

## PROCOLE DE RÉCEPTION FAMILIALE ET DE PRÉPARATION DE LA PREMIÈRE VISITE À UN PATIENT CRITIQUE EN USI

**Justification** - Les développements en matière de politique et de recherche en matière de santé ont reconnu et mis en évidence de nouveaux modèles de soins mettant l'accent sur la participation de la famille du malade au processus de soins. Lorsque le contexte est une unité de soins intensifs, les lignes directrices considèrent qu'il doit y avoir une incorporation holistique des patients, des membres de la famille et de leurs "univers de vie".

La complexité de la situation clinique d'une personne en USI, la structure de l'unité et sa sophistication technologique nécessitent une préparation adéquate des membres de la famille pour qu'ils puissent visiter le patient et l'intégrer aux soins. Ainsi, des directives sont pour développer, d'une part, des scénarios de simulation standard destinés à aider les professionnels (en particulier les plus jeunes) à développer leurs compétences en communication, dans un environnement sécurisé, besoins d'informations sur la famille lorsqu'un membre de la famille est hospitalisé et, d'autre part, débriefing avec les membres de l'équipe après des expériences dans lesquelles les membres de la famille ont été inclus ou exclus de la présence (Bell, 2016).

**Objectif** - Produire des recommandations, basées sur la synthèse des dernières données, qui guident et simplifient le contact des professionnels de la santé avec les proches du patient critique récemment admis dans une unité de soins intensifs, en vue de la première visite.

**Méthodes** - Revue de littérature, articles scientifiques publiés entre 2015 et 2017 sur une recherche dans les bases de données de recherche EBSCOhost (Collection Sciences du comportement et de la psychologie; CINAHL Plus avec texte intégral; MEDLINE avec texte intégral; CINAHL) et LILACS, en utilisant descripteurs et opérateurs booléens (OU) et (relations professionnelles-familiales) ET (implication de la famille).

### Protocole

<b>1 - Préparation</b>	<p><b>Le professionnel (compétences)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour le travail d'équipe;</li> <li>- communicationnel;</li> <li>- traiter avec les membres de la famille;</li> <li>- Posture qui donne confiance (soyez optimiste, contact visuel et expression du</li> </ul>
------------------------	---

	<p>visage) et rassurez les membres de la famille.;</p> <p><b>Préparation - informations (données) à recueillir</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Données sur la situation clinique de la personne</li> <li>- Données manquantes que vous souhaitez collecter auprès de votre famille</li> <li>- Politique de visites de l'unité et d'articulation avec la famille (directives et politiques écrites);</li> <li>- Attentes ou besoins spécifiques de la famille (si possible)</li> <li>- Articulation entre professionnels sur la stratégie à utiliser, données à collecter et informations à transmettre</li> </ul> <p><b>Lieu / Environnement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réservé / assurant un dialogue efficace;</li> <li>- confortable sans bruit;</li> <li>- Sans "barrières physiques", objets ou meubles, qui véhiculent le message de l'aliénation famille professionnelle.</li> </ul>
	<p><b>Participants</b> - L'équipe multi-professionnelle (infirmière et médecin obligatoirement).</p>
<p><b>2 - Processus</b></p>	<p><b>Évaluer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles informations la famille a-t-elle déjà sur le patient et l'unité?</li> <li>- attentes et besoins des membres de la famille;</li> <li>- manifestations émotionnelles, identifier les foyers d'angoisse et de peur;</li> <li>- Expérience antérieure à l'USI.</li> </ul> <p><b>Rapport</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- présentation professionnelle;</li> <li>- Professionnel présente la situation clinique de la personne (suffisante);</li> <li>- Répondre aux questions posées en utilisant une langue: compréhensible (termes simples et clairs), cohérent et respectueux de la culture;</li> <li>- utilise une communication ouverte et honnête (motive, donne sécurité, soutien et confort);</li> <li>- introduit les règles de l'unité sur le contact avec les membres de la famille;</li> <li>- Il présente l'unité, les contraintes et les potentialités: <ul style="list-style-type: none"> <li>o espace physique;</li> <li>o technologie invasive;</li> <li>o équipement et taille de chaque unité;</li> </ul> </li> <li>La vie privée;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Règles à appliquer au sein de l'unité.</li> <li>- Informe sur le contact à avoir / développer avec le familier / patient.</li> </ul> <p>Cela garantit la compréhension du message: cela donne du temps pour comprendre, cela minimise les divergences; dialogue de contact visuel</p>
<b>3 - Résultats</b>	<p><b>Résumé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Synthèse des informations transmises</li> <li>- Synthèse des données collectées</li> <li>- Planifiez avec les membres de la famille la stratégie à utiliser avec la personne;</li> </ul> <p>Il est disponible et accompagne les membres de la famille</p>

## DOCUMENT DESCRIPTIF

### 1- Préparation

#### Professionnel (compétences)

Le professionnel qui recevra les membres de la famille avant une première visite doit avoir développé un ensemble de capacités lui permettant de préparer les gens à comprendre et à gérer l'admission du membre de leur famille à l'USI, en minimisant la violence de l'expérience (rendant l'expérience moins intimidante) (Carlson et al., 2015).

La communication avec les membres de la famille, est la pierre angulaire de la création d'une relation significative entre le patient et son patient et de l'amélioration des expériences du patient et de sa famille (Ellis, Gergen, Wohlgemuth, Nolan et Aslakson, 2016). Doit intégrer: une communication régulière entre les soignants et la famille; minimiser les écarts dans les soins prodigués au patient (entre les soignants et entre les soignants et les familles); retards, informations erronées, plans de soins ou aggravation du pronostic du patient. Le processus de communication avec la famille est une fonction de l'infirmière et permet de connaître, de défendre, de questionner, ... (Ellis, Gergen, Wohlgemuth, Nolan et Aslakson, 2016, Olding et al., 2016, Ahluwalia, Schreibeis-Baum, Prendergast, Reinke et Lorenz, 2016).

En raison des exigences de l'activité à développer, ils devront être des professionnels expérimentés. Ils peuvent même s'identifier en tant que leader / expert en matière d'intégration des membres de la famille dans l'unité ou superviser des infirmières plus jeunes lorsqu'ils apprennent à traiter avec des familles, ce qui peut contribuer à diminuer stress pendant la communication (Bell, 2016).

**Préparation - informations (données) à recueillir** - Les informations divergentes ou contradictoires mises aux membres de la famille un sentiment d'insécurité face à l'état clinique et aux soins que la personne reçoit. Il est donc important que les membres de la famille reçoivent des informations exactes, suffisantes et honnêtes et qu'il existe une communication ouverte et commune entre professionnels.

Il est essentiel que l'infirmière en soins intensifs soit en mesure d'identifier les besoins spécifiques des membres de la famille et de démontrer les formes d'intervention appropriées pour les personnes ayant besoin de soutien (Kynoch, Chang, Coyer et McArdle, 2016).

**Lieu / environnement** - Les membres de la famille des patients en soins intensifs ont des besoins variés, notamment en matière de confort, de tranquillité, d'information et de proximité (Khalaila, R., 2014). Il est donc important que la famille soit reçue dans un environnement calme, réservé et confortable où les possibilités d'interruption sont réduites.

**Participants** - Lors de la réception et de la préparation de la famille à la première visite d'un patient nouvellement admis, il est important qu'au moins l'infirmière et le médecin y participent afin de pouvoir répondre à leurs besoins d'information et de soutien, car les données actuelles laissent penser que l'état clinique du patient est le besoin le plus universel, quel que soit le niveau d'éducation ou de culture de la famille (Kynoch, Chang, Coyer et McArdle, 2016). Les infirmières agissent en tant que défenseurs, fournissent des informations partagées, traduisent, clarifient et renforcent les informations données aux membres de la famille par le médecin. Ils collectent des données car, en raison de leurs relations avec le patient et la famille, ils doivent savoir ce qu'ils sont et ce qui leur est arrivé. Les parents se sentent réconfortés de poser des questions personnelles ou de transmettre des informations (Ahluwalia, Schreiber-Baum, Prendergast, Reinke et Lorenz, 2016).

La relation établie avec les membres de la famille dépend de leurs attentes en matière de disponibilité et de compétence qu'ils attribuent aux professionnels. Il est donc important de disposer d'une participation disponible, sûre et compétente, propice à une relation de confiance (Riley, White, Graham, & Alexandrov).

## **2 - Processus**

**Evaluer** - Centrer l'accueil de la famille sur ses besoins en informations et son soutien est fondamental, ce qui est bien représenté dans les résultats de la recherche. Les membres de la famille des patients en USI ont des besoins variés, la sécurité, l'information et la proximité étant les plus importants, alors que le confort et le soutien sont les moins importants (Khalaila,

R.). Cela se manifeste en tant que bénéficiaire de soins pour différents besoins psychologiques, sociaux et physiques. Dès le premier contact, il est important d'identifier et de répondre aux besoins des membres de la famille, condition préalable à l'établissement de partenariats efficaces entre familles et soignants (Olding, et al., 2016).

Dès le premier jour d'hospitalisation, depuis l'admission, l'inclusion de membres de la famille est fondamentale (Jason, 2015). Les membres de la famille sont invités à fournir des données - événements déclencheurs, symptômes potentiels, informations sur le patient. C'est un moment important pour commencer l'inclusion de la famille dans le processus de soins car, selon Jason (2015). lorsque les soins progressent de l'évaluation initiale à un diagnostic et à un plan de traitement, la participation de la famille à l'équipe est différente, et une participation active devient une relation de courtoisie et de respect / échange d'informations (Jason, 2015). Inclure intimement les membres de la famille dans le plan de soins; une pratique axée sur les besoins des patients et des membres de leur famille (Akroute, & Bondas, 2016).

**Informier** - Les professionnels accueillent les membres de la famille en se présentant: nom, catégorie professionnelle et indiquer le motif de réception (par exemple, le professionnel est-il responsable de fournir les soins au patient ce jour-là).

Ils interrogent les membres de la famille sur les informations dont ils disposent sur la situation clinique de la personne. Ils confirment ou complètent les informations en utilisant une terminologie compréhensible, des phrases courtes et sans ambiguïté. Assurez-vous qu'ils ont compris. Ils font preuve de disponibilité pour le dialogue et la clarification des questions et des doutes qui leur sont présentés, créant ainsi un environnement dans lequel les membres de la famille devraient avoir le sentiment d'être impliqués dans ce processus. Il est important que les professionnels soient cohérents, ce qui suppose un travail d'équipe.

Les infirmières sont en sécurité dans les informations qu'elles transmettent mais sont impuissantes. Les patients, les membres de leur famille et le personnel sont toujours présents, mais la capacité de participer pleinement aux réunions avec les membres de la famille est limitée car ils disposent d'informations contraires à ce qui leur a été communiqué ou même parce qu'il y a des objectifs de soins très différents (Ahluwalia, S., H. Schreiber-Baum, T. Prendergast, L., L. & Lorenz, 2016).

Il présente les règles de l'unité en matière de visites (il fournit des informations écrites): horaires, horaires flexibles, nombre de visiteurs, type de visiteurs, contacts téléphoniques, situations exceptionnelles, ...

Préparez le (s) membre (s) de la famille pour l'entrée dans l'unité:

- présente la structure physique de l'unité (espace ouvert / unités individualisées / ...) en prévoyant comment les environnements peuvent faciliter ou empêcher la participation des membres de la famille. Il sensibilise aux effets de l'environnement sonore et technologique de l'UCI, aidant à anticiper l'inhibition, la peur ou la difficulté potentielle d'orientation dans l'unité.

L'implication des membres de la famille est réduite par les problèmes liés à l'environnement et le manque de temps pour les professionnels. Le matériel médical technique d'alarme peut être jugé aussi effrayant et désagréable que les divers professionnels proches du patient, la connexion aux perfusions et aux moniteurs concentre l'attention de la famille, les distance, provoquant la peur et l'insécurité.

Informe et coopère avec les membres de la famille sur l'utilisation de la protection individuelle, l'hygiène des mains et la préservation de la vie privée des autres personnes hospitalisées et / ou de leurs familles.

Le professionnel observe ce qui est familier, s'assure que le message a été compris, donne du temps pour comprendre, si nécessaire il répète, minimise les écarts. Dans le dialogue, il y a un contact visuel.

### **3 - Résultats**

**Synthèse** - Résumez brièvement les informations transmises ou les sujets abordés à ce moment, ainsi que les aspects les plus pertinents à conserver, qui constitueront un aspect déterminant de la continuité des contacts famille-professionnel car, souvent, étant donné la perception d'irréalité et de confusion des doivent être répétés et renforcés (Karlsson, Tisell, Engström & Andershed, 2011).

### **Bibliographie**

Ahluwalia, S., Schreiber-Baum, H., Prendergast, T., Reinke, L., & Lorenz, K. (2016). Nurses as intermediaries: how critical care nurses perceive their role in family meetings. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 33-38.

Akroute, A., & Bondas, R., (2016). Critical care nurses and relatives of elderly patients in intensive care unit - ambivalent interaction. *Intensive and Critical Care Nursing* 34, 67—80.

Bell, L., (2016). Caring for Families and patients. *AJCC American Journal of Critical Care*, 25(1), p.51.

Carlson, E., Spain, D., Muhtadie, L., McDade-Montez, L., & Maciaca, K., (2015). Care and Caring in the ICU: Family Members' Distress and Perceptions about Staff Skills, Communication, and Emotional Support. *Journal of Critical Care*, 30(3): 557—561.

Ellis, L., Gergen, J., Wohlgemuth, L., Nolan, M., & Aslakson, R., (2016). Empowering the “cheerers”: role of surgical intensive care unit nurses in enhancing family resilience. *AJCC American Journal of Critical Care*, 25(1), 39-45.

Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J., Diaw, F., Brochon, S., Vesin, A., ... & Misset, B., (2016). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 25, 634–640.

Jason, R., (2015). Who is on the medical team?: Shifting the boundaries of belonging on the ICU. *Social Science & Medicine*, 144, 112-118.

Khalaila, R., (2014). Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard*, 28(43), 37-44.

Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F. & McArdle, A. (2016). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. p. 179-232.

McConnell, B., & Moroney, T., (2015). Involving relatives in ICU patient care: critical care nursing challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 991-998.

Olding, M., McMillan, S., Reeves, S., Schmitt, M. & Puntillo, K. (2016). Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expectations*, 19(6), 1183–1202.

Reeves, S., McMillan, S., Kachan, N., Paradis, E., Leslie, M., & Kitto, S., (2015). Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. *Journal of Interprofessional Care*. 29(3), 230–237

Riley, B., White, J., Graham, S., & Alexandrov, A., (2014). Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *AJCC American Journal of Critical Care*, 23(4), 316-324.

Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H., (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 51-63.