'Therapeutic Relationships' best practice guideline on nurses' communication skills. *Patient education and counseling, 63*(1-2), 3-11.
- Garcia de Lucio, L., Garcia Lopez, F. J., Marin Lopez, M. T., Mas Hesse, B., & Caamano Vaz, M. D. (2000). Training programme in techniques of self-control and communication skills to improve nurses' relationships with relatives of seriously ill patients: a randomized controlled study. *Journal of advanced nursing, 32*(2), 425-431.
- Gavaghan, S. R., & Carroll, D. L. (2002). Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing, 21*(2), 64-71.
- Haesler, E., Bauer, M., & Nay, R. (2006). Factors associated with constructive staff-family relationships in the care of older adults in the institutional setting. *International Journal of Evidence Based Healthcare, 4*, 288-336.
- Haesler, E., Bauer, M., & Nay, R. (2007). Staff-family relationships in the care of older people: a report on a systematic review. *Research in nursing & health, 30*(4), 385-398.
- Hickey, M. L., & Leske, J. S. (1992). Needs of families of critically ill patients: state of the science and future directions. *Critical care nursing clinics of North America, 4*(4), 645-649.
- Holden, J., Harrison, L., & Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *Journal of clinical nursing, 11*(2), 140-148.
- Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing economic, 16*(2), 58-64, 87.
- Jacelon, C. S. (2006). Directive and supportive behaviors used by families of hospitalized older adults to affect the process of hospitalization. *Journal of family nursing, 12*(3), 234-250.

- Klagsbrun, J. (2001). Listening and focusing: holistic health care tools for nurses. *The Nursing clinics of North America*, 36(1), 115-130.
- Kleinpell, R. M. (1991). Needs of families of critically ill patients: a literature review. *Critical care nurse*, 11(8), 34, 38-40.
- Lee, I. Y., Chien, W. T., & MacKenzie, A. E. (2000). Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *Journal of clinical nursing*, 9(1), 46-54.
- Leske, J. S. (1992). Needs of adult family members after critical illness: prescriptions for interventions. *Critical care nursing clinics of North America*, 4(4), 587-596.
- Leske, J. S. (1998). Treatment for family members in crisis after critical injury. *AACN clinical issues*, 9(1), 129-139.
- Leske, J. S., & Heidrich, S. M. (1996). Interventions for aged family members. *Critical care nursing clinics of North America*, 8(1), 91-102.
- Li, H. (2005a). Hospitalized elders and family caregivers: a typology of family worry. *Journal of clinical nursing*, 14(1), 3-8.
- Li, H. (2005b). Identifying family care process themes in caring for their hospitalized elders. *Applied nursing research*, 18(2), 97-101.
- Marquis, R., Freegard, H., & Hoogland, L. (2004). Influences on positive family involvement in aged care: an ethnographic view. *Contemporary nurse*, 16(3), 178-186.
- Maxwell, K. E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart & lung : the journal of critical care*, 36(5), 367-376.
- Mendonca, D., & Warren, N. A. (1998). Perceived and unmet needs of critical care family members. *Critical care nursing quarterly*, 21(1), 58-67.
- Mitchell, M. L., Courtney, M., & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing & health sciences*, 5(3), 207-217.
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*, 8(2), 332-339.
- Peel, N. (2003). The role of the critical care nurse in the delivery of bad news. *British journal of nursing*, 12(16), 966-971.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events*. Ontario, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Robb, Y. A. (1998). Family nursing in intensive care. Part two: The needs of a family with a member in intensive care. *Intensive & critical care nursing*, 14(4), 203-207.

Shyu, Y. I. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of advanced nursing*, 32(3), 619-625.

Soderstrom, I. M., Saveman, B. I., & Benzein, E. (2006). Interactions between family members and staff in intensive care units--an observation and interview study. *International journal of nursing studies*, 43(6), 707-716.

Tracy, M. F., & Ceronsky, C. (2001). Creating a collaborative environment to care for complex patients and families. *AACN clinical issues*, 12(3), 383-400.

Weman, K., & Fagerberg, I. (2006). Registered Nurses working together with family members of older people. *Journal of clinical nursing*, 15(3), 281-289.

Weman, K., Kihlgren, M., & Fagerberg, I. (2004). Older people living in nursing homes or other community care facilities: Registered Nurses' views of their working situation and co-operation with family members. *Journal of clinical nursing*, 13(5), 617-626.

Wesson, J. S. (1997). Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. *Intensive & critical care nursing*, 13(2), 111-118.

Woolley, N. (1990). Crisis theory: a paradigm of effective intervention with families of critically ill people. *Journal of advanced nursing*, 15(12), 1402-1408.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). Family assessment and intervention : an overview In *Nurses and families : a guide to family assessment and intervention* (4th ed., pp. 9-28). Philadelphia, PA: F.A. Davis.

ANNEXE A – FORCES DE PREUVE DU BTEC⁺

NIVEAU	INTERPRÉTATION
Ia	Recommandation basée sur des résultats provenant de méta-analyse(s) ou de revue(s) systématique(s) basées sur des essais randomisés.
Ib	Recommandation basée sur les résultats d'au moins un essai randomisé.
IIa	Recommandation basée sur les résultats d'au moins une étude qui, bien que non randomisée, a été bien menée.
IIb	Recommandation basée sur les résultats d'au moins une étude quasi-expérimentale qui, bien que non randomisée, a été bien menée.
III	Recommandation basée sur les résultats d'études non expérimentales descriptives bien menées, tel que les études comparatives, corrélationnelles ou études de cas.
IV	Recommandation basée sur l'avis d'experts reconnus sous forme de rapports, d'opinions, ou d'expériences cliniques.

⁺ Adaptées de *Registered Nurses Association of Ontario* (2006)

ANNEXE B – IMPORTANCE DES BESOINS DES FAMILLES

À partir des besoins identifiés par Molter en 1979, Leske (1992) a développé le questionnaire Critical Care Family Needs Index [CCFNI], lequel regroupe les besoins des familles en cinq catégories soit, les besoins d'assurance, de proximité, d'information, de confort et de soutien⁴ présentées au Tableau 2. Les différents besoins compris dans chacune des cinq catégories, leur importance pour les familles des personnes âgées, la satisfaction de ces besoins, ainsi que les interventions du personnel infirmier associées sont présentés en détail dans cette section.

Le besoin d'assurance

Des études effectuées à partir du CCFNI montrent que le **besoin d'assurance** est le plus important pour les familles de patients en soins critiques. En effet, L. Y. Lee et Lau (2003) ont montré que six éléments sur sept du besoin d'assurance figurent parmi les dix plus importants. Par contre, le niveau d'importance des sept besoins répertoriés dans cette catégorie varie d'une étude à l'autre. Selon De Jong et Beatty (2000), connaître les changements dans l'état de santé et avoir des réponses satisfaisantes constituent deux des trois besoins ayant le score le plus élevé. Les besoins immédiats des familles sont reliés au besoin d'assurance, plus spécifiquement, connaître les résultats escomptés, les faits spécifiques concernant la progression de la condition de santé du patient, être assurées des meilleurs soins possibles, et recevoir des explications compréhensibles (I. Y. Lee, Chien, & MacKenzie, 2000). Pour d'autres, les besoins les plus importants sont d'obtenir des réponses honnêtes aux questions, de connaître le pronostic, et d'être appelés à la maison si des changements surviennent (Kleinpell & Powers, 1992; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007). Bien que les éléments du besoin d'assurance soient répertoriés parmi les plus importants, on constate que certains éléments du besoin d'information le sont tout autant. L'étude quasi expérimentale de Chien, Chiu, Lam et Ip (2006) montre que connaître les faits spécifiques concernant la progression du patient et les résultats escomptés sont parmi les besoins les plus importants.

L'importance du besoin d'assurance a également été montrée par les familles des personnes âgées hospitalisées dans un centre de soins aigus (Li, 2002, 2005b). En effet, les deux principaux motifs de visites et d'inquiétudes évoqués par les familles de personnes âgées [PÂ] sont le besoin d'être rassurées sur les soins et la crainte par rapport à l'état de santé de leur proche. Les familles veulent également s'assurer que les besoins des aînés soient comblés. Toutefois, l'étude descriptive de Li (2005a) révèle que les familles s'inquiètent davantage de la condition de santé des PÂ hospitalisées dans les unités de soins critiques.

Les études visant à examiner la satisfaction des besoins des familles sont contradictoires. D'après l'étude de Warren (1993), le besoin d'assurance serait le plus comblé, mais selon Chien et al. (2006), il serait l'avant-dernier besoin à être satisfait. Connaître les faits spécifiques est toujours ou habituellement rencontré selon Browning (2006). Pourtant, il apparaît également que le maintien du sentiment d'espoir et l'attente d'explications

⁴ Les besoins de confort et de soutien étant très reliés, ils seront présentés dans la même section.

compréhensibles restent peu ou jamais comblés selon cette même étude. Connaître les résultats escomptés, être assuré des meilleurs soins possibles, sentir que les soins sont personnalisés sont tous des besoins comblés à plus de 90 % (L. Y. Lee & Lau, 2003).

Le besoin de proximité

Le besoin de proximité réfère au besoin des familles d'être près de la personne hospitalisée et d'y avoir accès facilement. Aux soins critiques, ce besoin paraît plus intense au stade initial de l'hospitalisation (Redley, Beanland, & Botti, 2003). En effet, les principales sources de stress pour les familles à ce moment sont la peur que leur proche décède et l'incertitude des résultats des traitements (Leske, 1998).

Le besoin de proximité est parmi les plus importants pour les familles. Connaître les changements dans la condition de santé de leur proche, les traitements et savoir qu'elles peuvent les contacter en tout temps sont parmi les dix besoins les plus importants. Pouvoir visiter librement le membre de la famille hospitalisé constitue le deuxième besoin en importance (De Jong & Beatty, 2000; Robb, 1998). Recevoir de l'information quotidiennement (Kleinpell, 1991), être appelées lors de changements dans l'état de santé (Kleinpell & Powers, 1992; Maxwell et al., 2007), pouvoir discuter de l'évolution de l'état de santé avec le même personnel (I. Y. Lee et al., 2000) comptent également parmi les besoins les plus importants des familles.

Les études effectuées auprès des familles de personnes âgées hospitalisées dans les unités de soins de courte durée ont également révélé l'importance de ce besoin. Être présentes auprès de leurs proches, maintenir les fonctions familiales à l'hôpital et s'impliquer dans les soins constituent des préférences exprimées par les familles (Li, 2002; Li, Stewart, Imle, Archbold, & Felver, 2000).

Malgré l'importance du besoin de proximité, il reste peu comblé (Browning & Warren, 2006; Chien et al., 2006; Warren, 1993). Pouvoir visiter la personne hospitalisée en tout temps et parler avec la même infirmière à chaque jour ne sont jamais ou peu rencontrés (Browning & Warren, 2006). Malgré un programme d'enseignement donné au personnel infirmier, les familles ont identifié ce besoin comme étant le troisième à être satisfait (Chien et al., 2006).

Le besoin d'information

L'information est d'une grande importance pour les familles (De Jong & Beatty, 2000; Haesler, Bauer, & Nay, 2007; Van Horn & Kautz, 2007). En effet, connaître les traitements médicaux, ce qu'il sera fait pour la personne (Chien et al., 2006; Kleinpell & Powers, 1992; I. Y. Lee et al., 2000; Maxwell et al., 2007), le type de personnel qui prend soin du patient, la direction prise et le pourquoi de ce qui est fait pour le patient (Chien et al., 2006) ainsi que le type de personnel pouvant renseigner le plus adéquatement selon le questionnaire (I. Y. Lee et al., 2000) sont parmi les dix besoins les plus importants.

Les études visant à examiner la satisfaction du besoin d'information révèlent qu'il est peu rencontré (Redley et al., 2003), et qu'il est le moins comblé selon les familles (Warren, 1993). Aucun des huit items de ce besoin ne se trouve parmi les dix besoins les plus rencontrés (Browning & Warren, 2006). Toutefois, un programme d'enseignement destiné aux infirmières basé sur la satisfaction des besoins des familles et leur niveau d'anxiété permet d'augmenter la satisfaction face à ce besoin (Chien et al., 2006).

Le besoin de confort et le besoin de soutien

La littérature recensée indique majoritairement que les besoins de confort et de soutien ne sont pas parmi les plus importants en situations de soins critiques (Kleinpell, 1991; Kleinpell & Powers, 1992; I. Y. Lee et al., 2000; L. Y. Lee & Lau, 2003; Maxwell et al., 2007; Redley et al., 2003). Le besoin de confort semble être corrélé positivement au besoin de soutien révélant ainsi que le soutien est un facteur qui affecte le confort (Warren, 1993).

Le besoin des familles de parler de leurs sentiments est perçu comme important pour le personnel infirmier mais ne l'est pas toujours pour les familles (Maxwell et al., 2007). Le soutien émotionnel et instrumental sont les besoins les moins importants pour les familles (De Jong & Beatty, 2000). Plus récemment, l'étude quasi expérimentale de Chien montre que les dix plus importants besoins pour les familles sont de, parler des sentiments négatifs, connaître ce qui peut être fait au chevet des patients, recevoir des explications sur l'environnement de soins intensifs avant de s'y présenter, et de parler des possibilités de la mort de leur proche (Chien et al., 2006).

La littérature portant sur la satisfaction des besoins de confort et de soutien indique des résultats contradictoires. Selon Warren (1993), les besoins de confort et de soutien sont habituellement comblés. L. Y. Lee et Lau (2003) rapportent que certains éléments des besoins de confort et de soutien sont à la fois les plus rencontrés et d'autres les moins rencontrés. Cette dernière étude révèle que le besoin de pouvoir être seul en tout temps, d'avoir un endroit à l'hôpital pour se retrouver seul et d'être renseigné sur les services religieux offerts sont les moins présents. Aussi, Chien et al. (2006) confirment que le besoin de confort est le besoin le moins satisfait, alors que celui de soutien est le plus satisfait. Finalement, parler de sentiments négatifs et de la possibilité de la mort du patient sont des besoins jamais ou peu comblés (Browning & Warren, 2006).

De façon générale, les besoins de confort et de soutien sont les moins importants pour les familles. Toutefois, la majorité des études précitées ont été effectuées auprès de familles de patients hospitalisés dans des unités de soins critiques où l'état de santé est instable. Dans ce contexte précis, il paraît cohérent que les besoins d'être rassurées, informées et d'être près du patient constituent les besoins les plus importants des familles.

Afin de satisfaire les besoins primordiaux des familles, les infirmières doivent employer des interventions correspondant à ces besoins.

ANNEXE C - INTERVENTIONS INFIRMIÈRES ASSOCIÉES AUX BESOINS DES FAMILLES

Le but des interventions du personnel infirmier en situations de crise est d'aider les familles à maintenir ou regagner leur équilibre (Woolley, 1990). L'évaluation de la situation (des besoins des familles) et la détermination du type d'aide requis doivent précéder les interventions. Plusieurs études ont identifié les besoins des familles et mis l'accent sur l'importance du soutien, mais très peu proposent des interventions concrètes pour atteindre cet objectif (Duhamel, Dupuis, Reidy, & Nadon, 2007).

Pourtant, l'importance des interventions visant à satisfaire les besoins pour diminuer l'anxiété des familles et améliorer leur capacité de soutien des personnes hospitalisées a été identifiée (Chien et al., 2006; Kleinpell, 1991; Leske, 2002). À titre d'exemple, Li (2003) a indiqué qu'un programme d'information destiné aux familles (CARE) contribue à diminuer leur stress et à augmenter leur capacité d'adaptation. Le RNAO (2006) propose également dans son guide de pratique quelques interventions pour identifier et répondre aux besoins des familles.

Malgré le peu de littérature sur les interventions infirmières auprès des familles et, plus particulièrement, auprès des familles de PÂ, Leske et Heidrich (1996) ont identifié des particularités d'adaptation au stress propres à cette clientèle. Le personnel infirmier devrait tenir compte lors de leurs interventions, du fait que 1) la maladie chronique intensifie la réponse au stress, 2) les PÂ expriment moins leurs émotions de détresse, 3) les PÂ ont besoin de plus de temps pour recevoir l'information, 4) les membres de la famille sont souvent éloignés, et 5) les amis font partis du réseau direct de soutien. Li (2005b) souligne également de prendre en compte les inquiétudes des familles face à l'état de santé des PÂ, des soins qu'ils reçoivent, des soins futurs qu'ils devront donner et de leurs finances.

Les familles des PÂ sont non seulement inquiètes de la condition du patient mais de leur habileté à poursuivre les soins après l'hospitalisation. Dans ses travaux, Li et ses collaborateurs (2002; 2005a; 2005b; 2003; 2000) se sont préoccupés des actions des familles de PÂ hospitalisées en soins aigus. Bien que ces auteurs abordent peu les interventions infirmières, il est possible de faire des parallèles entre les actions des familles et leur implication dans les soins. Considérant, l'importance de satisfaire les besoins et de l'implication des familles dans les soins, quelques interventions infirmières relatives seront présentées.

Interventions visant à satisfaire les besoins des familles

L'identification des besoins des familles est la première étape du processus d'interventions infirmières pour faciliter l'adaptation des familles vivant une situation de crise. Cette section détaille les interventions relatives aux cinq catégories des besoins tel que présenté au Tableau 2.

Dans une revue de littérature, Van Horn et Kautz (2007) précisent que les interventions visant à donner de l'information sont les plus importantes pour les familles. Par la suite, les interventions visant à favoriser la proximité des familles devraient être appliquées (De Jong & Beatty, 2000). La majorité des études recensées ont été effectuées dans un contexte de soins critiques où les heures de visites sont limitées. Ainsi, lorsque lève la restriction sur les heures de visites, on augmente la satisfaction (Gavaghan & Carroll, 2002; Van Horn & Kautz, 2007), et on favorise l'implication des familles dans les soins (Van Horn & Kautz, 2007).

Auprès des PÂ, les interventions relatives au besoin d'information doivent considérer leurs capacités de compréhension et de rétention de l'information et s'ajuster en fonction de celles-ci (Leske & Heidrich, 1996). Ainsi, dans certaines situations, il faudra répéter l'information à plusieurs reprises, ou la remettre sous forme écrite à la famille (Miracle, 2006). Le contenu devrait comprendre les éléments suivants : 1) coordonnées de l'unité, 2) localisation de la salle d'attente, de la cafétéria, des salles de toilette, 3) politique des heures de visites, 4) services de soutien disponibles, 5) représentation des lieux physiques de l'unité, 6) description de l'équipement le plus commun dans l'unité, 7) rôle du personnel infirmier, et 8) mention de l'importance de parler avec le personnel infirmier lorsque la famille a des questions.

Interventions visant à impliquer les familles dans les soins

La majorité de la littérature portant sur les interventions infirmières a révélé l'importance d'impliquer les familles dans les soins. La participation active aux soins favorise l'intégrité familiale en raison de l'interaction physique directe (Van Horn & Kautz, 2007). L'étude de Li (2002) effectuée auprès des familles des PÂ hospitalisées en soins aigus montre la volonté des familles à vouloir être présente et apporter du soutien émotionnel, mais également à participer aux soins notamment en aidant à boire, à manger et à se laver. Selon la typologie des actions de familles de Li et al. (2000), donner des soins aux personnes hospitalisées et travailler en collaboration avec l'équipe soignante constituent deux des trois dimensions de l'action des familles.

L'implication des familles peut prendre plusieurs formes, soit du soutien émotionnel à l'implication plus concrète par les gestes posés (Jacelon, 2006). Les familles désirent apprendre de l'équipe soignante et participer à la prise de décisions concernant les soins (Li et al., 2000). Toutefois, peu d'informations quant à la nature des activités effectuées par les familles sont précisées puisque celles-ci ne semblent pas être documentées au dossier médical (Collier & Schirm, 1992). La participation des familles dans les soins demeure limitée même si elles sont présentes très tôt au cours de la période d'hospitalisation (Laitinen-Junkkari, Merilainen, & Sinkkonen, 2001). Dans cette dernière étude, les actions les plus fréquemment posées rapportées par les familles sont : 1) apporter du soutien émotionnel, 2) aider les patients à boire, 3) les aider à s'asseoir, 4) les aider à manger, et 5) les aider à se lever du lit et à se recoucher. Pourtant, après des interventions visant à impliquer davantage les familles, celles-ci ont augmenté leur participation dans toutes les activités de la vie quotidienne à l'exception d'aider le patient à s'asseoir et à se recoucher, de prodiguer les soins de pieds et des ongles, ainsi que le laver et faire le lit. L'effet d'un programme d'informations visant à impliquer davantage les familles dans les soins et assurer un transfert

des connaissances a un effet positif (Li et al., 2003). Les familles ayant reçues l'information ont déclaré moins de dépression chez la PÂ en cours d'hospitalisation, moins d'état confusionnel aigu et d'incontinence et plus de participation dans les soins, lors de l'hospitalisation.

La coopération des familles aux soins du patient dépend de la relation que le personnel soignant a établi avec les familles (Haesler et al., 2007; Weman & Fagerberg, 2006), du style d'interactions (Marquis, Freegard, & Hoogland, 2004) et du contact initial avec les familles (Leske, 1992). Afin de favoriser l'engagement des familles, le personnel infirmier doit tout d'abord, expliquer à la famille comment elle peut s'impliquer dans les soins au cours de l'hospitalisation (e.g. encourager les membres de la famille à marcher avec le patient) (Leske, 1992). Par la suite, renforcer le sentiment des familles à faire partie de l'équipe et à s'impliquer dans la prise de décisions (Marquis et al., 2004).

RÉFÉRENCES DES ANNEXES

Browning, G., & Warren, N. A. (2006). Unmet needs of family members in the medical intensive care waiting room. *Critical care nursing quarterly*, 29(1), 86-95.

Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2006). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *International journal of nursing studies*, 43(1), 39-50.

Collier, J. A., & Schirm, V. (1992). Family-focused nursing care of hospitalized elderly. *International journal of nursing studies*, 29(1), 49-57.

De Jong, M. J., & Beatty, D. S. (2000). Family perceptions of support interventions in the intensive care unit. *Dimensions of critical care nursing*, 19(5), 40-47.

Duhamel, F., Dupuis, F., Reidy, M., & Nadon, N. (2007). A qualitative evaluation of a family nursing intervention. *Clinical nurse specialist*, 21(1), 43-49.

Gavaghan, S. R., & Carroll, D. L. (2002). Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21(2), 64-71.

Haesler, E., Bauer, M., & Nay, R. (2007). Staff-family relationships in the care of older people: a report on a systematic review. *Research in nursing & health*, 30(4), 385-398.

Jacelon, C. S. (2006). Directive and supportive behaviors used by families of hospitalized older adults to affect the process of hospitalization. *Journal of family nursing*, 12(3), 234-250.

Kleinpell, R. M. (1991). Needs of families of critically ill patients: a literature review. *Critical care nurse*, 11(8), 34, 38-40.

Kleinpell, R. M., & Powers, M. J. (1992). Needs of family members of intensive care unit patients. *Applied nursing research*, 5(1), 2-8.

Laitinen-Junkkari, P., Merilainen, P., & Sinkkonen, S. (2001). Informal caregivers' participation in elderly-patient care: an interrupted time-series study. *International journal of nursing practice*, 7(3), 199-213.

Lee, I. Y., Chien, W. T., & MacKenzie, A. E. (2000). Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *Journal of clinical nursing*, 9(1), 46-54.

Lee, L. Y., & Lau, Y. L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of clinical nursing*, 12(4), 490-500.

Leske, J. S. (1992). Needs of adult family members after critical illness: prescriptions for interventions. *Critical care nursing clinics of North America*, 4(4), 587-596.

Leske, J. S. (1998). Treatment for family members in crisis after critical injury. *AACN clinical issues*, 9(1), 129-139.

- Leske, J. S. (2002). Interventions to decrease family anxiety. *Critical care nurse*, 22(6), 61-65.
- Leske, J. S., & Heidrich, S. M. (1996). Interventions for aged family members. *Critical care nursing clinics of North America*, 8(1), 91-102.
- Li, H. (2002). Caregivers' family preferences in caring for their hospitalized elderly relatives. *Geriatric Nursing*, 23(4), 204-207.
- Li, H. (2005a). Hospitalized elders and family caregivers: a typology of family worry. *Journal of clinical nursing*, 14(1), 3-8.
- Li, H. (2005b). Identifying family care process themes in caring for their hospitalized elders. *Applied nursing research*, 18(2), 97-101.
- Li, H., Melnyk, B. M., McCann, R., Chatcheydang, J., Koulouglioti, C., Nichols, L. W., et al. (2003). Creating avenues for relative empowerment (CARE): a pilot test of an intervention to improve outcomes of hospitalized elders and family caregivers. *Research in nursing & health*, 26(4), 284-299.
- Li, H., Stewart, B. J., Imle, M. A., Archbold, P. G., & Felver, L. (2000). Families and hospitalized elders: A typology of family care actions. *Research in nursing & health*, 23(1), 3-16.
- Marquis, R., Freegard, H., & Hoogland, L. (2004). Influences on positive family involvement in aged care: an ethnographic view. *Contemporary nurse*, 16(3), 178-186.
- Maxwell, K. E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart & lung : the journal of critical care*, 36(5), 367-376.
- Miracle, V. A. (2006). Strategies to meet the needs of families of critically ill patients. *Dimensions of critical care nursing*, 25(3), 121-125.
- Redley, B., Beanland, C., & Botti, M. (2003). Accompanying critically ill relatives in emergency departments. *Journal of advanced nursing*, 44(1), 88-98.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events*. Ontario, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Robb, Y. A. (1998). Family nursing in intensive care. Part two: The needs of a family with a member in intensive care. *Intensive & critical care nursing*, 14(4), 203-207.
- Van Horn, E. R., & Kautz, D. (2007). Promotion of family integrity in the acute care setting: a review of the literature. *Dimensions of critical care nursing*, 26(3), 101-107; quiz 108-109.
- Warren, N. A. (1993). Perceived needs of the family members in the critical care waiting room. *Critical care nursing quarterly*, 16(3), 56-63.
- Weman, K., & Fagerberg, I. (2006). Registered Nurses working together with family members of older people. *Journal of clinical nursing*, 15(3), 281-289.
- Woolley, N. (1990). Crisis theory: a paradigm of effective intervention with families of critically ill people. *Journal of advanced nursing*, 15(12), 1402-1408.

Pavillon Ferdinand-Vandry
Université Laval, Faculté des sciences infirmières
Québec (Québec) G1V 0A6
CANADA

Renseignements : (418) 656-2131, poste 11880
Télécopieur : (418) 656-7747

btec.ulaval.ca