

Université de Montréal

Adoption d'une intervention systémique visant à faciliter la communication
entre les infirmières et les familles
dans un contexte de soins intensifs en traumatologie

par

Valérie Huot

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.)
en sciences infirmières

Juin 2010

© Valérie Huot, 2010

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :

Adoption d'une intervention systémique visant à faciliter la communication
entre les infirmières et les familles
dans un contexte de soins intensifs en traumatologie

présenté par

Valérie Huot

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Johanne Goudreau, inf., Ph. D.
présidente du jury

Danielle Fleury, inf., M. Sc.
membre du jury

Sylvie Noiseux, inf., Ph. D.
directrice de mémoire

©Valérie Huot, 2010

Sommaire

Le but de cette étude est d'adopter une intervention systémique visant à faciliter la communication entre les infirmières¹ et les familles² dans un contexte de soins intensifs (SI) en traumatologie. Cette recherche prend en compte la réalité et les besoins du milieu à l'étude grâce au devis participatif retenu. Le cadre de référence est composé de l'approche systémique familiale de Wright et Leahey (2005) ainsi que de la théorie du *caring* de Jean Watson (1979). La collecte des données a été inspirée du parcours de recherche en spirale de Lehoux, Levy et Rodrigue (1995). Cinq entrevues ont été menées auprès de membres de familles ainsi que trois groupes de discussion (*focus groups*) auprès d'infirmières. L'analyse des données a été effectuée selon le Modèle de Huberman et Miles (2003) qui préconise une démarche analytique continue et interactive. Les résultats obtenus révèlent un changement de pratique selon dix interventions systémiques infirmières spécifiques permettant de faciliter la communication avec les familles aux soins intensifs en traumatologie et soulignent l'importance d'agir sur le plan du contexte, de la relation et du contenu liés au processus de communication. De plus, ils permettent de démontrer un réel changement de pratique dans le milieu retenu pour l'étude.

Mots clés : Communication, interventions infirmières, famille, soins intensifs, traumatologie.

¹Dans le présent document, le féminin a été utilisé pour alléger le texte.

²Dans le présent document, le terme « famille » englobe les proches et les personnes significatives du patient.

Abstract

The purpose on this study was to adopt systemic nursing interventions to enhance communication with families in a context of traumatology intensive cares. This participative study has the benefit of reflecting the real needs expressed by the persons concerned. The terms of reference for this study comprised the conceptual model as well as Wright and Leahey's (2005) family systems nursing approach and the caring theory of Jean Watson (1979). The data collection was inspired by Lehoux, Levy and Rodrigue (1995) over five family interviews and three nurses' meetings. The data collection was performed over a period of seven months. All of the interviews and meetings were recorded on audio tape and the verbatim's were fully transcribed. The data analysis was done according to Huberman and Miles' (2003) model, where analytical activities and data collection establish a continuous and interactive approach. The results obtained revealed ten specific systemic nursing interventions to enhance communication with families in this context and revealed the importance of the three levels of communication: cognitive, affective and behavioral. Moreover, the results are used to identify well-established interventions and recommend those who have to be improved.

Key words: Communication, nursing interventions, family, intensive care unit, traumatology

Table des matières

Sommaire	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des appendices.....	ix
Dédicace	x
Remerciements.....	xi
Chapitre I : Problématique	1
But de l'étude.....	9
Questions de recherche	9
Chapitre II : Recension des écrits	10
La traumatologie	11
L'expérience vécue par les familles aux SI en traumatologie.....	14
Les recherches quantitatives : besoins des membres de familles aux SI.....	20
Les recherches qualitatives : besoins des membres de familles aux SI	24
La satisfaction du besoin d'information des familles aux SI.....	27
Les interventions facilitant la communication avec les familles aux SI.....	29
Toile de fond théorique.....	36
La théorie du « caring » de Watson	36
Les interventions systémiques familiales de Wright et Leahey.....	39

Chapitre III : Méthode	42
Le devis de l'étude	43
Milieu retenu pour l'étude	46
Description du centre hospitalier	46
Préparation du milieu de l'étude	47
Échantillon	49
Sélection des participants	49
Déroulement général de l'étude	51
Processus de collecte de données	53
Processus d'analyse des données	58
Critères de scientificité pour la recherche qualitative	61
Les aspects éthiques	62
 Chapitre IV : Présentation des résultats	 64
Première partie	65
Le processus de communication	65
Déroulement de l'étude	67
Deuxième partie	71
Présentation des résultats	71
1. Le contexte	73
2. La relation	84
3. Le contenu	92
 Chapitre V : Discussion	 105
Première partie	106
Processus de communication	106
Un contexte favorable à la communication	110
La communication par l'humanisation des soins	115
La transmission de l'information	117
L'adoption d'interventions systémiques	119

Deuxième partie.....	125
Implications et recommandations.....	125
Conclusion.....	133
Références.....	135
Appendice A.....	147

Liste des tableaux

Tableau 1 : Déroulement de l'étude.....	70
Tableau 2 : Identification des interventions infirmières systémiques	72

Liste des figures

Figure 1 : Processus d'analyse de données de Miles & Huberman (2003)	60
Figure 2: Processus de communication globale	66

Liste des appendices

Appendice A : Approbation du Comité d'Éthique et de la Recherche

Appendice B : Formulaire de recrutement des membres des familles

Appendice C : Formulaire d'information et de consentement

Appendice D : Renseignements sociodémographiques des membres des familles

Appendice E : Guide d'entrevue

Appendice F : Matrice de codification

Dédicace

À l'amour de ma vie, mon fils Loïc,
qui a vécu cette expérience avec moi
dans mon ventre jusque dans mes bras.

Remerciements

En tout premier lieu, je désire remercier la personne qui a su me guider tout au long de cette aventure par son professionnalisme, sa rigueur scientifique au niveau des connaissances et de l'enrichissement des pratiques ainsi que sa passion pour la recherche, ma directrice de mémoire, Madame Sylvie Noiseux, professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

En second lieu, je voudrais remercier sincèrement les membres des familles qui par leur amour, apaisent les souffrances de leurs proches. Merci aussi aux infirmières œuvrant à l'unité des SI en traumatologie qui démontrent beaucoup de sensibilité et d'ouverture envers les besoins des familles. Les familles autant que les infirmières sont, pour moi, une source d'inspiration incontournable. Merci d'avoir accepté de partager vos expériences avec moi.

Un merci tout spécial à Madame Mélanie Bérubé, conseillère clinique, qui a cru en mon projet et qui a été d'une aide indéniable par son soutien. Merci aussi à toute l'équipe des SI dont Madame Nathalie Brière, infirmière-chef, Dr Martin Albert et Dr Francis Bernard, membres de l'équipe médicale qui m'ont accueillie à bras ouverts et ont participé activement à la mise en œuvre de cette étude.

Finalement, je voudrais remercier sincèrement mon conjoint, Dominic, pour son soutien, sa patience et surtout son amour. Merci à mon fils Loïc, ma maman Marie-Claude, mon père Gilles, mon frère Maxime, mes grands-parents, Claude et Mado, mes amis et tous ceux qui m'ont toujours encouragée à aller au bout de mes rêves.

Problématique

Chapitre I

De par l'imprévisibilité et le caractère tragique des événements, le contexte unique de la traumatologie représente une expérience éprouvante pour les familles dont un proche est hospitalisé dans une unité de soins intensifs (SI) (Kosco & Warren, 2000). Dans cette situation critique, les familles subissent un haut niveau d'anxiété et, de surcroît, doivent communiquer avec le personnel soignant et prendre des décisions dans le meilleur intérêt pour le patient (Prendergast & Luce, 1997). De fait, l'instabilité de la condition de santé, la sédation, les contraintes physiques ou simplement la ventilation mécanique font en sorte que les patients peuvent difficilement s'exprimer (Happ, 2000). Il importe donc de mettre en pratique des interventions systémiques afin de favoriser une communication adéquate entre l'équipe soignante et les membres de familles afin de mieux les accompagner dans cette expérience singulière (Cameron, Herridge, Tansey, Mc Andrews & Cheung, 2006).

Les unités de SI en traumatologie offrent des services ultraspécialisés généralement réservés aux patients gravement atteints justifiant ainsi leur mission principale qui est le maintien de la vie. Dans ce contexte particulier, l'interventionnisme qui est légitime étant donné l'aspect critique des soins ne peut que teinter les actions de l'équipe soignante (Curtis et al., 2001). Ce constat reflète des soins principalement orientés vers le patient et, de ce fait, les familles sont le plus souvent mises à l'écart. Pourtant, cette expérience éprouvante génère de fortes émotions notamment le déni, la frustration, le désespoir, la culpabilité et la peur (Mendoca & Warren, 1998). Ajouté aux sentiments d'impuissance et d'incertitude, l'environnement des SI à lui seul est particulièrement intimidant. En effet, la technologie des appareils

médicaux, l'inquiétude palpable de l'équipe soignante, l'utilisation d'un langage technique, le manque important d'intimité et la rencontre de divers intervenants représentent, pour les familles, des facteurs de stress intense propres à cette unité de soins (Meyer, Snelling & Myren-Manbeck, 1998).

L'importance de considérer et de comprendre l'épreuve douloureuse vécue par les proches de patients ayant subi un traumatisme majeur à une unité de SI prend tout son sens lorsque l'on s'interroge sur les conséquences psychologiques à court et à long termes mentionnées dans les écrits recensés. En effet, il a été démontré que chez ces personnes, en association avec le niveau d'anxiété subi, des symptômes graves de dépression et même de stress post-traumatique peuvent survenir. Selon certains auteurs, les premières heures de l'hospitalisation sont les plus anxiogènes et il semblerait qu'avec le temps, les signes de stress s'estompent (Martin Rodriguez & Perez San Gregorio, 2005). De plus, la raison d'admission du patient a aussi son influence en ce sens qu'une hospitalisation planifiée aux SI provoquerait moins de stress qu'une hospitalisation inopinée. C'est donc dire que les membres des familles à une unité de SI spécialisée en traumatologie sont plus vulnérables puisque le niveau de stress subi est plus élevé par son caractère imprévisible. L'anxiété ainsi vécue peut affecter leur état psychologique pouvant jusqu'à compromettre leur qualité de vie (Cameron et al., 2006; Douglas & Daly, 2003). De fait, les conséquences rapportées dans les écrits recensés démontrent la présence d'une détresse psychologique chez les membres des familles justifiant ainsi l'urgence d'intervenir auprès de celles-ci pour répondre à leurs besoins spécifiques.

Dans la revue des écrits des 30 dernières années, de nombreux auteurs ont étudié l'expérience des familles dans un contexte de soins intensifs en lien avec leurs besoins. De ces écrits, il ressort quatre catégories qui ont été largement documentées, soit : le soutien, le réconfort, la proximité et l'information (Leske, 1986 ; Molter, 1979). Nonobstant les recommandations énumérées dans plusieurs recherches quant aux besoins des membres des familles aux SI, il en est tout autrement dans la réalité de la pratique clinique. En effet, 40 % des besoins des familles ne seraient pas satisfaits (Wong, 1995). De ce pourcentage, le besoin d'information apparaît être le moins répondu de tous malgré le fait que, paradoxalement, il est considéré comme étant le plus important (Heyland et al., 2002; Mendoca & Warren, 1998; Molter, 1979; Norris & Grove, 1986). Selon Azoulay et al. (2001), cet écart s'expliquerait en partie par une communication inadéquate entre l'équipe soignante et les familles.

Selon Watson (1985), la communication est au centre de la relation thérapeutique entre l'infirmière, le patient et sa famille. Elle est l'assise de toute relation interpersonnelle holistique puisqu'elle implique les dimensions biopsychosociales de la personne tout en considérant l'influence de son environnement (Marc & Picard, 2000). Selon ces auteurs, la communication implique des processus cognitif (p. ex., le besoin d'information), affectif (p. ex., le besoin de soutien) et comportemental (p. ex., le besoin de proximité). Certains auteurs affirment qu'une communication adéquate entre les professionnels de la santé et les familles permet non seulement de mieux répondre à leur besoin d'information, mais aussi de répondre à leurs besoins de soutien et de réconfort (Cameron et al., 2006). À l'inverse, une communication qui est dite déficiente

ne peut que représenter une source élevée de stress chez les familles et particulièrement dans un contexte de crise, tel qu'une hospitalisation aux SI en traumatologie (Azoulay et al., 2001). Du reste, la difficulté ou encore l'incapacité du patient ayant subi un trauma à communiquer par lui-même peut accentuer les sentiments d'impuissance et d'inquiétude que peuvent ressentir les membres de sa famille (Happ, 2000). Ajouté à cette situation hautement stressante, les membres des familles doivent composer avec le fait que le patient ne peut les rassurer qu'il est bien et qu'il ne souffre pas (Happ, 2000). Ainsi, ils n'ont d'autre choix que de se tourner vers les divers professionnels de la santé pour donner et recevoir de l'information (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2003).

Quelques auteurs provenant du domaine des sciences infirmières ont étudié des interventions visant l'amélioration de la communication entre les familles et l'équipe soignante des SI. Certains ont développé des programmes de groupes de soutien hebdomadaires pour les familles, dirigés par des infirmières, leur permettant de partager leurs expériences et leurs émotions (Daley, 1984; Norris & Grove, 1986). Une diminution du niveau de stress et une hausse de la satisfaction des familles ont été notées pour faire suite à la mise en place de ces programmes (Halm & Titler 1990; Sabo et al., 1989). D'autres chercheurs (Dracup & Breu, 1978; Harvey & Lent, 1993; Hodovanic, Reardon, Reese et Hedges, 1984; Jastremski, 1998) ont mené des études dans lesquelles des infirmières étaient présentes dans la salle d'attente de l'unité des SI afin d'accueillir et d'accompagner des familles dans leur expérience. Elles avaient également le rôle de soutenir des membres de familles dans le processus décisionnel (Appleyard et al., 2000). Par ailleurs, des stratégies de communication indirecte, telles

la rédaction de feuillets informatifs sous forme de dépliants ont été développées afin d'expliquer les heures de visites, le rôle des différents intervenants et le contexte de l'unité (Chavez & Faber, 1987; Henneman & Cardin, 1992; Lopez-Fagin, 1995).

Dans le domaine médical, plusieurs études ont porté sur la mise en place de rencontres familiales à l'unité des SI (Heyland et al., 2002; Stapleton, Engelberg, Wenrich, Goss, & Curtis, 2006; Wall, 2007). Ces études démontrent que ces rencontres permettent aux familles de recevoir des informations pertinentes concernant l'hospitalisation du patient dans l'unité des soins SI, de recevoir du soutien et facilitent les prises de décisions concernant le patient (Heyland et al., 2002; Stapleton et al., 2006). En contrepartie, très peu de ces auteurs tiennent compte du rôle de l'infirmière dans ce type d'entretien. De l'avis de Curtis et al. (2001), les infirmières qui entretiennent une relation thérapeutique avec le patient et sa famille, sont une ressource précieuse pour ces derniers en leur offrant, entre autres, du soutien. De plus, elles ont l'habileté de vulgariser les termes médicaux et de mettre en contexte les informations transmises (Curtis et al., 2001).

Outre les interventions ponctuelles (p.ex. dépliants, rencontres familiales), Wright et Leahey (2005) ont développé un guide d'interventions systémiques familiales qui a fait ses preuves dans plusieurs études (Anderson, 2000; Duhamel, Dupuis, Reidy, & Nadon, 2007; Houle, 2008). Wright et Leahey proposent dans leur modèle, une liste d'interventions en lien avec la communication pouvant être utilisées au quotidien, telles les questions circulaires, la mise en valeur des forces individuelles et familiales, la

présentation d'informations ou d'opinions, la normalisation des réactions affectives, l'invitation à faire le récit de l'expérience de la maladie, la promotion de l'entraide au sein de la famille, le soutien des membres de la famille dans leur rôle de soignants, l'encouragement des membres de la famille à s'accorder un répit et, finalement, la proposition de rituels. Ce modèle d'interventions et d'habiletés communicationnelles est bien connu dans le domaine des sciences infirmières et préconise la philosophie des soins centrés sur la famille. Nonobstant la connaissance des bienfaits reliés aux interventions communicationnelles, il semble que dans la pratique courante, il y ait une résistance de la part des infirmières à mettre en application ces interventions (Appleyard et al., 2000).

Considérant le fait que le processus de communication est l'assise de toute relation interpersonnelle holistique, il s'avère tout indiqué d'utiliser une approche humaniste (Watson, 1979). La philosophie du *caring* de Watson, perspective disciplinaire retenue dans la présente étude, correspond à un processus intersubjectif d'humain à humain visant le respect de la dignité de la personne soignée (Cara, 2002). Tel que défini par Watson (1985) : « Le *caring* est une façon humaine d'être ». Cette approche humaniste a d'autant plus d'importance dans un contexte hautement technologique et interventionniste où le *curing* prédomine sur les valeurs fondamentales du *caring* (Curtis & Rubenfeld, 2001). Dans ce même ordre d'idées, la communication est de nature holistique si l'on considère les aspects cognitif, affectif et comportemental qui caractérisent la personne et sa famille ainsi que le contexte dans lequel elle s'inscrit. Ainsi, pour adopter des interventions systémiques et

communicationnelles entre les familles et les infirmières, il importe que le devis reflète la toile de fond théorique choisie.

Pour offrir des interventions qui facilitent la communication, les membres des familles doivent être considérés à titre de partenaires puisqu'ils possèdent un savoir expérientiel quant à leurs besoins. Dans cette perspective, il est essentiel que ceux-ci participent à chacune des étapes de l'intervention tant sur le plan de son élaboration que des activités de rétroaction (Lehoux, Levy & Rodrigue, 1995). Cette vision selon laquelle les proches sont impliqués dans les interventions invite l'investigatrice principale (IP) à considérer une méthode de recherche qui préconise la participation des personnes concernées au processus d'élaboration et la validation des interventions. Ce type de méthode de recherche est préconisé par Lewin (1946) : il s'agit de la recherche participative.

Cette méthode s'inspire d'un paradigme constructiviste qui est tout indiquée pour réaliser cette étude dans le domaine des soins à la famille dont un membre est hospitalisé aux SI en traumatologie. Dans la recherche participative, le chercheur doit s'impliquer tout au long du processus en étant authentique et sensible ainsi qu'en démontrant une ouverture d'esprit et du respect envers autrui (Reason & Bradbury, 2001). Telle que décrite, la recherche participative rejoint tout à fait la philosophie du *caring* élaborée par Watson (1979) par ses valeurs humanistes et holistiques.

But de l'étude

Adopter, selon un processus de coconstruction, des interventions systémiques visant à faciliter la communication entre les infirmières et les familles dans un contexte de soins intensifs spécialisés en traumatologie.

Questions de recherche

- Quelles sont les interventions infirmières systémiques les plus aidantes pouvant faciliter la communication entre les infirmières et les familles dans un contexte de soins intensifs spécialisés en traumatologie ?

- Comment, ces interventions systémiques sont-elles adoptées dans la pratique infirmière à l'unité des SI en traumatologie ?

Recension des écrits

Chapitre II

La recension des écrits est une synthèse des écrits scientifiques les plus pertinents en lien avec le sujet d'étude. Ce chapitre vise à donner une vue d'ensemble des recherches liées aux thèmes suivant : la traumatologie, l'expérience vécue par les familles dont un membre est hospitalisé à l'unité des soins intensifs spécialisés en traumatologie, les besoins des membres des familles à l'unité des soins intensifs et les interventions infirmières facilitant la communication avec les familles. Par la suite, le cadre théorique sur lequel repose la présente étude sera présenté, soit la théorie du *caring* élaborée par Watson depuis 1978 ainsi que les interventions systémiques familiales de Wright et Leahey (2005).

La traumatologie

Par définition, la traumatologie est la spécialité médicale des traumatismes physiques, c'est-à-dire des atteintes à la santé résultant d'une action extérieure violente et soudaine (Friedman et al., 2003). Selon ces mêmes auteurs, un traumatisme physique n'est pas une *maladie*, mais bien une ou plusieurs *blessures* altérant l'état de santé général de l'individu. Il survient chez une clientèle de tous âges et touche le plus souvent le groupe situé entre 18 et 40 ans. Les traumatismes physiques sont habituellement classés selon l'organe atteint et divisés en six catégories : musculo-squelettique, craniocérébral, rachidien, thoracique, abdo-pelvien et lésion de la peau. Ils peuvent être induits directement ou indirectement par une chute, un choc, une décélération, un objet perforant, tranchant ou contondant, etc. Dans ces cas particuliers, ils entraînent soit un ou plusieurs contusion(s), plaie(s), hématome(s), entorse(s), luxation(s) ou fracture(s).

Ces lésions touchent surtout les tissus mous (p. ex., peau, graisse et muscle), le squelette (p. ex., os et articulations) ou les structures nobles (p. ex., artères, veines, nerfs, organes). Les traumatismes par brûlures, pour leur part, peuvent être chimiques (p. ex., acide et base) ou thermiques (p. ex., chaleur intense, froid intense, flamme, électrisation). Il est aussi possible qu'une personne subisse un polytraumatisme qui est une association de plusieurs traumatismes dont au moins un met en jeu le pronostic vital (Lewis et al., 2003). Ce sont d'ailleurs les patients polytraumatisés ou traumatisés majeurs qui occupent le plus souvent les lits des unités de SI spécialisés en traumatologie (Ringdal, Johansson, Lundberg & Bergbom, 2006).

Ce qui rend le contexte de la traumatologie unique est, sans aucun doute, son caractère inopiné ainsi que le fait qu'il touche souvent une clientèle jeune. D'ailleurs, aux États-Unis, les trois plus grandes causes d'hospitalisation en traumatologie sont les chutes, les accidents de la route et les tentatives suicidaires (Richmond, Thompson, Kauder & Strumpf, 2006). En plus d'être imprévisibles, les circonstances des accidents sont souvent tragiques et dramatiques ajouté au fait que les victimes sont en majorité des adolescents et de jeunes adultes (Ringdal et al., 2006). Conséquemment, l'impact du traumatisme va au-delà du niveau individuel puisque la famille, les voisins, la communauté et même la société peuvent être touchés ou même perturbés par les événements (Richmond et al., 2006). Les familles des patients admis dans les unités de SI en traumatologie peuvent même démontrer des signes de détresse psychologique.

Les patients admis dans une unité de SI en traumatologie proviennent soit de l'urgence directement ou ont transité par la salle d'opération avant leur admission. Dans tous les cas, ils reposent dans un état critique, voire même précaire. Un client est généralement admis dans une unité de soins intensifs pour l'une ou plusieurs des trois raisons suivantes : sa condition de santé est physiologiquement instable et requiert un jugement clinique avisé et complexe de la part des médecins et des infirmières; il est exposé à des complications graves et requiert des examens physiques fréquents qui sont souvent invasifs; il a besoin de soins infirmiers intensifs et complexes, tels que le recours à un appareillage de soutien vital et à un équipement de surveillance sophistiqué, comme les dispositifs d'assistance ventriculaire, la ventilation mécanique, la dialyse rénale et la surveillance hémodynamique étroite (Lewis et al., 2003).

Les SI spécialisés en traumatologie sont aussi caractérisés par l'interventionnisme de l'équipe médicale qui est légitimisé par l'état de santé instable des patients. En effet, les besoins du patient en soins médicaux intenses ainsi qu'en surveillance continue (p. ex., *monitoring*) font en sorte qu'un grand nombre de contacts physiques sont liés à des interventions thérapeutiques comparativement à un nombre restreint de contacts empreints d'humanisme (Lewis et al., 2003). Du coup, les familles sont souvent mises à l'écart des soins puisque les interventions sont orientées vers le patient. En outre, la traumatologie est une spécialité médicale qui a ses propres particularités. Au-delà des conséquences sur l'état de santé du patient, l'admission d'une personne dans une unité de SI spécialisés en traumatologie peut avoir des répercussions importantes sur la condition de santé psychologique des membres de sa famille (Paul & Rattray, 2008).

Les écrits scientifiques traitant des soins centrés sur la famille dans un contexte précis de SI en traumatologie sont peu nombreux. D'un point de vue médical, les complications, les traitements et les moyens diagnostics en lien avec une situation de santé secondaire à un trauma ont été largement documentés (Battistella, Torabian et Siadatan, 1997; Chan, Ainscow et Sikorski, 1980; Enderson et al., 1990; Malhotra et al. 2010). De plus, les soins centrés sur la famille dans un contexte plus large de soins critiques incluant l'urgence et les soins intensifs ainsi que toutes les spécialités sont aussi très présents dans la littérature scientifique en sciences infirmières (Auerbach et al., 2005; Browning & Warren, 2006; Davidson, 2009; Happ, 2000; Leske, 1986; Molter, 1979; Paul & Rattray, 2008) . Ce chapitre abordera différents thèmes liés aux soins à la famille dans un contexte de SI en traumatologie, d'un point de vue critique afin de justifier la pertinence de la présente étude.

L'expérience vécue par les familles dont un proche est hospitalisé dans une unité de SI en traumatologie

L'admission d'un patient dans une unité de SI spécialisés en traumatologie est à elle seule une expérience éprouvante pour les membres de sa famille. Dès l'annonce à la famille de l'admission du patient à l'urgence, celle-ci entre dans une situation de crise générée par un haut niveau de stress (Jamerson et al., 1996; Paul & Rattray, 2008). Afin de bien intervenir auprès des membres de familles et de répondre à leurs besoins spécifiques, plusieurs auteurs ont d'abord étudié l'expérience vécue par des membres de familles dans un tel contexte.

En 1996, Jamerson et al. ont mené aux États-Unis une étude qualitative descriptive auprès de 20 membres de familles dont un proche a été hospitalisé dans une unité de SI en traumatologie-chirurgie. Cette étude est souvent citée dans d'autres études portant sur le même sujet et corroborent avec les résultats obtenus (Eggenberger & Nelms, 2005; Paul & Rattray, 2008; Verhaeghe et al., 2005). Par contre, les résultats ne démontrent pas de différences au niveau de l'expérience vécue entre les membres des familles des patients de traumatologie (n=5) et de chirurgie planifiée ou non (n=15). Nous savons pourtant que les caractères inopinés et tragiques liés au trauma rendent cette situation de santé unique pour le patient et sa famille.

La méthodologie utilisée par Jamerson et al. (1996), soit les groupes de discussion ou « focus groups » ajoutés à des entrevues individuelles, était toute indiquée afin de décrire en profondeur le phénomène complexe de l'expérience vécue par des membres de familles aux SI. De plus, le nombre de participants à l'étude est considérable étant donné le choix d'un devis qualitatif. En effet, 20 membres de familles ont été interrogés ce qui a permis d'atteindre une saturation des données empiriques (Jamerson et al., 1996). Suite à l'analyse des données inspirée du modèle de Huberman et Miles (2001), l'expérience des familles se divise en quatre étapes : sentiment initial de confusion, d'inconnu et de peur; processus actif de recherche d'information au sujet du patient; observation, analyse et évaluation des soins au patient; utilisation des ressources (Jamerson et al. 1996).

Pour leur part, Meyers et al. (1998) dans leur étude phénoménologique ont permis de compléter les résultats de Jamerson et al. (1996) en décrivant de façon plus détaillée les sentiments vécus par les membres des familles dans une unité de SI. Selon Meyers et al. (1996), ajouté aux sentiments d'impuissance et d'incertitude créés par l'instabilité de la condition de santé du malade, l'environnement à lui seul des soins intensifs est particulièrement intimidant. La technologie des appareils médicaux, l'inquiétude palpable de l'équipe soignante, l'utilisation d'un langage technique, le manque important d'intimité et la rencontre de plusieurs intervenants différents représentent pour les familles, des facteurs de stress intenses et propres à cette unité (Meyers et al., 1998). Cette expérience génère donc de fortes émotions chez celles-ci, dont le déni, la frustration, le désespoir, la culpabilité et la peur (Mendoca & Warren, 1998 ; Meyers et al., 1998; Cypress, 2010). Malgré le fait que cette étude ait été menée dans une unité de SI pédiatriques, selon Meyers et al. (1998), les aspects critiques et hautement stressants de ce type d'unité se comparent aux unités de SI adultes. Cette étude menée par Meyers et al. (1998) dans une unité de soins intensifs pédiatriques a permis de mettre en contexte l'expérience vécue par les parents et de souligner l'importance de prendre conscience des caractéristiques de l'environnement dans lesquels les soins sont prodigués en lien avec les émotions vécues par les familles.

De plus, selon Bourne et Oliver (1998), suite à un traumatisme, les membres des familles doivent faire une rupture avec le passé du patient et amorcer aussitôt un processus de deuil de la « personne normale ». Ceci s'expliquerait par le fait que les blessures laissent souvent des séquelles permanentes et apparentes, qu'elles soient

d'ordre physique (p. ex., amputation d'un membre) ou mental (p. ex., amnésie suite à un traumatisme craniocérébral). Toujours selon Bourne et Olivier, les proches du patient, en plus d'être ébranlés par la peur de l'inconnu concernant le pronostic du patient, peuvent être eux-mêmes traumatisés par l'image corporelle impressionnante de l'être cher dont la condition de santé est critique. Les premières heures de l'hospitalisation sont d'ailleurs empreintes d'anxiété pour les familles de ce type de clientèle puisque l'équipe médicale n'est souvent pas en mesure de confirmer qu'elles seront les atteintes physiques et mentales résiduelles chez le patient. Les sentiments d'impuissance et d'inquiétude accentuent le niveau de stress des proches, atteignant ainsi son paroxysme.

Cypress (2010) a mené une étude phénoménologique afin de comprendre l'expérience vécue par les patients, les familles ainsi que les infirmières dans une unité de SI. Chacun des participants (n=15) ont été interrogé à deux reprises afin de valider lors de la deuxième rencontre, les données recueillies à la première. Cette façon de procéder a permis d'assurer la crédibilité de l'étude, ce qui représente un critère de scientificité essentiel. Par contre, les résultats n'offrent pas un portrait de l'expérience vécue par les personnes concernées mais démontrent et identifient leurs besoins exprimés ce qui, selon l'IP, ne correspond pas à l'objectif de la recherche. Par exemple, l'auteur présente ses résultats selon quatre grands thèmes : le système familial (p.ex. impliquer les familles dans les soins); le confort et les soins physiques (p.ex. encourager les familles à toucher le patient); les soins physiologiques (p.ex. prendre les signes vitaux); soutien psychosocial (p.ex. offrir du soutien par l'encouragement). En outre, la

recherche a permis de démontrer l'importance de la communication entre le patient, sa famille et les infirmières pour répondre aux besoins de chacun.

Par la suite, des chercheurs ont étudié plus en profondeur le phénomène de la communication en lien avec l'expérience vécue par les membres des familles aux soins intensifs. Les résultats démontrent que la sédation, l'administration d'agents bloqueurs neuromusculaires, la ventilation mécanique, l'état de santé instable ou les contraintes physiques font en sorte que les patients hospitalisés à une unité de SI spécialisés en traumatologie ne peuvent, pour la très grande majorité, s'exprimer par eux-mêmes (Happ, 2000 ; Rodriguez et al. 2010). Cette incapacité du patient à communiquer peut être une source d'angoisse supplémentaire pour ses proches (Rodriguez et al.2010). Ajouté à cette situation hautement stressante, les membres des familles doivent composer avec le fait que le patient ne peut les rassurer qu'il est dans une position confortable ou qu'il ne souffre pas (Happ, 2000). Par conséquent, ceux-ci doivent se référer aux professionnels de la santé pour avoir de l'information et être rassurés (Lewis et al., 2003, Cypress, 2010). De plus, étant donné que le patient ne peut généralement pas communiquer et prendre des décisions pour lui-même, les familles se voient attribuer un rôle de porte-parole pour leur proche et, de ce fait, deviennent impliquées dans des processus décisionnels de haute importance (Rodriguez et al. 2010). Certaines décisions peuvent d'ailleurs amener à une issue fatale pour la personne hospitalisée. Ce rôle de substitut est souvent lourd à porter et génère, chez certaines personnes, une détresse psychologique importante (Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste & Grypdonck 2005, Rodriguez et al. 2010).

Les études recensées explorant ou décrivant l'expérience vécue par les membres des familles dont un proche est hospitalisé dans une unité de SI nous permettent de bien comprendre la situation de crise dans laquelle elles sont plongées. La majorité de ces études ont employé un devis qualitatif afin de mieux comprendre la profondeur du phénomène à l'étude (Cypress, 2010; Eggenberger & Nelms, 2007; Jamerson et al., 1996; Meyers et al., 1998). Le nombre de participants de ces mêmes études se situent entre 11 et 20 personnes, ce qui a permis dans tous les cas d'atteindre une saturation des données empiriques. Par contre, aucune d'entre elles n'a étudié le contexte particulier des SI en traumatologie et aucune n'ont été menée au Canada. D'un autre côté, les études européennes autant qu'américaines en viennent aux mêmes conclusions : les familles vivent une situation hautement stressante qui peut mener jusqu'à la détresse psychologique. Finalement, ils démontrent que l'infirmière qui communique adéquatement et qui comprend l'expérience vécue par les membres de familles dans un tel contexte a la capacité d'intervenir plus adéquatement pour répondre à leurs besoins spécifiques.

Les recherches quantitatives portant sur les besoins des membres de familles dont un proche est hospitalisé à une unité de SI

La notion de « besoins des familles aux soins intensifs » est, selon plusieurs, née des études de Molter dans les années 1970 tandis que celle-ci tentait, par une recension des écrits, de déterminer les effets d'un état de santé critique sur les proches du patient. Du même coup, ses intérêts ont suscité un élargissement du rôle de l'infirmière en démontrant l'importance de répondre aux besoins des familles en plus de ceux des patients (Molter, 1979). À cette époque, ses recherches étaient novatrices pour les équipes de soins puisqu'elles prônaient une pratique infirmière centrée sur la famille alors que, dans la pratique clinique, les besoins des proches n'étaient que rarement considérés ou identifiés. En voyant le potentiel considérable de ses découvertes, Molter a formellement évalué les besoins des membres des familles dans un contexte de SI et a développé un instrument de 45 items. Celui-ci avait pour but de déterminer l'ordre d'importance des besoins des familles. Pour ce faire, elle a conçu un questionnaire construit à partir d'une liste de 45 besoins ressortis des écrits scientifiques ainsi que d'une enquête faite auprès de 23 infirmières au sujet des besoins des familles observés durant leur pratique. Afin de remplir ce questionnaire, les membres des familles devaient évaluer l'importance de chacun des besoins selon une échelle de Likert allant de 1 à 4 (1 = non important et 4 = très important). Molter (1979) a ensuite utilisé cet instrument lors d'une étude menée auprès de 40 membres de familles dont un proche était hospitalisé à une unité de SI et a démontré que le besoin d'information était considéré, par ceux-ci, comme étant le plus important. Les résultats obtenus dans

d'autres recherches corroborent l'importance pour les familles de ce besoin d'information (Daley, 1984; Leske, 1986; Norris & Grove, 1986). Du reste, au fil des années nous pouvons remarquer une constance quant à ce besoins dans les résultats d'autres recherches menées avec cet instrument (Auerbach et al., 2005 ; Browning & Warren, 2006 ; Lee & Lau, 2003). Bien que les résultats des recherches de Molter décrivent bien les besoins des membres des familles dans un contexte de SI, celle-ci n'a pas fait de distinctions entre les différentes spécialités que nous pouvons y trouver, par exemple la traumatologie.

En 1986, Norris et Grove ont modifié l'instrument de Molter en réduisant le nombre d'items à 30. Au total, cinq infirmières travaillant dans une unité de SI générale ainsi que cinq membres de familles de patients hospitalisés dans cette même unité ont été interrogés quant à l'ordre d'importance des 45 items de l'outil de Molter (1979). Le résultat médian de chacun des besoins a été calculé. L'instrument a ainsi été réduit au nombre de 30 items en retirant 15 items. Norris et Grove (1986) ont par la suite utilisé le nouvel outil pour investiguer les besoins psychosociaux de 20 membres de familles dont un proche avait été hospitalisé dans une unité de SI. Les résultats révèlent une fois de plus que le besoin d'information était le plus important. Ce nouvel instrument de 30 items a ensuite été utilisé dans plusieurs autres recherches, qui d'ailleurs en sont venu à des résultats similaires (Forrester, Murphy, Price & Monagham, 1990; Gelling & Prevost, 1999). Encore une fois, aucune de ces recherches n'a été menée dans une unité de SI spécialisés en traumatologie.

En 1986, Leske a aussi modifié l'instrument de Molter mais cette fois-ci, en y ajoutant un item permettant aux personnes interrogées d'identifier tout besoin ne faisant pas partie de la liste originale. Cette nouvelle version fut nommée : *The Critical Care Family Need Inventory (CCFNI)*. La validité et la consistance interne de l'instrument ont été examinées par des études subséquentes menées par cette même chercheuse en 1991, et établies en utilisant des analyses factorielles. Le fait d'ajouter une section laissant place à la libre expression des participants a permis d'ajouter une profondeur et une richesse aux résultats obtenus en les rapprochant de la réalité vécue par les membres des familles aux SI. Au total, cinq catégories de besoins ont été déterminées, soit : le soutien, le confort de l'environnement, l'information, la proximité et le réconfort. La consistance interne des cinq catégories a été démontrée par des mesures statistiques d'alpha de Cronbach entre 0.61 et 0.88. Il est aussi important de mentionner que le résultat d'alpha de Cronbach total du CCFNI était de 0.92 (Auerbach et al., 2005; Bijttebier et al., 2000; Leske, 1991; Neabel, Fothergill-Bourbonnais & Dunning, 2000).

Les études de Kleinpell et Powers (1992), Wong (1995) ainsi que Mendonca et Warren (1998), utilisant aussi le CCFNI, ont conclu que les besoins suivants étaient les plus importants pour les membres des familles à l'unité des SI, soit : (a) connaître le pronostic du patient, (b) recevoir des réponses honnêtes aux questions posées, (c) être appelé si la condition du patient change et (d) connaître les faits concernant l'évolution de la condition de santé du patient. Comme dans les études citées précédemment, ces besoins sont tous liés à l'information. Par ailleurs, lors de la revue de littérature

effectuée par Verhaeghe et al. (2005) portant sur les besoins de familles de patients adultes hospitalisés dans une unité de SI, ceux-ci ont classé les besoins du CCFNI en quatre catégories différentes. Ces catégories concernent les besoins cognitifs (p. ex., l'information), les besoins émotionnels (p. ex., le réconfort et l'espoir), les besoins sociaux (p. ex., la proximité) et les besoins pratiques (p.ex., le confort).

En outre, Kinrade, Jackson et Tomnay (2010) ont mis effectué une recherche descriptive leur permettant d'explorer les besoins des membres des familles dont un proche est hospitalisé de façon non planifiée à une unité de SI australienne et de comparer les perceptions des membres des familles ainsi que des infirmières à ce sujet. Malgré le fait que l'étendue de l'échantillonnage est beaucoup moindre que les études comparables (Daley, 1984; Molter, 1979; Leske, 1986; Bailey & Coutu-Wakulczyk, 1991; Bijttebier et al., 2000; Eggenberger & Nelms, 2007; Davidson, 2009), cette recherche quantitative menée à l'aide du CCFNI a permis de démontrer qu'il existait très peu de différence entre les perceptions des infirmières et des membres des familles concernant les besoins de ces derniers. De plus, les auteurs mettent l'accent sur l'importance de répondre adéquatement au besoin d'information en favorisant une communication adéquate entre les membres des familles et le personnel soignant. Par contre, les membres des familles qui ont participé à l'étude devaient avoir un proche hospitalisé de manière imprévue à une unité de SI, ce qui se rapproche du contexte de la traumatologie. Malgré cet aspect spécifique, les résultats obtenus corroborent avec d'autres études faites aux SI généraux. Cette étude démontre ainsi que l'utilisation du CCFNI en tant qu'outil de recherche demeure pertinente encore à ce jour.

Des écrits recensés, les études quantitatives permettant d'identifier les besoins des membres des familles dans un contexte de SI généraux ont permis de développer un instrument de recherche valide et utile encore à ce jour, le CCFNI. Par contre, les résultats sont généraux et ne tiennent pas compte des différents contextes associés aux spécialités médicales, telle que la traumatologie, à l'exception de l'étude de Kinrade et al. (2010) qui ont choisi spécifiquement des membres de familles dont un proche avait été hospitalisé de manière imprévue aux SI. De plus, une seule étude canadienne a été répertoriée, soit celle de Bailey & Coutu-Wakulczyk (1991) et corrobore aux résultats des études américaines et australiennes. Finalement, selon Walters (1991), les recherches quantitatives sur les besoins des familles aux soins intensifs ne tiennent pas compte du caractère unique de chaque expérience individuelle vécue dans cette situation de crise. C'est pourquoi les études à devis qualitatif viennent compléter les études à devis quantitatif.

Les recherches qualitatives portant sur les besoins des membres de familles dont un proche est hospitalisé à une unité de SI

Peu d'études qualitatives, dans les écrits recensés, ont identifié et décrit les besoins des familles dans un contexte de SI. L'étude qualitative menée par Jamerson et al. (1996) décrite plus haut a permis d'identifier les besoins des membres des familles aux SI. Les résultats montrent quatre phases vécues par les proches qui sont reliées à différents besoins, soit : l'attente, la recherche de l'information, l'acquisition des ressources et l'utilisation des ressources. La première phase, l'attente, est caractérisée

par l'incertitude, le stress et la confusion, ressentis par les membres des familles, soit avant d'entrer sur l'unité des SI, avant de parler à un médecin ou avant de recevoir de l'information au sujet du diagnostic et du pronostic. Dans la deuxième phase, la recherche de l'information devient une priorité. Les membres sont plus actifs et posent beaucoup de questions aux professionnels de la santé. Si les réponses à leurs interrogations sont adéquates, ils passeront à la phase suivante, mais dans le cas inverse, ils stagneront dans la phase de recherche de l'information. La troisième phase, l'acquisition d'information, se traduit par l'observation, l'analyse et l'évaluation en regard des soins prodigués au patient. Au cours de cette phase, les proches utilisent les diverses ressources pour répondre à leurs besoins ainsi qu'à ceux du patient. Finalement, la quatrième phase correspond à l'utilisation des ressources. À ce moment précis, les membres des familles vont chercher à répondre à leurs besoins ainsi que ceux du patient grâce à un certain soutien social, spirituel ou professionnel. Cette recherche a permis de déterminer les besoins cognitifs (p.ex. connaissance du diagnostic), relationnels (p.ex. soutien social), environnementaux (p.ex. confort des lieux) et comportementaux (p.ex. proximité avec le patient). Ces résultats corroborent avec les études à devis quantitatifs décrites ci-haut.

De l'avis de Walters (1995), chaque individu a son propre parcours et vit chacune des phases de façon singulière. Il importe donc pour les professionnels de la santé de pouvoir identifier dans quelle de phase se situe la personne afin de répondre adéquatement à ses besoins. Pour leur part, Fullbrook, Buckley, Mills et Smith (1999) ont démontré qu'il était primordial pour les membres des familles d'être à proximité du

patient durant les premières heures de son hospitalisation à l'unité des SI. Selon ces auteurs, il s'avère essentiel pour les proches de surveiller le patient et d'être présent advenant un événement impromptu (p. ex., décompensation de l'état de santé du patient). De plus, il est important pour eux d'interagir avec le patient par le toucher, la parole ou simplement par leur présence. Fullbrook et al. mettent également l'accent sur le besoin d'information faute de quoi l'anxiété peut augmenter le risque de détresse psychologique. Ils ajoutent aussi que l'information transmise doit être honnête même si cela entre en conflit avec leur besoin d'espoir.

D'autres études qualitatives ont permis de compléter la description des besoins des membres des familles aux SI et du même coup, de mieux comprendre l'expérience vécue (Bergbom et al., 1999; Burr, 1998; Fullbrook et al., 1999; Plowfield, 1999). D'ailleurs, Burr (1998) a démontré que deux besoins ne paraissaient pas dans le CCFNI : le besoin de protéger le patient et le besoin de rassurer et de soutenir le patient. Ces résultats corroborent aussi avec ceux de Fullbrook et al. (1999). C'est donc dire que le choix d'un devis qualitatif était tout indiqué puisqu'il a contribué à enrichir les résultats obtenus grâce aux différentes recherches utilisant le CCFNI.

En somme, les conclusions de la très grande majorité des études recensées révèlent que le besoin d'information est primordial pour les membres des familles à l'unité des SI. Encore une fois, les besoins identifiés correspondent au contexte de SI généraux et aucune recherche qualitative menée dans une unité de SI en traumatologie n'a été recensée.

La satisfaction du besoin d'information des familles aux SI

Le rôle de satisfaire le besoin d'information, considéré comme *un* sinon *le* besoin le plus important pour les familles des SI est, dans la majorité des écrits recensés, partagé entre les infirmières et les médecins. Plus précisément, le médecin a le rôle d'offrir des explications détaillées à propos de la condition de santé du patient, des traitements envisagés et du pronostic, et ce, au moins une fois par jour (Molter, 1979). Pour leur part, les infirmières doivent fournir des informations concernant le contexte de l'unité des SI, les divers soins prodigués au patient, les raisons des différents traitements, la fonction des équipements, les rôles des intervenants et des membres de la famille au chevet du patient et, finalement, des informations en lien avec le transfert du patient de l'unité des SI à une autre, le cas échéant. Malgré le fait que les membres de l'équipe soignante connaissent l'importance du besoin d'information, on observe que peu de temps après l'admission du patient, ce besoin est de moins en moins répondu (Heyland et al., 2002; Mendoca & Warren, 1998; Molter, 1979; Norris, & Grove, 1986). Ceci s'expliquerait par le fait que les infirmières, autant que les médecins, ne reconnaissent pas toujours suffisamment les besoins cognitifs des familles (Verhaeghe et al., 2005). De plus, les infirmières croient que de donner des informations est davantage le rôle du médecin, expliquant le fait que ce besoin soit de moins en moins répondu avec le temps. Au contraire, les proches considèrent que l'information devrait provenir majoritairement de l'infirmière et sporadiquement des médecins (Norris & Grove, 1986).

Les besoins non satisfaits sont souvent liés à un manque d'explication du personnel soignant concernant l'environnement des SI, les équipements médicaux, la raison de certaines interventions et l'état de santé du patient (Auerbach et al., 2005; Browning & Warren, 2006). De plus, les besoins non répondus peuvent être reliés à la difficulté des membres des familles à discuter de leurs émotions négatives, telles que la colère, la culpabilité ou la peur de la mort (Browning & Warren, 2006 ; Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2006). En outre, les familles sont habituellement satisfaites si les soins généraux prodigués ainsi que le processus décisionnel utilisé répondent à leur besoin d'information (Heyland et al., 2002). Ainsi, la satisfaction des membres de familles réside en grande partie dans la communication adéquate avec l'équipe de soins (Auerbach et al., 2005).

Selon Bailey et al. (2009), le soutien des membres des familles aux SI par la transmission d'information a le potentiel de diminuer leur détresse psychologique, favoriser l'utilisation de stratégies de « coping » efficaces et augmenter le soutien au patient. Cette étude pilote à devis quantitatif menée dans une unité de SI de la région de Montréal auprès de 22 participants avait comme objectif de comprendre la perception des membres des familles en lien avec le besoin d'information, le niveau d'anxiété vécu ainsi que le niveau de satisfaction en lien avec les soins. Les résultats obtenus ne démontrent pas de relations significatives entre la réponse au besoin d'information, le niveau d'anxiété des familles et le niveau de satisfaction envers les soins prodigués contrairement à d'autres études sur le même sujet (Burr, 1998; Chien et

al., 2006; Jamerson et al., 1996). Ceci, selon Bailey et al. (2009) pourrait s'expliquer, en partie, par le nombre restreint de participants (n=22). L'apport certain de cette étude est qu'elle amorce la documentation concernant la satisfaction des familles en lien avec le besoin d'information et reflète la réalité des unités de SI québécoises.

En somme, considérant le fait que le besoin d'information semble véritablement le plus important pour les familles, on observe de façon paradoxale qu'il est le moins satisfait de tous ceux énumérés dans les écrits recensés. Force est de constater que ce constat soulève un questionnement relatif à la qualité de la communication entre les professionnels de la santé et les membres des familles à l'unité des SI. D'ailleurs, selon Azoulay et al. (2001), la principale cause d'insatisfaction chez les familles dont un proche est hospitalisé à l'unité des SI est la communication inadéquate avec l'équipe soignante.

Les interventions facilitant la communication avec les familles aux SI

Le processus de communication est beaucoup plus large que la seule transmission d'informations malgré le fait que celle-ci en fait partie intégrante. Dans la pratique infirmière, la communication fait appel à une gamme d'interventions autant de natures cognitive, affective que comportementale (Lipiansky & Picard, 2000). De plus, le contexte spécifique de la traumatologie fait en sorte que le patient peut, la plupart du temps, difficilement s'exprimer avec les personnes de son environnement. Ajouté au stress vécu, les membres des familles deviennent la voix du patient, ce qui implique

aussi un rôle dans les décisions le concernant. De ce fait, certains chercheurs et auteurs ont développé des interventions pouvant faciliter la communication entre les membres de familles et l'équipe soignante dans les unités de SI.

Quelques chercheurs provenant du domaine des sciences infirmières ont proposé des interventions afin de faciliter la communication entre les membres des familles et l'équipe de soins. Tout d'abord, Daley (1984) ainsi que Norris et Grove (1986) ont recommandé la mise en place de groupes de soutien auprès des familles lors de recherches descriptives à devis qualitatif au sujet des besoins des membres des familles aux SI. Ces groupes de soutien hebdomadaires, dirigés par des infirmières, permettent à différents membres de familles de partager leur expérience quant au séjour de leur proche à l'unité des SI. Sabo et al. (1989) ainsi que Halm et Titler (1990) ont expérimenté cette intervention et ont démontré que ces groupes de soutien réduisaient le niveau d'anxiété des membres des familles, favorisaient l'expression de leurs émotions et permettaient la transmission de l'information entre les familles et l'équipe soignante. Du même coup, les membres des familles se sentaient mieux encadrés dans cette épreuve et avaient une plus grande satisfaction des soins généraux prodigués.

Sabo et al. (1989) ont mené une recherche comparative à devis quantitatif auprès de 65 membres de familles dans une unité de SI généraux. Les résultats ne permettent pas de démontrer que l'implantation de groupes de soutien animés par des infirmières est la solution idéale pour répondre aux besoins des familles. Ceci s'expliquerait probablement par le fait que les membres des familles ont peur des stigmas entourant

les groupes de thérapie mais surtout que leurs besoins immédiats constituent, entres autres, à favoriser une proximité avec le proche, ce que les groupes de soutien ne permettent pas (Lee & Lau, 2003). Ce type de recherche permet d'étudier une seule intervention favorisant la communication et tente de répondre au besoin spécifique d'information (contenu du processus de communication) sans tenir compte du processus de communication globale (p.ex. contenu, relation et contexte).

D'autres chercheurs ont, pour leur part, développé des interventions de communication indirecte sous forme de feuillets d'information traitant des politiques de l'hôpital, des services offerts à l'unité des soins intensifs, du rôle des intervenants et de la disponibilité des prêtres pour la visite des patients (Chavez & Faber 1987; Henneman & Cardin, 1992; Lopez-Fagin, 1995; McGaughey & Harrison, 1994). Ce genre de dépliants est utilisé dans plusieurs types d'unités de soins. Les feuillets informatifs ont l'avantage d'offrir des renseignements de base aux familles (contenu du processus de communication), ils doivent être utilisés comme outil sans être pris pour acquis. En effet, chaque famille a ses propres besoins au niveau de l'information et il ne faut pas négliger la communication directe pour autant (Molter, 1979). La revue de littérature de McGaughey et Harrison (1994) est très complète et a permis de faire ressortir tous les éléments essentiels pouvant faire partie des dépliants dans le but de répondre au besoin d'information des familles. Plusieurs types de dépliants ont été testés (n=50). Les auteurs soulignent l'importance de distribuer un questionnaire avant la production du dépliant afin de répondre adéquatement au besoin d'information d'un milieu spécifique. Mais encore une fois, la distribution d'un dépliant ne permet que

d'intervenir au niveau du contenu du processus de communication sans tenir compte de la relation établie ainsi que du contexte qui l'entoure.

De plus, Dracup et Breu (1978), Hodovanic et al. (1984), Jastremski (1984, 1998) ainsi que Harvey et Lent (1993) ont mené des études sur l'implantation d'un programme impliquant des infirmières qui doivent être présentes dans la salle d'attente de l'unité de SI afin d'accueillir et d'accompagner les familles. Les infirmières ont aussi le rôle de soutenir les membres des familles dans leurs processus décisionnels, de leur offrir les renseignements nécessaires ainsi que d'encourager leurs choix de stratégies d'adaptation efficaces (Appleyard et al., 2000). Par contre, ce programme n'a pu être mis sur pied à long terme puisque les infirmières n'étaient pas rémunérées pour les heures passées dans la salle d'attente avec les familles. Déjà surchargées par leurs fonctions, elles n'ont pas accepté de continuer à travailler dans ce programme malgré qu'il réponde au besoin de soutien et d'information des familles (Harvey & Lent, 1993). Ce type d'intervention permet de favoriser le processus de communication globale mais ne peut être réalisé dans les conditions actuelles des unités de SI.

Medland et al. (1998) ont mené une étude américaine quasi-expérimentale utilisant deux groupes « prétest-posttest » dont les participants étaient des membres de familles à une unité de SI. Le groupe de contrôle « prétest » (n=15) recevait les soins habituels tandis que le second groupe « posttest » (n=15) recevait des soins selon un programme structuré favorisant la communication. Ce programme consistait en ce qui suit : (a) discussion avec une infirmière dans le premier 24 heures après l'admission du

patient au sujet de l'état de santé du patient, le rôle des différents intervenants et la routine de l'unité, (2) distribution d'un dépliant informatif lors de la discussion et (3) appel téléphonique quotidien de l'infirmière au membre de la famille pour donner de l'information concernant le patient. Les résultats démontrent une diminution du niveau d'anxiété des familles ainsi qu'une hausse de la satisfaction en lien avec la réponse au besoin d'information. Par contre, cette étude a été menée dans une unité de SI générale et non spécifique à la spécialité de traumatologie. De plus, malgré que les objectifs de l'étude aient été atteints, dans la réalité de la pratique (p.ex. surcharge de travail, précarité de l'état de santé du patient, pénurie d'infirmières) fait en sorte que le temps consacré à l'explication du dépliant ainsi qu'à l'appel téléphonique quotidien peut être une intervention difficile à réaliser.

Par ailleurs, la plupart des études recensées ont été effectuées dans les années 80-90, début des années 2000. De ce fait, il s'avère pertinent de revoir ces interventions si l'on considère l'évolution des technologies et des actes médicaux. De plus, ces recherches ont étudié les effets d'une intervention en particulier et non d'un groupe d'interventions considérant le fait que par sa complexité, l'atteinte d'une communication adéquate ne peut résulter que d'une seule action (Happ, 2000). De plus, aucune d'entre elles n'a étudié les interventions infirmières facilitant la communication avec les familles dans un contexte de SI en traumatologie. Finalement, les auteurs avaient comme objectif de répondre au besoin d'information et de soutien des familles mais aucune des recherches recensées visaient à favoriser le processus de communication globale en considérant le contenu, la relation et le contexte.

La tendance actuelle de recherches dans le domaine médical, concernant l'amélioration de la communication entre les membres des familles et l'équipe soignante à l'unité des SI, a trait à la mise en place de rencontres familiales. Cette pratique a d'ailleurs fait partie des recommandations de l'« *American College of Critical Medicine* » en 2005. Selon plusieurs auteurs, ces entretiens permettent la transmission de l'information, le soutien et facilitent la prise de décisions concernant le patient (Heyland et al., 2002; Stapleton et al., 2006). Puisque ces rencontres ont, dans la plupart des cas, une orientation strictement médicale, les infirmières n'y participent que très rarement (Heyland et al., 2002). Pourtant, Curtis et al. (2001), dans leur étude à devis quantitatif, soulignent l'importance d'impliquer les infirmières lors de ces rencontres familiales. Selon ces chercheurs, les infirmières sont une référence pour le patient et sa famille, offrent du soutien et ont la capacité de vulgariser les termes ainsi que de mettre en contexte les informations transmises. Des écrits recensés, aucune étude n'a été faite dans le domaine des sciences infirmières. De plus, pour Wall (2007), ces rencontres familiales sont envisageables pour initier n'importe quel processus décisionnel à l'unité des SI. Toutefois, malgré que cette intervention soit très prometteuse, il serait utopique de croire que l'amélioration du processus de communication au quotidien ne s'arrête qu'à la seule mise en place de rencontres familiales.

En résumé, la recension des écrits a permis de faire un portrait scientifique des études menées au sujet des soins à la famille dans un contexte de SI. Il a été démontré dans la littérature que le contexte de la traumatologie est unique de par l'imprévisibilité et la caractéristique tragique des événements qui lui sont associés. Il est ainsi susceptible d'augmenter le niveau de stress des membres des familles déjà élevé. L'expérience vécue par les membres des familles aux SI a été largement décrite. Malgré le fait que les études n'ont pas considéré le contexte unique de la traumatologie, leurs résultats peuvent être généralisés puisqu'ils corroborent peu importe le milieu.

De plus, des interventions ponctuelles facilitant la communication entre les infirmières et les familles aux SI ont été expérimentées, tels les dépliants informatifs, les groupes de soutien, les programmes de communications structurés, etc. Ces interventions permettent de répondre surtout au besoin d'information et de soutien. Par contre, il importe d'identifier des interventions infirmières quotidiennes facilitant la communication avec les familles, et ce, adaptées à la spécialité de traumatologie tout en tenant compte du processus de communication globale (p.ex. contenu, relation et contexte).

La communication est un processus complexe qui va au-delà de la transmission d'information. L'expérience vécue, les besoins et les interventions sont bien connus dans la littérature scientifique. Il est ainsi de mise d'adopter un changement de pratique visant à faciliter la communication avec les familles aux SI en traumatologie. La recension des écrits a aussi démontré que les devis de type qualitatif permettent

d'étudier en profondeur le phénomène à l'étude. De ce fait, étant donné la complexité du processus de communication et afin d'adapter les interventions à implanter au contexte de traumatologie, la recherche participative à devis qualitatif est tout indiqué.

Toile de fond théorique

La théorie du « caring » de Watson

La théorie du *caring* de Watson a été publiée pour la première fois en 1978. Le *caring* est le concept central, un idéal moral et l'essence même des soins infirmiers. Il nécessite un engagement du corps, de l'esprit et de l'âme auprès d'une autre personne à un moment spécifique. Le *caring* correspond à un processus intersubjectif d'humain à humain visant le respect de la dignité de la personne soignée (Cara, 2002). Le *caring* est alors une ontologie, une façon humaine d'être (Watson, 1985).

L'hypothèse centrale de la théorie du *caring* de Watson est que la personne peut être en dysharmonie avec son environnement. Dans cette perspective de la discipline infirmière, le but des soins est d'assister la personne afin de promouvoir l'harmonie et de pouvoir l'accompagner dans son expérience de santé (Watson, 1979). Les interventions infirmières portent sur le respect de la personne, la préservation de l'humanité, la relation transpersonnelle de *caring* et l'idéal moral. Afin de guider l'infirmière dans sa pratique, Watson (1985, 1988) suggère dix facteurs caratifs comme outils d'intervention. Le terme caratif a été élaboré à partir de l'expression anglaise *care* qui signifie selon la traduction, prendre soin. Ces facteurs constituent un guide que

peut utiliser l'infirmière dans sa pratique clinique. En effet, ces facteurs caratifs visent, entre autres, une démarche qui favorise soit le rétablissement de la santé, soit une mort paisible. Ces facteurs se fondent sur la philosophie humaniste qui est l'essence de l'approche soignante et sont énumérés ci-dessous :

1. La formation d'un système de valeur humaniste et altruiste.
2. L'inspiration de sentiments de croyance et d'espoir.
3. La prise de conscience de soi et des autres.
4. Le développement d'une relation d'aide et de confiance.
5. La promotion et l'acceptation de l'expression des sentiments positifs et négatifs.
6. L'utilisation systématique et créative de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus du *caring*.
7. Le fait de favoriser le développement intrapersonnel et interpersonnel par l'apprentissage et l'enseignement transpersonnel.
8. La promotion d'un milieu de soutien, de protection et de modification de l'état mental, physique, socioculturel et spirituel.
9. L'aide à apporter en vue de faciliter la gratification des besoins de l'humain.
10. La reconnaissance des forces existentielles phénoménologiques et spirituelles (Watson, 1985)

Les quatrième et cinquième facteurs caratifs soit, le développement d'une relation d'aide et de confiance ainsi que la promotion et l'acceptation de l'expression des sentiments positifs et négatifs, sont intimement liés par le processus de communication (Watson, 1979). Selon cette auteure, la sensibilité de l'infirmière au processus de communication interpersonnel est un des outils thérapeutiques les plus cruciaux pour prodiguer des soins. Afin d'assurer le développement d'une relation thérapeutique il s'avère nécessaire de démontrer de l'empathie. Par définition, l'empathie est la capacité de l'infirmière à comprendre l'expérience vécue par la personne et de lui communiquer sa compréhension (Watson, 1985). Dans cette optique, il importe de reconnaître les émotions vécues par la personne qui éprouve de l'inconfort, de la peur, de la frustration ou de la tristesse. Ainsi, une communication efficace se traduit non seulement par des réponses verbales cognitives, mais également par des réponses non verbales associées au comportement de la personne.

Watson (1979) mentionne dans ses écrits que la personne qui communique transmet et reçoit des messages, dans un environnement particulier, selon trois processus différents : cognitif (p.ex. connaissances), affectif (p.ex. soutien) et comportemental (p.ex. attitude). Cette auteure précise que le processus comportemental se divise à son tour en deux types : verbal et non verbal. Ainsi, l'infirmière qui désire communiquer adéquatement à l'intérieur d'une relation d'aide et de confiance doit être sensible non seulement aux processus cognitif et affectif mais aussi aux deux modes de comportement que la personne utilise pour s'exprimer tout en tenant compte de l'environnement.

Toujours selon Watson (1979), 35 % de la communication est relié au langage tandis que 65 % est relié au non verbal. Ainsi, l'infirmière doit être particulièrement sensible et attentive à la communication non verbale, laquelle représente souvent une façon pour la personne d'exprimer ses émotions. Hormis le fait d'utiliser des principes de communication, l'infirmière doit s'assurer de bien comprendre le message transmis par la personne. C'est pourquoi la validation de la compréhension de l'infirmière auprès du patient est requise. Elle doit également s'assurer de minimiser les interférences au processus communicationnel qui le rendrait inapproprié. Pour ce faire, l'infirmière doit être présente pour le patient, à l'écoute, empathique et authentique. En somme, la philosophie du *caring* de Watson est tout indiquée pour développer des interventions infirmières selon une vision holistique de la communication entre les membres de famille et l'équipe soignante à l'unité des SI en traumatologie.

Les interventions systémiques familiales de Wright et Leahey

L'approche systémique familiale en soins infirmiers de Wright et Leahey (2005) est influencée non seulement par la théorie des systèmes de Von Bertalanffy (1968), la théorie de la cybernétique de Weiner (1948) et la théorie du changement de Maturana et Varela (1992), mais également par la théorie de la communication de Watzlawick, Beavin et Jackson (1967). Cette approche systémique offre donc les outils nécessaires à la compréhension du processus de communication en tenant compte de son contenu, de la relation et du contexte dans lequel il s'inscrit. Ces auteurs ont d'ailleurs développé un

guide d'évaluation et d'intervention systémiques familiales inspiré du Modèle de Calgary. La théorie de la communication du modèle de Calgary stipule que :

1. *Toute communication non verbale a une signification* : Ainsi, ce concept nous aide à comprendre qu'on ne peut jamais parler d'absence de communication lorsque deux personnes sont une devant l'autre, car toute communication non verbale communique un message (Watzlawick et al., 1967).
2. *Toute communication passe par deux principaux canaux de transmission : numérique et analogique* : Le canal numérique se rattache à la communication verbale et le canal analogique se rattache à la communication non verbale.
3. *Une relation dyadique est symétrique et complémentaire à des degrés différents* : La relation complémentaire implique une personne qui donne et une autre qui reçoit. La relation symétrique est celle qui lie deux personnes qui se comportent comme si elles étaient égales.
4. *Toute communication comporte deux notions interreliées qui s'inscrivent dans un contexte : le contenu et la relation* : La communication ne se résume pas au message (contenu); elle comprend aussi des informations qui définissent la nature de la relation qui s'établit entre des personnes en interaction.

Maturana et Varela (1992) dans leur théorie du changement soutiennent que l'être humain est un observateur qui utilise le langage pour expliciter sa propre « réalité » du monde dans lequel il coexiste avec d'autres êtres, et donc, avec d'autres réalités. Dans cette optique, il existe autant de réalités que d'êtres humains, toutes aussi valables les unes que les autres, ce qui explique le caractère unique de chaque relation, et donc, de chaque processus de communication. L'infirmière doit ainsi adapter sa façon d'intervenir auprès des membres des familles pour chacun des individus avec lesquels elle entre en relation. Toujours selon Maturana et Varela, pour faciliter le processus d'adaptation des familles au problème de santé encouru par le patient, l'infirmière n'agira pas en tant qu'agent de changement, mais bien en tant que personne qui participe au processus de changement de ces dernières. Pour ce faire, elle propose des interventions qui tiennent compte de la structure biopsychosociale de chaque individu ainsi que du contexte où prend naissance la relation.

Wright et Leahey (2005) ont ainsi développé un cadre, une façon de procéder et d'être, permettant d'intervenir auprès des familles. Selon ces auteurs, le processus de communication est défini par sa nature, soit le contenu et la relation et tient compte du contexte dans lequel il s'inscrit. En résumé, l'approche systémique familiale de Wright et Leahey (2005) a permis de mieux comprendre le processus de communication. De plus, les interventions facilitant la communication ainsi que les habiletés communicationnelles à acquérir. L'approche systémique familiale de Wright et Leahey (2005) a servi de modèle à la présente étude.

Méthode
Chapitre III

La méthode contient les divers éléments qui ont servi à la réalisation de la recherche (Provost, Alain, Leroux & Lussier, 2006). Dans un premier temps, il sera mentionné le devis de l'étude, le milieu clinique où a eu lieu la recherche, la population et l'échantillon de l'étude. Par la suite, ce chapitre présentera l'élaboration du processus et le déroulement de l'étude. De plus, le recrutement des participants, la collecte de données et chacune des étapes de leur analyse seront présentés. Pour conclure, les critères scientifiques et les aspects éthiques compléteront ce chapitre.

Le devis de l'étude

Le choix du devis qualitatif est tout indiqué pour cette étude considérant le fait que l'investigatrice principale (IP) s'intéresse à l'adoption d'un changement de pratique infirmières visant à faciliter la communication entre les familles et l'équipe soignante à une unité de SI en traumatologie. Afin de réaliser cette étude, la méthode qui a été retenue est l'approche de recherche participative originellement développée par Kurt Lewin en 1946. Cette approche inspirée du paradigme constructiviste, repose principalement sur l'idée que le changement est de l'ordre du vivant et la recherche participative préconise l'intégralité des dimensions humaines. Plus précisément, la recherche participative implique des sujets producteurs de connaissances, c'est-à-dire des cochercheurs à la recherche (Reason & Bradbury, 2001).

Ce type d'étude requiert que le chercheur ne soit pas un observateur détaché et distancié. Il adopte plutôt une position particulière en étant directement impliqué dans le processus de la recherche. Ainsi, dans la recherche participative, le chercheur intervient délibérément sur la réalité pour la changer. C'est donc dire que durant le processus de « coconstruction » des interventions permettant de faciliter la communication entre les membres des familles et l'équipe de soins, chacun des participants impliqués a été sensibilisé au phénomène à l'étude (Reason & Bradbury, 2001). Le changement visé par la recherche participative se caractérise pour un individu ou pour un groupe par la prise en compte des éléments nouveaux de signification qui non seulement émergent dans l'expérience du sujet, mais également transforment ses perspectives, ses façons d'être et de penser, ses relations ainsi que sa structure (Reason & Bradbury, 2001).

Selon Reason et Bradbury (2001), la situation humaine est considérée comme l'unité microsociologique de base selon un ensemble d'interactions entre des individus au sein d'un espace délimité et temporel qui est, dans la présente étude, l'unité des SI en traumatologie. Or, la situation n'est pas un résultat ou une conséquence, mais un devenir ou une nouvelle perspective. L'utilisation de ce type de devis pour intervenir par rapport au processus de communication est ainsi tout à fait indiquée puisque nous avons puisé, à même la réalité des membres de familles, des interventions infirmières qui permettront d'adoption d'un changement de pratique facilitant la communication avec l'équipe soignante. De plus, ces interventions ont été coconstruites, en impliquant

certaines infirmières oeuvrant à l'unité des SI en traumatologie. Ainsi, ce processus de coconstruction a permis de créer un mouvement réflexif de discussion (Lehoux et al., 1995).

Les études découlant de la recherche action préconisent une approche humaniste (Reason & Bradbury, 2001). Dans cette perspective, cette approche permet aux chercheurs de considérer la personne dans sa globalité en lien avec sa propre réalité. Dans la recherche participative, le chercheur doit s'impliquer personnellement tout au long du processus en étant authentique et honnête, en démontrant une ouverture d'esprit et en offrant une écoute active ainsi que du respect envers autrui (Reason & Bradbury, 2001). Ces éléments empreints d'humanisme s'harmonisent avec la philosophie du *caring* de Watson (1979), perspective disciplinaire retenue pour la présente étude. Concrètement, l'IP a construit avec les personnes concernées (membres de famille et infirmières), des interventions adaptées aux besoins des membres de familles tout en tenant compte de la réalité des SI en traumatologie et en permettant l'adoption d'un changement de pratique .

Milieu retenu pour l'étude

Description du centre hospitalier

La présente étude a eu lieu à l'unité des SI en traumatologie d'un centre hospitalier montréalais. Cet établissement de santé, qui prône la philosophie du *caring* de Watson (1979) fait partie des six centres affiliés à l'Université de Montréal et figure parmi les plus grands hôpitaux du Québec. Il est un centre tertiaire qui offre des soins ultraspécialisés et est réputé pour ses soins en traumatologie.

L'unité des SI en traumatologie

L'unité de SI est un département interdisciplinaire qui offre des soins médicaux et chirurgicaux hautement spécialisés, dispensés à des patients dont l'état de santé est précaire et exige des soins complexes et une surveillance constante. L'unité ciblée par l'étude est divisée en trois sections soit : la traumatologie, la médecine-chirurgie et la chirurgie cardiothoracique. Elle a une capacité de 32 lits, mais actuellement seulement 22 lits peuvent accueillir des patients. Les infirmières ont sous leur responsabilité entre un et deux patients en fonction de la condition de santé de ceux-ci.

En tant que membre d'une équipe interdisciplinaire, l'infirmière des soins intensifs joue un rôle essentiel. En effet, elle contribue à l'avancement des connaissances et à l'enrichissement des pratiques dans les soins aux patients en situation critique. Ces infirmières travaillent dans un contexte qui exige une évaluation

et une surveillance constante, des interventions et des traitements intensifs et une vigilance continuelle. Elles répondent aux besoins des patients et de leur famille et doivent s'assurer d'une formation continue étant donné l'évolution rapide des technologies et des soins critiques.

Préparation du milieu de l'étude

La préparation du milieu s'est échelonnée sur une période d'un an en collaboration avec l'infirmière clinicienne spécialisée de l'unité des SI, l'infirmière-chef, certaines infirmières oeuvrant à l'unité ainsi que certains médecins intensivistes.

En 2007, l'IP de la présente étude a participé, dans le cadre d'un stage à la maîtrise, à l'élaboration d'un projet clinique ayant comme objectif principal de favoriser la participation des infirmières aux rencontres familiales à l'unité des SI pour répondre de façon optimale à leur besoin d'information, rehausser la collaboration interdisciplinaire et prôner la philosophie de soins centrés sur la famille. Ces entretiens hebdomadaires avaient, à la base, une visée quasi strictement médicale; les infirmières n'y participaient que très rarement. Depuis mars 2007, la participation des infirmières aux rencontres familiales est devenue une norme à l'unité des SI. Des observations cliniques ont même démontré une hausse de la satisfaction des familles en regard des soins prodigués à leur proche. Le succès de l'implantation de cette pratique a inspiré l'IP à poursuivre l'élaboration et l'implantation d'autres types d'interventions, en

collaboration avec les membres de familles et les infirmières, afin de répondre de façon quotidienne à leur propre réalité.

Afin de préparer le milieu à la présente étude, l'IP a participé à quelques réunions interdisciplinaires à l'unité des SI. Lors de ces rencontres avec les différents intervenants de la santé, le but de l'IP était de sensibiliser l'équipe quant au besoin des familles dans l'amélioration de la communication. Elle a également informé l'équipe de ses démarches entreprises pour la réalisation de cette recherche en décrivant grossièrement le phénomène à l'étude, les thèmes de la recension des écrits ainsi que la méthode de recherche. Selon la perspective de la recherche participative, elle a pris soin de prendre en considération les suggestions et les commentaires des membres des familles ainsi que de l'équipe interdisciplinaire afin que les objectifs de la recherche s'harmonisent à la réalité du milieu à l'étude.

En outre, l'IP a agi à titre d'observatrice lors de deux journées ainsi que deux soirées. Celle-ci était jumelée avec une infirmière et a ainsi eu l'opportunité de pouvoir comprendre la réalité de l'unité. En utilisant cette démarche, elle a pu se rapprocher du contexte réel du milieu. De plus, elle a participé à quelques rencontres familiales dans le but de mieux comprendre le rôle de l'infirmière et l'expérience vécue par les membres des familles dont un proche est hospitalisé à une unité de SI spécialisés en traumatologie. Par ailleurs, l'infirmière clinicienne spécialisée du milieu a joué un grand rôle dans la préparation du milieu en introduisant, entre autres, l'IP à l'équipe de l'unité des SI de ce centre hospitalier. L'infirmière-chef a permis de mobiliser les ressources

matérielles et humaines permettant d'atteindre les objectifs et de répondre aux questions de recherche de la présente étude. Les médecins intensivistes, pour leur part, ont offert leur point de vue médical permettant à l'IP de prendre en compte l'importance de l'apport interdisciplinaire dans les soins centrés sur la famille.

Échantillon

Dans la présente étude, l'échantillon est composé de cinq membres de familles de patients hospitalisés à une unité de SI spécialisés en traumatologie et de cinq infirmières oeuvrant à cette unité. La population est représentée par des membres de familles ou des proches significatifs pour le patient. Ces personnes peuvent avoir ou non un lien de parenté avec le patient et doivent faire partie du processus décisionnel pour le meilleur intérêt de celui-ci. De plus, des infirmières oeuvrant à l'unité des SI en traumatologie ont été sélectionnées pour la présente étude.

Sélection des participants

Les critères d'inclusion des membres de familles ou proches :

- a) être âgé de plus de 18 ans ;
- b) avoir un proche hospitalisé à une unité de SI en traumatologie depuis plus de 48 heures;
- c) visiter le patient de façon régulière (p. ex., au moins deux visites) ;
- d) être intéressé à participer à la recherche ;
- e) pouvoir comprendre, parler et lire le français.

Les critères d'exclusion des membres de familles ou proches :

- a) avoir reçu un diagnostic de problème de santé mentale selon une évaluation psychiatrique ;
- b) être un proche d'un patient hospitalisé à l'unité des SI en médecine-chirurgie ou en chirurgie cardiothoracique;
- c) être un proche d'un patient candidat au don d'organes.

Les critères d'inclusion des infirmières :

- a) travailler à l'unité des SI en traumatologie soit sur le quart de travail de jour, ou de soir
- b) être intéressée à participer à l'étude;
- c) comprendre, parler et lire le français.

Déroulement général de l'étude

L'IP a soumis dans un premier temps son projet au comité d'éthique et de la recherche du centre hospitalier concerné par l'étude. Il a été approuvé le 16 mars 2009 (voir Appendice A). Par la suite, elle a pris contact avec les infirmières du département ciblé. Elle leur a expliqué le but de l'étude, les critères d'inclusion et a sollicité leur participation dans le processus de recrutement des participants. Avec la collaboration de l'infirmière-chef, de l'assistante-infirmière-chef (AIC) et des infirmières du milieu, l'IP a été en mesure de sélectionner les membres des familles pouvant être des participants potentiels. À partir des noms retenus, chacun des membres des familles ciblés a reçu une lettre d'introduction expliquant brièvement l'étude et permettant d'y inscrire leurs coordonnées, et ce, par l'entremise des infirmières participantes (voir Appendice B). Après que le membre de la famille ou le proche ait pris connaissance dudit projet, l'IP a communiqué avec celui-ci par téléphone dans les 48-72 heures pour répondre à leurs questions et déterminer avec eux leur intérêt à participer à l'étude. Face à une réponse positive, un rendez-vous a été fixé pour une entrevue individuelle avec chaque participant selon l'heure et l'endroit à leur convenance.

Durant la rencontre de recrutement, chaque participant a été informé qu'une entrevue d'environ 60 minutes aurait lieu à l'unité des SI dans la salle de rencontres familiales. De plus, chacun des participants (membres de familles ou proches) à l'étude a été avisé que toutes les entrevues devaient être enregistrées sur bandes audionumériques. Chaque participant a aussi été informé de la confidentialité des

enregistrements et de la destruction des bandes audionumériques sept ans après l'acceptation de ce mémoire. Les participants ont également été informés de leur possibilité à exprimer leurs commentaires tant positifs que négatifs afin de créer un contexte de « coconstruction » des interventions. Par la suite, ils ont été invités à signer un formulaire de consentement libre et éclairé pour leur participation à l'étude ainsi que pour l'enregistrement sur bandes audionumériques des rencontres (voir Appendice C). En outre, un consentement écrit a été obtenu de leur part relativement à la conservation des enregistrements audionumériques dans un bureau sous-clé. Par la suite, l'IP a invité les membres des familles à conclure une entente concernant l'horaire des entrevues familiales. Finalement, un questionnaire sociodémographique a été remis afin de mieux décrire et comprendre leur situation (voir appendice D).

Parallèlement, l'investigatrice principale a mis sur pied deux rencontres sous forme de dîner-causerie, et ce, sur les quarts de travail de jour et de soir. Ces rencontres avaient pour objectif de renseigner les infirmières sur le but de la recherche ainsi que sur chacune des étapes de son déroulement. Du même coup, l'IP a sollicité leur participation à la collecte de données. Encore une fois, elle a pris soin de leur expliquer les avantages et les inconvénients à y participer, les principes de confidentialité, leur rôle en tant que cochercheuses, la participation volontaire et la possibilité de se retirer en tout temps sans préjudice. Les participantes qui se sont avérées intéressées à collaborer à cette recherche ont été informées de leur participation à trois rencontres d'environ 45 minutes pour la collecte des données sous forme de groupes de discussion ou *focus groups*. Ensuite, elles ont été invitées à signer un formulaire de consentement

libre et éclairé pour leur participation à l'étude ainsi que pour l'enregistrement sur bandes audionumériques des rencontres (voir Appendice C). De plus, un consentement écrit a été obtenu de leur part relativement à la conservation des enregistrements audionumériques. Par la suite, l'IP a invité les infirmières à conclure une entente concernant l'horaire des rencontres.

Les divers professionnels de la santé de l'unité des SI ont été informés du processus de la recherche afin d'ajouter une perspective interdisciplinaire à la présente étude. À cet effet, l'IP a organisé une rencontre avec ceux-ci avant le début de la collecte de données afin de les informer du but et du déroulement de l'étude ainsi qu'une rencontre à la fin de la collecte des données pour voir si l'intégration des interventions au travail de l'équipe interdisciplinaire s'avérait possible et souhaitable pour eux.

Processus de collecte de données

Le processus de collecte de données a été effectué en s'inspirant du parcours de recherche en spirale de Lehoux et al. élaboré en 1995. Dans la présente étude, il a mis à profit la recherche participative dans un processus d'adoption d'un changement de pratique visant à faciliter la communication entre les familles et l'équipe soignante, dans un contexte de SI en traumatologie.

Le guide d'entrevue

L'IP a développé un guide d'entrevue où elle a privilégié des questions ouvertes inspirées de l'étude de Houle (2008) ainsi que de l'approche systémique familiale de Wright et Leahey (2005) (voir Appendice E). À l'aide de celui-ci, l'IP est intervenue au cours des entrevues individuelles avec les membres de familles ainsi que lors des rencontres avec les infirmières en explorant leurs besoins, en encourageant la narration du récit, en légitimant l'expérience vécue et en référant le proche vers d'autres ressources professionnelles, le cas échéant. Ce guide d'entrevue a orienté l'IP dans l'identification des interventions infirmières les plus aidantes afin de répondre adéquatement aux besoins des membres des familles, en vue de faciliter la communication avec l'équipe soignante et d'adopter un changement de pratique.

Les entrevues individuelles avec les membres de familles

Au total, cinq entrevues semi-structurées d'une durée approximative de 60 minutes ont été effectuées auprès de membres de familles différentes. L'objectif de ces entrevues était d'identifier en collaboration avec ceux-ci, les interventions infirmières qui selon eux facilitent la communication avec l'équipe soignante des SI spécialisés en traumatologie.

Selon Polit et Beck (2004), les entrevues semi-structurées permettent aux chercheurs de couvrir certains sujets spécifiques dans leurs entrevues qualitatives. L'IP désirait recueillir des données concernant les trois dimensions de la communication soit, les aspects cognitif (p. ex., besoin d'information), affectif (p. ex., besoin de réconfort) et comportemental (p. ex., besoin de proximité). Ainsi, le choix d'un tel type d'entrevue est justifié (Lipiansky & Picard, 2000). De plus, son rôle était d'encourager les participants à s'exprimer librement selon les différents thèmes abordés, et ce, dans leurs propres mots (Polit & Beck, 2004). Selon ces mêmes auteurs, cette technique permet aux chercheurs d'obtenir des informations riches et détaillées. Par ailleurs, les entrevues ont été enregistrées sur bandes audionumériques puis le verbatim a été transcrit intégralement. Un résumé de chaque entrevue a ensuite été rédigé par l'IP. Ces résumés ont été remis aux membres des familles par courriel afin d'en valider le contenu.

Les rencontres avec les infirmières

À trois reprises durant le processus de collecte de données, soit avant la première et après la troisième et la cinquième entrevue individuelle avec les membres de famille, une rencontre de 45 à 60 minutes a été effectuée par l'IP avec cinq infirmières oeuvrant à l'unité de SI en traumatologie. Les trois infirmières de jour ont été rencontrées ensemble et il en a été de même avec les deux infirmières de soir, afin de minimiser les conflits d'horaire. L'objectif visé par ces rencontres était de former un « cercle » de discussions, de négociations et de critiques afin d'arriver à un consensus quant aux

interventions infirmières les plus aidantes pour faciliter la communication avec l'équipe soignante. De plus, les groupes de discussion ont permis d'apprécier les changements au niveau de la pratique infirmière. De fait, non seulement les infirmières étaient sensibilisées aux interventions aidante à la communication avec les familles, elles devaient aussi s'exprimer sur leur façon de les mettre en pratique et du changement qu'elles avaient apporté à leur pratique. La raison pour laquelle seulement trois rencontres ont été prévues est une question de délais restreints dans le cadre de la réalisation d'un mémoire. Par ailleurs, l'IP a animé ces rencontres et initié des discussions quant aux points saillants ressortis des résumés de chaque entrevue individuelle (n=5). L'aboutissement à un consensus a permis d'identifier les interventions infirmières facilitant la communication entre les familles et l'équipe soignante à l'unité des SI en traumatologie, leur niveau implantation ainsi que la faisabilité de la mise en place de ces interventions au sein du travail de l'équipe interdisciplinaire. Finalement, tout comme pour les entrevues familiales, ces rencontres ont également été enregistrées sur bandes audionumériques, puis le verbatim a été transcrit intégralement. Un résumé de chacune des rencontres a ensuite été rédigé par l'IP et remis aux participants pour en valider le contenu.

Les notes de terrain

Tout au long de la présente étude, l'IP a documenté des notes rassemblant ses observations lors des entrevues et des rencontres. Ces notes comprennent la description des lieux en présence des participants, des événements factuels et des réflexions personnelles de l'IP. La tenue de ce carnet de notes a permis de prendre conscience de certains faits pouvant survenir au cours de la recherche et d'en tenir compte dans l'identification des interventions infirmières (Miles & Huberman, 2003).

La rencontre avec l'équipe interdisciplinaire

Une première rencontre, d'environ 60 minutes, avec les membres de l'équipe interdisciplinaire (p.ex. infirmière chef, AIC, infirmières, médecins) a été animée par l'IP avant le début de la collecte de données afin de les aviser du but et du déroulement de la recherche à l'unité concernée. Une seconde rencontre, d'environ 60 minutes, a aussi été menée par l'IP et a permis de discuter avec les différents professionnels de la santé de l'intégration des interventions infirmières au travail de l'équipe interdisciplinaire, lesquelles identifiées par les membres de familles et les infirmières participantes tout au long du processus de collecte de données. Contrairement aux entrevues individuelles et aux rencontres avec les infirmières participantes, cette discussion n'a pas été enregistrée sur bandes audionumériques, mais a par contre été résumée par l'IP.

Processus d'analyse des données

L'analyse des données recueillies a été produite selon le parcours de recherche proposé par Miles et Huberman (2003). Selon ces auteurs, l'analyse se compose de trois niveaux d'activités : la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration/vérification des conclusions (voir figure 1, p.55).

Selon Miles et Huberman (2003), la *condensation des données* renvoie à l'ensemble des processus de sélection, centration, simplification, abstraction et transformation des données brutes figurant dans la transcription des notes de terrain. Elle est un processus continu tout au long d'une recherche qualitative. Dès le début, l'IP a fait une *condensation des données anticipée* en choisissant le cadre théorique de Watson (1979). Ainsi qu'en choisissant le mode de collecte de données en spirale de Lehoux et al. (1995). Par la suite, d'autres phases de condensation des données sont apparues lors de la rédaction des résumés des rencontres, du codage des données, du regroupement des données, de la division des données et du repérage des thèmes. La condensation des données est donc une forme d'analyse qui consiste à élaguer, trier, distinguer, rejeter et organiser les données de telle sorte qu'on puisse en tirer des conclusions finales et les vérifier (Miles & Huberman, 2003).

Après avoir condensé les données recueillies, l'IP est passée à l'étape de *présentation des données* sous forme de résumés des entrevues avec les familles et de rapports des points saillants de ces résumés qui ont été présentés aux infirmières ainsi

qu'aux membres de l'équipe interdisciplinaire. La troisième étape soit, *l'élaboration et la vérification des données*, a permis d'en arriver à des conclusions finales. Selon Miles et Huberman (2003), dès le début de la collecte de données, l'analyse qualitative commence à décider le sens des choses, l'IP note les régularités, les *patterns*, les explications, les causalités et les propositions. Les conclusions finales ne peuvent apparaître qu'à la toute fin de la collecte de données, même si elles sont souvent pressenties depuis le début. Finalement, ces auteurs suggèrent qu'une analyse intersubjective soit faite par un autre chercheur après les trois étapes présentées ci-dessus. Dans la présente étude, la directrice de mémoire a été invitée à participer à cette étape pour ainsi augmenter la crédibilité des résultats.

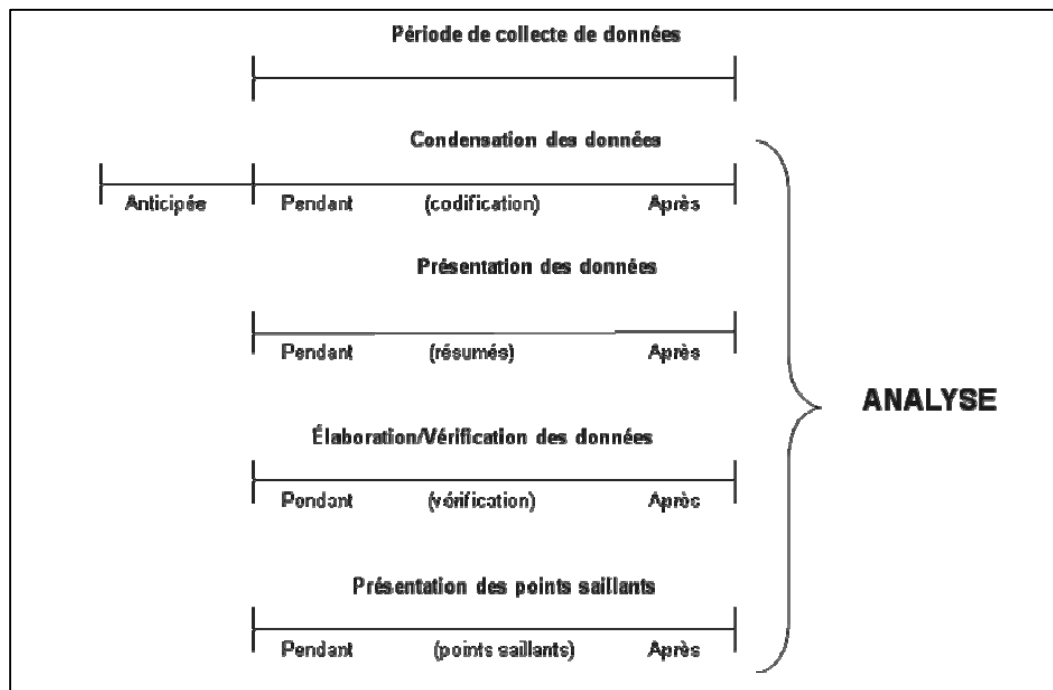


Figure 1 : Processus d'analyse de données de Miles & Huberman (2003)

Critères de scientificité pour la recherche qualitative

Les critères de rigueur scientifique, pour le paradigme constructiviste, sont la crédibilité, la transférabilité, la confirmabilité et la *dependability* (Guba & Lincoln 1989; Polit & Beck, 2001; Whittemore, Chase & Mandle, 2001).

La crédibilité est, selon Whittemore, Chase et Mandle (2001) le critère de scientificité le plus important d'une recherche qualitative. Il représente l'authenticité des données ainsi que de leur interprétation. L'implication et l'investissement de l'investigatrice principale dans la préparation du milieu et son engagement prolongé tout au long du processus de collecte de données, ont permis de bien comprendre la réalité et le contexte de l'unité des SI spécialisés en traumatologie visée par l'étude. Ces activités rehaussent grandement la crédibilité d'une étude selon Guba et Lincoln (1989). De plus, les observations faites et notées (p. ex., aspects cognitif, affectif et comportemental de la communication avec les participants lors des entrevues et rencontres) ont donné une richesse ainsi qu'une profondeur aux données recueillies. Du coup, elles ont augmenté la crédibilité de la recherche (Guba & Lincoln, 1989). De plus, la crédibilité a été établie au moyen de validation des données avec les participants à l'étude ainsi qu'avec l'analyse intersubjective des conclusions finales par la directrice de la recherche.

Le critère de transférabilité est, selon Guba et Lincoln (1989), associé à la potentialité de transférer les conclusions de la recherche dans des contextes similaires. Pour ce faire, il est de la responsabilité de l'IP de fournir des données suffisamment détaillées afin qu'un lecteur du rapport puisse évaluer facilement la possibilité d'utiliser les résultats dans son propre milieu, s'il est connexe à celui de la présente recherche.

Le critère de confirmabilité, pour sa part, représente l'objectivité et la neutralité du processus analytique qui permettraient à une tierce partie d'en arriver aux mêmes conclusions que l'IP (Polit & Beck, 2001). La technique de triangulation, qui consiste à utiliser plusieurs perceptions d'informateurs multiples et de différents experts a été utilisée dans la présente étude pour ajouter une confirmabilité à sa rigueur scientifique (Polit & Beck, 2001).

Finalement, selon Polit & Beck (2001), le critère de *dependability* a été assuré par l'authenticité et la transparence dans les méthodes de collecte et d'analyse des données.

Les aspects éthiques

L'IP a assuré le respect de l'éthique tout au long de cette recherche. Elle a présenté en premier lieu le projet au comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier choisi. Par la suite, les participants ont été informés du but de la recherche et de ses implications. Ils ont été mis au courant de leur droit à la confidentialité. Les participants ont aussi été informés de leur liberté de quitter à tout moment le processus

en cours, et ce, sans préjudice. L'IP a également avisé les participants que les résultats ne serviraient qu'à des fins cliniques et académiques. L'IP a alors demandé l'autorisation aux participants à participer à l'étude et leur a fait signer un formulaire de consentement libre et éclairé. Une copie de ce formulaire de consentement signée a également été remise à chacun des participants.

L'IP a aussi assuré la confidentialité des données recueillies en employant des noms fictifs lors de la rédaction des verbatim et du rapport, en conservant les bandes sonores dans un endroit sous clé sécuritaire afin que personne ne puisse y avoir accès et en s'engageant à détruire celles-ci sept ans après la fin de l'étude. Seules, la directrice de mémoire et l'IP ont accès aux bandes sonores.

Présentation des résultats

Chapitre IV

Le présent chapitre est divisé en deux parties. La première partie présente les données relatives au processus de communication, au contexte et au déroulement de l'étude tandis que la deuxième partie présente les résultats de l'étude. Le modèle interactif proposé par Huberman et Miles (2003) a été retenu comme processus d'analyse des données empiriques recueillies.

Première partie

Le processus de communication

De façon générale, les interventions infirmières dans le domaine des SI en traumatologie ont largement été documentées, toutefois elles n'ont pas été considérées selon une perspective globale du processus de communication qui intègre les notions indissociables de contexte, de relation et de contenu. De fait, tel que mentionné antérieurement, le processus de communication s'effectue dans un contexte spécifique dans lequel une relation favorise la transmission du contenu de l'information. Dans la présente étude, les résultats ont été présentés selon ces trois notions qui ont été amalgamées aux trois sphères du processus de communication, tel que définies par Watson (1979). Ainsi, le contenu se réfère à la sphère cognitive, la relation renvoie aux sphères affective et comportementale tandis que le contexte explore l'interrelation entre ces trois sphères. Aux fins de cette étude l'appellation « processus de communication globale » sera retenue pour représenter les trois sphères tout en considérant les notions de contexte, la relation et le contenu dans lesquelles elles s'inscrivent. La figure ci-dessous démontre le processus de communication globale qui a inspiré la présentation des résultats.

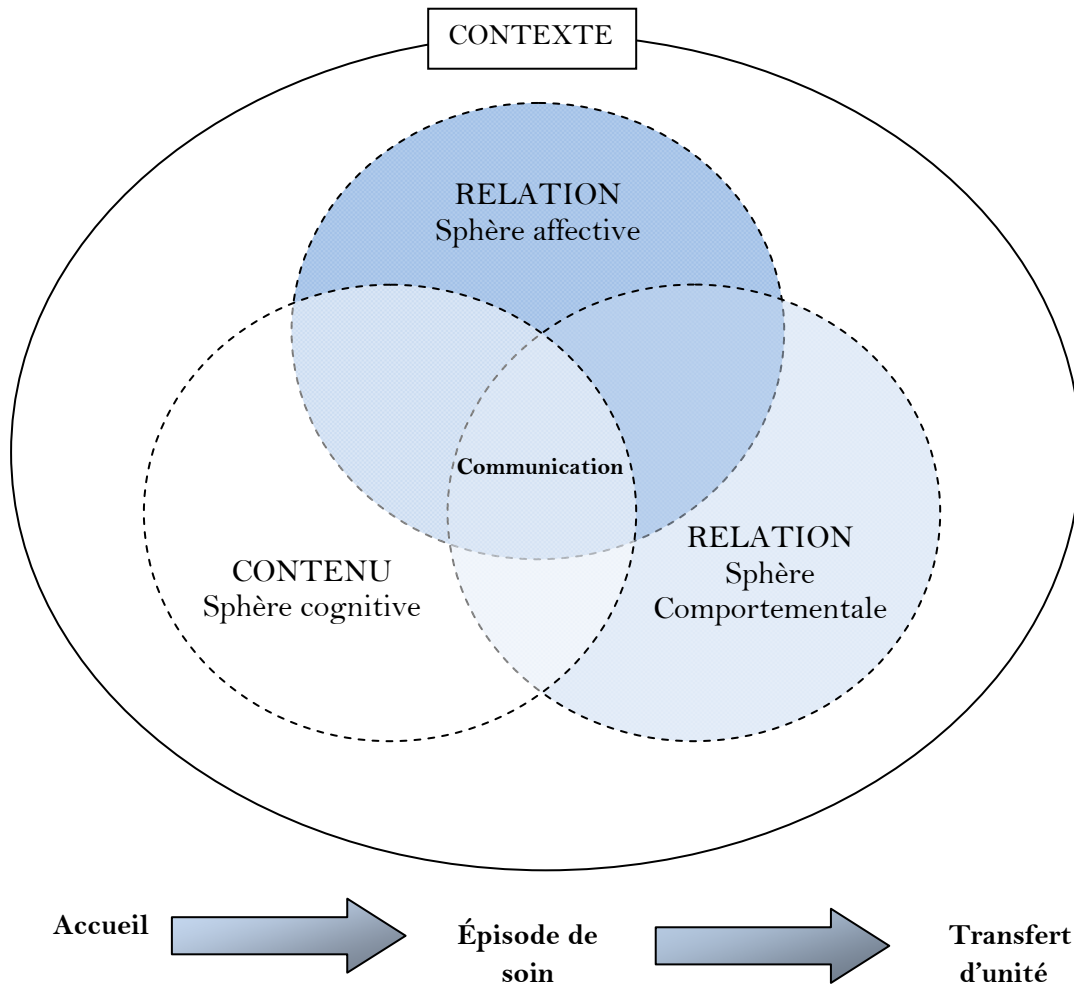


Figure 2: Processus de communication globale

Déroulement de l'étude

Les membres de l'équipe interdisciplinaire ont d'abord été rencontrés au début de la collecte de données afin de les informer de l'objectif de la présente étude ainsi que de son déroulement. Par la suite, les infirmières participantes à cette recherche ont été recrutées lors de deux rencontres sous forme de dîners-causeries qui ont été menées par l'investigatrice principale (IP). D'une part, ces deux rencontres ont eu lieu respectivement durant l'heure du dîner pour le quart de travail de jour et à l'heure du souper pour le quart de travail de soir. D'autre part, les cinq infirmières recrutées ont sélectionné chacune un membre de famille selon les critères d'inclusion et d'exclusion de la présente étude.

Une fois les infirmières sélectionnées, l'IP les a rencontrées pour un premier groupe de discussion (*focus groups*) afin de discuter des interventions pouvant faciliter la communication avec les familles liées à la période d'accueil, c'est-à-dire lors de la première visite des proches à l'unité des SI à la suite de l'admission du patient. Les interventions concernant le reste de l'épisode de soins ont aussi été abordées brièvement ainsi que les contraintes du milieu quant à la communication entre les infirmières et les familles. Cette première rencontre avec les infirmières a été enregistrée sur bandes audionumériques, puis transcrite intégralement par une professionnelle dans ce domaine. Finalement, l'IP a rédigé un résumé des verbatim qui ont été vérifiés par les personnes concernées et elle a dressé une liste des faits saillants.

Par la suite, l'IP a entrepris les entrevues individuelles avec les membres de famille recrutés, et ce, afin d'identifier les interventions qu'ils considéraient aidantes pour faciliter la communication entre eux et les infirmières. Chacune des entrevues a été enregistrée sur bande audionumérique et transcrite intégralement par une professionnelle dans ce domaine. Puis, un résumé de chaque entrevue a été rédigé par l'IP et vérifié par les personnes interviewées. L'IP a ensuite procédé à la rédaction des faits saillants relativement aux interventions infirmières facilitant la communication avec les familles.

Les faits saillants qui ont émergé du premier groupe de discussion avec les infirmières ainsi que trois entrevues familiales individuelles effectuées ont par la suite été présentés aux infirmières lors du second groupe de discussion. La présentation des faits saillants a pour objectif d'amorcer la discussion, de cibler les interventions aidantes et contraignantes, de susciter la réflexion ainsi que de sensibiliser les participants à la problématique.

Les deux dernières entrevues individuelles avec des membres de familles ont été menées par la suite afin de discuter des interventions facilitant la communication pendant l'épisode de soins et lors du transfert de l'unité de traumatologie vers une autre unité de soins. Les faits saillants ont été rédigés, résumés et présentés aux infirmières lors du troisième groupe de discussion qui avait pour objectif de finaliser les interventions ressorties des différentes entrevues précédentes ainsi que de discuter des procédures de transfert d'unité. Finalement, l'équipe interdisciplinaire a été rencontrée

une seconde fois dans le but de discuter de l'intégration des interventions au travail de cette équipe. Le tableau exposé à la page suivante résume le déroulement de la présente étude.

Tableau 1
Déroulement de l'étude

Collecte de données	Date et Heure	Participants
Rencontre interdisciplinaire #1	2009-04-08 16h00	4 infirmières 1 AIC 1 infirmière-chef 1 infirmière conseillère spécialisée 2 médecins
Groupe de discussion #1	2009-04-16 12h00	3 infirmières de jour
	2009-04-16 18h00	2 infirmières de soir
Entrevue familiale #1	2009-05-09 16h30	M. Lafleur* <i>Lien avec le patient :</i> Conjoint
Entrevue familiale #2	2009-05-10 14h00	M. Beauchesne* <i>Lien avec le patient :</i> Père
Entrevue familiale #3	2009-05-22 13h00	Mme Biagioni* <i>Lien avec le patient :</i> Mère
Groupe de discussion #2	2009-06-08 12h30	3 infirmières de jour
	2009-05-28 18h00	2 infirmières de soir
Entrevue familiale #4	2009-06-19 14h00	Mme Monette* <i>Lien avec le patient :</i> Conjointe
Entrevue familiale #5	2009-12-05 17h00	M. Aubin* <i>Lien avec le patient :</i> Père
Groupe de discussion #3	2009-12-15 12h00	3 infirmières de jour
	2009-12-17 17h30	2 infirmières de soir
Rencontre interdisciplinaire #2	2010-02-19 15h00	1 infirmière 1 AIC 1 infirmière-chef 1 infirmière conseillère spécialisée 2 médecins

Deuxième partie

Présentation des résultats

Le but de cette étude est d'adopter, selon un processus de « coconstruction », des interventions systémiques infirmières pouvant faciliter la communication avec des membres de familles dans un contexte de SI spécialisés en traumatologie. L'IP a identifié, avec la participation de membres de familles et d'infirmières, les interventions systémiques aidantes. De plus, l'IP a déterminé la façon dont ces interventions ont été adoptées dans la pratique quotidienne des infirmières tout au long de la collecte des données. Les résultats ont été analysés selon le Modèle de Huberman et Miles (2003) et seront présentés dans la présente section.

Suite à l'analyse des données recueillies, trois catégories d'interventions systémiques ont émergé : (1) favoriser la proximité, (2) agir avec *caring* et (3) transmettre de l'information. Ainsi, ces catégories représentent la nature du processus de communication globale, soit respectivement le contexte, la relation et le contenu. Rappelons que le processus de communication globale est complexe et va bien au-delà de la simple transmission de l'information. De fait, il prend en compte l'établissement d'une relation thérapeutique qui s'inscrit dans un contexte précis. Le tableau présenté à la page suivante résume les interventions infirmières systémiques identifiées suite à l'analyse des données et qui seront détaillés par la suite.

Tableau 2

Identification des interventions infirmières systémiques

Processus de communication	Catégories d'interventions systémiques	Interventions systémiques spécifiques
1. Le contexte	1.1 Favoriser la proximité	1.1.1 Offrir des heures de visites flexibles 1.1.2 Préparer et établir un premier contact avec le patient 1.1.3 Favoriser la participation aux soins de base du patient 1.1.4 Recréer une ambiance familiale
2. La relation	2.1 Agir avec <i>caring</i>	2.1.1 Offrir du soutien et du réconfort 2.1.2 Donner de l'espoir
3. Le contenu	3.1 Transmettre de l'information en tenant compte de la relation dans son contexte	3.1.1 Expliquer le contexte propre à l'unité des SI 3.1.2 Faire un compte rendu verbal de l'état de santé du patient 3.1.3 Expliquer les actes infirmiers prodigués 3.1.4 Expliquer les procédures du transfert d'unité

1. *Le contexte*

Le processus de communication s'inscrit toujours dans un contexte particulier, tel que mentionné précédemment (Watson, 1979). L'infirmière qui intervient pour faciliter la communication avec les familles doit ainsi créer un contexte qui est favorable à une communication optimale. Les résultats obtenus ont permis de déterminer une catégorie d'interventions systémiques, soit : favoriser la proximité entre les membres de la famille et le patient. En d'autres mots, la présence des proches au chevet du patient permet non seulement une communication entre les familles et les patients, mais aussi entre les familles et le personnel soignant. Les trois interventions systémiques spécifiques faisant partie de cette catégorie seront présentées dans cette section : (a) préparer et établir le premier contact avec le patient, (b) favoriser la participation aux soins de base du patient et (c) recréer une ambiance familiale. De plus, il ressort de l'analyse des données recueillies que pour créer un contexte favorable à la communication, les infirmières ont été sensibilisées aux trois interventions systémiques spécifiques et ont adopté de nouvelles pratiques au cours de la collecte des données.

1.1 *Favoriser la proximité*

Tous les membres des familles participant à cette étude ont affirmé qu'ils croyaient aidant que l'infirmière leur permette de voir le patient le plus rapidement possible et le plus souvent possible. En effet, les résultats démontrent que la proximité des familles avec le patient leur permet de créer un contexte favorable pour recevoir de précieuses informations concernant, entre autres, l'état de santé du patient et les

interventions faites au chevet. De plus, le fait d'être présents auprès du patient permet aux membres des familles de constater l'ampleur de la situation ainsi que de recevoir du soutien et du réconfort de la part des infirmières. De cette façon, la création d'un contexte favorable au processus de communication permet d'intervenir tant au plan du contenu que de la relation. De fait, les infirmières ont affirmé que lorsqu'elles permettent aux proches d'être à proximité du patient, celles-ci doivent agir de façon humaine en adoptant une attitude chaleureuse.

1.1.1. Offrir des heures de visites flexibles

Une solution apportée par les membres des familles, pour favoriser la proximité avec les patients est la flexibilité des heures de visites. En effet, selon les familles et les infirmières, pour favoriser la proximité avec les patients, il faut tout d'abord permettre aux familles d'accéder à la chambre. La flexibilité des heures de visites permet ainsi de répondre autant au besoin d'information, de soutien et de réconfort que de proximité comme en témoigne l'extrait suivant :

« Lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille proche, comme un fils, une fille, quand tu fais six heures de route pour venir le voir, et entretemps tu ne penses qu'à cette personne, quand t'arrives ici, il faudrait laisser faire l'heure des visites, donne une chance aux parents, au moins d'aller le voir pour quelques minutes. Ça nous permet de nous faire une image claire de notre enfant et ça permet aux infirmières de nous donner des informations sur son état de santé et de nous rassurer ».

(Père, 2009-05-10)

Le segment suivant démontre la fréquence désirée des visites au chevet du patient du point de vue des membres des familles :

« Je me dis que quand tu es là, que tu attends, c'est ton conjoint qui est là. J'aurais aimé aller faire ma petite tournée aux demi-heures, 5-10 minutes aux demi-heures ou laisser un cinq minutes au moins aux demi-heures. Aux heures, c'est trop long. On angoisse pendant ce temps là ». (Conjointe, 2009-06-19)

Adoption de l'intervention systémique « Offrir des heures de visites flexibles »

Les résultats démontrent la pertinence de cette catégorie d'interventions systémiques infirmières en vue de faciliter la communication avec les familles dans le contexte précis de SI en traumatologie. La flexibilité des heures de visite permet de favoriser la proximité entre les familles et les infirmières. Au début de la collecte des données, lors du premier *focus group* avec les infirmières, ces dernières ont affirmé qu'elles étaient généralement flexibles au sujet des heures de visites. En effet, elles ne respectaient pas de façon stricte le règlement à ce sujet, tel que démontré dans l'extrait suivant :

« Moi c'est rare que je respecte les heures de visites à la lettre, à part quand je les installe (les patients). Tant que la famille ne dérange pas, il n'y a pas de problème. » (Infirmière; 2009-04-16)

Lors du second *focus group*, une démarche réflexive concernant la pertinence de maintenir des heures de visite précises a été faite de la part des infirmières. Les résultats démontrent qu'à cette étape, elles étaient d'accord pour garder des heures précises surtout lors des bains et des changements de quarts de travail pour respecter

l'intimité et la confidentialité des patients. Par contre, elles ont affirmé qu'en dehors de ces périodes, le règlement ne devrait pas être applicable. Les visites des proches au chevet du patient seraient acceptées selon le jugement de l'infirmière. Selon les infirmières, les règles présentement en vigueur sont sévères. Elles vont jusqu'à dire que les heures de visites restreintes donnent l'image que les familles ne sont pas les bienvenues à l'unité des SI, comme en témoigne cet extrait :

« Je pense que le cinq minutes à l'heure fait peur. C'est vraiment écrit comme cela sur la feuille à l'entrée. Deux personnes à la fois, je trouve ça correct qu'ils l'inscrivent, mais cinq minutes par heure, c'est fait sévère. C'est comme si les familles n'étaient pas bienvenues, c'est comme si elles nous dérangent ». (Infirmière, 2009-06-08)

Lors du troisième *focus group* une infirmière dit avoir adopté une nouvelle façon de faire concernant les heures de visites. En effet, celle-ci avise les familles que les heures de visites sont restreintes à cinq minutes aux heures mais qu'elles sont aussi à la discrétion de l'infirmière. De cette façon, le règlement semble moins rigide et permet une lassitude de la part des infirmières. Voici le témoignage d'une infirmière à ce sujet :

« Moi maintenant je leur dis que les heures de visites ça reste cinq minutes aux heures. De dire que c'est à la discrétion (de l'infirmière) et que ce n'est pas toujours aussi rigide, c'est beaucoup mieux ». (Infirmière; 2009-12-15)

1.1.2 *Préparer et établir un premier contact avec le patient*

L'accueil est un moment critique dans l'expérience que vivent les membres des familles dont un proche est hospitalisé dans une unité de SI spécialisés en traumatologie. Étant donné le caractère inopiné d'un trauma, c'est souvent à ce

moment que ces derniers reçoivent les premières informations concernant le patient. C'est aussi le moment du premier contact avec le patient hospitalisé qui est souvent une épreuve difficile pour les familles, c'est pourquoi les infirmières doivent les préparer. En fait, le premier contact entre les familles et le patient est très important pour les deux parties. C'est à ce moment que les proches ont une première image du patient et réalisent l'ampleur de la situation critique.

« La première fois que j'ai pu voir ma fille, c'est là que j'ai compris la gravité de son état. C'est le moment que j'ai trouvé le plus difficile. C'est dure pour un père de voir sa fille brancher de partout. Une chance que l'infirmière m'avait donné des explications avant sur ce que j'allais voir. Mais c'était quand même tout un choc ».
(Père; 2009-12-05)

Les résultats démontrent par contre qu'il n'est pas toujours possible pour les infirmières de faire entrer les membres des familles dès leur arrivée sur l'unité puisqu'à l'admission du patient, il arrive souvent que des appareillages doivent être installés de façon urgente (p. ex., une intubation ou une installation de cathéters centraux). Dans de telles circonstances, la présence des membres de famille n'est pas favorable selon les infirmières du milieu. C'est l'AIC qui doit ainsi aviser l'infirmière soignante de leur présence et cette dernière s'engage à aller les chercher aussitôt que la situation le permet, tel que l'explique l'extrait suivant.

« J'avais tellement de peine, je pleurais tellement de le voir, quand même que j'aurais voulu voir mon mari, c'était impossible puisqu'on m'a dit d'attendre, qu'ils étaient est en train de le brancher ».
(Conjointe, 2009-06-19)

Adoption de l'intervention systémique « Préparer et établir un premier contact avec le patient »

Lors du premier *focus group* une seule infirmière a mentionné préparer le premier contact avec le patient. Les autres infirmières ont été sensibilisées à l'intervention systémique et ont souligné l'importance de cette intervention sans s'avancer sur la façon dont elle l'applique dans leur pratique. Une infirmière a expliqué son approche de la façon suivante :

« Mon approche, c'est comme : fais-les entrer une fois, explique tout en détails calmement et cette famille, tu ne l'entendras plus pendant les prochaines heures, parce qu'elle va être rassurée. Elle aura vu le patient, se sera fait une idée de la situation. Des fois, juste d'avoir le premier coup d'œil, la première information, c'est comme ok, ils m'ont dit ça, elle m'a dit que je pouvais aller prendre un café, je serais mieux d'aller là, c'est correct ». (Infirmière, 2009-04-16)

Les autres infirmières ont plutôt décrit la situation de cette façon :

« Moi, j'aimerais qu'il y ait quelque chose quand c'est la première fois que les patients arrivent, le premier contact, qu'il y ait quelque chose d'établi, une espèce de façon de faire qui fait, en trauma là, les transferts de... on a souvent des transferts d'autres hôpitaux, on n'a pas toute l'information comment ça s'est passé là-bas. Des fois, on ramasse ». (Infirmière; 2009-04-16)

Lors du second *focus group*, les infirmières ont discuté de la procédure idéale, selon elles, afin de préparer le premier contact avec le patient. De plus, les infirmières ont discuté de l'importance de la mise en place de l'intervention systémique « préparer le premier contact avec le patient » et ont poussé leur réflexion au sujet du processus de communication globale. Il est, selon elles, primordial que les infirmières prennent le temps de bien préparer les membres de famille à cette difficile réalité. D'une part, elles

doivent mettre de l'avant les interventions aux plans affectif et comportemental en agissant avec *caring* et, d'autre part, définir un portrait réaliste de l'état visuel du patient, de l'appareillage technologique (p.ex., appareils, monitoring, tubes, cathéters) et, finalement, expliquer le rôle des divers professionnels de la santé. Une infirmière a même décrit la façon dont elle met maintenant en application cette intervention systémique.

« La première rencontre avec la famille est toujours très déterminante et on devrait aller les voir autant pour le choc que la famille va avoir en voyant le patient, que de pouvoir les voir avant d'être au chevet du patient, situer ce qu'ils savent de l'état du patient ou ce qu'ils ont su avant de se présenter ici, qu'on puisse s'en parler et leur offrir du soutien. Moi c'est ce que je fais maintenant. »
(Infirmière; 2009-06-08)

Au troisième *focus group*, le sujet n'a pas été abordé.

1.1.3 Favoriser la participation aux soins de base du patient

Tout au long de l'épisode de soins, les résultats de la présente démontrent qu'il est important que les infirmières favorisent la proximité des membres de la famille avec le patient afin de créer un contexte favorable au processus de communication. Malgré les heures de visites restreintes, les infirmières doivent maximiser le temps passé auprès de du patient et encourager sa famille à lui parler et lui toucher en favorisant, entre autres, la participation aux soins de base. L'extrait de la page suivante représente un témoignage d'un membre de famille à ce sujet.

« Moi, j'étais là tout le temps, j'essayais de respecter les heures de visites. Il était connecté, il était à côté du poste des infirmières. Des fois quand mon 5-10 minutes était passé, je me dépêchais de sortir, mais j'aurais aimé qu'on me donne plus de temps, j'avais besoin d'être à ses côtés, de savoir ce qui se passait avec lui, de l'aider à se brosser les cheveux, à faire sa barbe. Quand j'étais dans la chambre, au moins j'avais de l'info ». (Conjointe, 2009-06-19)

Favoriser la participation des membres de famille aux soins du patient n'est pas une pratique courante dans l'unité des SI où a eu lieu l'étude. Malgré le fait que les infirmières voient un avantage concret à la mise en place de cette pratique, elle n'est pas systématiquement mise de l'avant comme en témoignent les deux extraits suivants.

« Il y a juste quand ils faisaient sa toilette, ils fermaient les rideaux et moi j'aurais aimé participer davantage. » (Conjointe, 2009-06-19)

« J'aurais voulu participer à la toilette et regarder sa plaie comment c'était rendu. Par contre, il y en a d'autres, c'était à rideaux ouverts, quand t'arrivais, ils te laissaient là, ça ne les dérangeait pas ». (Conjointe, 2009-06-19)

Adoption de l'intervention systémique « Favoriser la participation aux soins de base du patient »

L'analyse des données empiriques recueillies démontre que de favoriser la participation aux soins de base du patient s'avère une intervention infirmière systémique facilitant la communication avec les familles. En responsabilisant les familles, elles se sentent impliquées dans les soins au patient et disent éprouver un sentiment d'utilité, voire d'accomplissement. Lors du premier *focus group*, une infirmière a décrit la façon dont elle pourrait mettre en application l'intervention systémique

« favoriser la participation aux soins de base du patient ». Dans le témoignage suivant, l'infirmière soulève le fait que non seulement la participation aux soins de base a des vertus pour les membres de famille, mais peut aussi avoir plusieurs effets positifs chez le patient, entre autres, en respectant la dignité de celui-ci.

« Il faut se mettre dans la peau du patient [...] des fois, on aimerait peut-être mieux que ce soit notre mère ou notre frère ou quelqu'un qu'on aime qui nous donne notre bain, nous brosse les cheveux plutôt qu'un étranger. Des fois, ça dépend toujours des cultures, il y a plein de choses qui entrent en compte, mais d'impliquer les familles, c'est vraiment intéressant. Je pense que je vais essayer ça ».
(Infirmière, 2009-04-16)

Lors du second *focus group*, une infirmière a adopté cette nouvelle pratique. Les résultats démontrent aussi qu'en favorisant la participation aux soins de base du patient, la présence des membres de famille permet aux infirmières de donner de l'information concernant le patient (p. ex., son état de santé ou encore les interventions faites au chevet). En fait, il s'agit de combiner plusieurs interventions relativement au contenu du processus de communication et à la relation comme le démontre l'énoncé suivant :

« J'ajouterais que même si les familles sont là, s'il est agité, on va leur dire, je vais le rendormir un peu plus profondément pour protéger ses fonctions cérébrales. Ce que j'ai remarqué c'est que les familles vont parfois demander pourquoi vous lui parlez. Parce qu'on leur parle toujours aux patients, il faut même les toucher. C'est ce que je fais. Toujours expliquer, autant à la personne couchée dans le lit qu'à la famille. Oui, effectivement je trouve que ça rassure la famille de savoir qu'elle peut toucher et parler au patient ».
(Infirmière, 2009-06-08)

L'extrait suivant démontre l'adoption de l'intervention systémique « favoriser la participation aux soins de base du patient » chez une des infirmières participantes :

« J'ai dit à la fille d'une patiente qu'elle pouvait lui brosser les cheveux si elle le voulait et elle m'a regardée et m'a dit [...] j'ai le droit de faire ça ? Oui. Pour elle, c'était être utile pour soigner ma mère ». (Infirmière, 2009-05-28)

Lors du troisième *focus group*, le sujet n'a pas été abordé.

1.1.4 *Recréer une ambiance familiale*

Recréer une ambiance familiale signifie de « créer un contexte familial », par exemple apporter des objets personnels, une brosse à dents, des photos, des jouets, etc. Cette intervention favorise non seulement la participation des familles aux soins du patient, mais permet également aux infirmières de recueillir de précieuses informations sur le génogramme et l'écocarte du patient ainsi que d'établir une relation comme en témoignent le segment suivant :

« Moi j'ai vraiment apprécié pouvoir apporter des photos. Comme ça les infirmières pouvaient voir de quoi avait l'air ma fille avant l'accident et ma fille pouvait voir les membres de sa famille sur photo. On a aussi fait ça pour essayer d'aider sa mémoire, pour qu'elle se sente un peu comme chez elle ». (Père; 2009-12-05)

Adoption de l'intervention systémique « Recréer une ambiance familiale »

Lors du premier *focus group*, une infirmière a souligné l'importance de l'intervention systémique « Recréer une ambiance familiale ». Les autres infirmières, pour la plupart n'avait pas songé à cette intervention dans le but de favoriser la communication entre elles et les membres des familles. Voici comment une infirmière à décrit cette intervention :

« C'est de demander à la famille : Est-ce qu'il a un petit surnom votre papa ou votre maman. À un moment donné les petits moments de familiarité qu'on peut se permettre quand la famille est là, pour la famille, ça aide. Les photos aussi nous permettent de voir le patient avant, de savoir s'ils ont des enfants, ça donne de l'information aussi le génogramme. On peut partager avec eux à partir des photos. Ça aussi ça peut aider aussi à développer une relation de confiance avec eux, de savoir qu'on s'intéresse à eux ». (Infirmière, 2009-04-16)

Lors du second *focus group*, une infirmière s'est exprimé au sujet de cette intervention systémique et a décrit la façon dont elle a adopté ce changement de pratique :

« Le petit détail aussi, les effets personnels dont on a besoin, le savon, la brosse à dents, ces choses-là, juste de confier des tâches à la famille ça aide. Lorsqu'ils ont quelque chose à faire pour le patient, ils ont l'impression qu'ils aident, qu'ils participent à la guérison du patient. Je l'ai essayé et ça fonctionne ». (Infirmière, 2009-06-08)

Finalement, lors du troisième *focus group*, une infirmière différente a elle aussi décrit sa façon dont elle a adopté ce changement de pratique :

« Appeler le patient par son surnom, j'avais jamais pensé à ça. Chez les personnes âgées habituellement je les appelle Monsieur Untel, Madame Unetelle mais des fois ils ne comprennent pas parce qu'ils ne sont pas habitués de se faire appeler Monsieur. Alors j'essaie maintenant de les appeler par leur surnom quand ça ne fonctionne pas avec Monsieur. Souvent ils réagissent mieux. »

(Infirmière : 2009-12-15)

2. *La relation*

Tel que mentionné antérieurement, le processus de communication correspond non seulement à la transmission de l'information, mais représente aussi l'établissement d'une relation entre l'infirmière et le membre de la famille dans un contexte particulier. En ce sens, la nature relationnelle se réfère aux sphères affective et comportementale du processus de communication (Wright & Leahey, 2005). Les résultats démontrent que pour assurer une relation thérapeutique entre l'infirmière et les membres de familles, celle-ci doit démontrer une sensibilité envers l'autre, une ouverture et surtout adopter une philosophie d'humanisation des soins. Ainsi, la catégorie d'interventions infirmières systémiques qui a émergé de l'analyse des données empiriques est : (a) agir avec *caring*. De cette catégorie, la première intervention systémique spécifique qui a émergé est « offrir du soutien et du réconfort ». L'infirmière qui veut offrir du soutien et du réconfort doit détenir sept « savoirs être » différents : (1) empathie, (2) écoute active, (4) attitude chaleureuse, (5) authenticité et (6) respect. La seconde intervention

systemique spécifique est « donner de l'espoir ». À la fin de cette section, l'adoption des interventions spécifiques sera détaillée.

2.1 *Agir avec caring*

2.1.1. *Offrir du soutien et du réconfort*

Les résultats obtenus démontrent que de l'accueil jusqu'au transfert d'unité, l'intervention « offrir du soutien et du réconfort » est particulièrement importante. En fait, elle doit teinter la pratique des infirmières en tout temps. Suite à l'analyse des données recueillies, l'étude révèle que les familles considèrent aidant l'infirmière qui démontre une approche humaniste en offrant du soutien et du réconfort. À cet effet, l'infirmière doit détenir certains « savoirs être » notamment de l'empathie, une écoute active, une attitude chaleureuse, une authenticité et du respect. Cette approche humaniste de philosophie de soins centrés sur la famille aide à établir une relation de confiance avec les infirmières et permet une meilleure communication, tel qu'en témoigne le segment suivant.

« La communication dépend de la relation de confiance que les infirmières vont établir avec les familles [...] il faut les réconforter et les soutenir dès le départ. De cette façon, on crée une relation avec eux. Si au contraire on est tout de suite fermée et froide à leur arrivée, ils vont développer une certaine agressivité, une frustration envers le personnel soignant ». (Infirmière, 2009-04-16)

« *Savoirs être* » nécessaires à l'intervention systémique « offrir du soutien et du réconfort »

L'empathie. Ce « savoir être » représente la capacité de se mettre à la place de l'autre et ressentir ses sentiments et ses émotions (Watson, 1979). Ainsi, l'infirmière comprend ce que le proche vit et démontre de l'empathie envers celui-ci. Il ressort des données empiriques que l'hospitalisation d'un proche à une unité de SI en traumatologie est une épreuve douloureuse et hautement stressante qui est souvent perçue comme étant injuste de la part des familles. Ces dernières ont l'impression d'être impuissantes et incomprises dans cette situation. Les résultats montrent que l'infirmière démontrant de l'empathie permet aux membres de famille de réaliser qu'ils ne sont pas les seuls à vivre une telle expérience et qu'ils peuvent la partager en sachant que celle-ci peut les comprendre, tel qu'en témoigne l'extrait suivant.

« Quand je suis arrivé aux soins intensifs je me sentais perdu, j'étais bouleversé. J'avais l'impression que personne ne pouvait comprendre ce que je vivais, la rage et la peine que je ressentais. Je suis entré dans la chambre de ma fille et l'infirmière a pris le temps de m'écouter. Elle m'a mis la main sur l'épaule et m'a dit qu'elle comprenait ce que je vivais. J'ai tout de suite senti que je n'étais pas tout seul là-dedans. Ça m'a réconforté malgré toute ma peine ».

(Père, 2009-12-05)

L'écoute active. Selon les résultats de la présente étude, étant donné la surcharge de travail des infirmières et leurs conditions de travail souvent difficiles, il peut s'avérer laborieux pour elles de consacrer plusieurs minutes de leur temps aux familles. Pourtant, l'analyse des données confirme que les membres de famille aux SI en traumatologie vivent le plus souvent une situation de crise et ont besoin de s'exprimer par rapport à cette expérience douloureuse. De plus, les proches veulent sentir que les

infirmières sont disponibles pour eux lorsqu'elles ne sont pas débordées par le travail puisqu'ils désirent prioritairement qu'elles prennent soin du patient. Le segment suivant décrit l'importance de ce « savoir être ».

« Juste le fait qu'elles (infirmières) soient là, à son chevet (au patient), c'était beaucoup. Elles étaient beaucoup à l'écoute. C'est ce que l'infirmière a fait qui m'a le plus aidé. »
(Conjoint; 2009-05-09)

L'attitude chaleureuse. Les résultats montrent qu'une infirmière qui agit avec *caring*, adopte une attitude chaleureuse envers les membres de familles. De fait, les proches interviewés désirent ressentir qu'ils sont les bienvenus dans l'unité des SI en traumatologie. Selon un membre de famille interviewé, une infirmière souriante et accueillante envers les familles « pose un baume sur leurs plaies ». D'un autre côté, certains ont affirmé qu'une infirmière impolie ou froide peut donner un tout autre sens à l'expérience vécue par les familles. En effet, certains proches ont mentionné que si l'infirmière n'adopte pas une attitude chaleureuse lors de leur première visite sur l'unité, ils peuvent développer un sentiment de défensive qui pourrait aller jusqu'à de la frustration envers le personnel soignant de l'unité. L'extrait suivant en témoigne.

« Autrement dit, les infirmières qui soignaient mon mari étaient toutes supers gentilles, mais il y en a juste une qui était moins chaleureuse, même bête. Elle m'a sorti un moment donné, je n'étais pas contente. Elle m'a dit : *Madame, faudrait peut-être attendre, faut respecter l'intimité des autres aussi.* C'est sûr que celle-là, elle te frustre un peu et ton stress augmente. Une autre madame pleurait à cause d'elle et je lui ai dit de ne pas s'en faire. Si cela avait été elle le premier jour de l'hospitalisation de mon mari, ça aurait été atroce ». (Conjointe, 2009-06-19)

L'authenticité. Ce « savoir être » est primordial pour faciliter la communication avec les familles dans un contexte de SI en traumatologie. Effectivement, les résultats démontrent qu'il s'agit d'une attitude professionnelle essentielle pour construire une relation de confiance avec les familles. Dans l'énoncé qui suit, un membre de famille décrit l'importance de l'authenticité des infirmières:

« Nous avons apprécié que les infirmières soient honnêtes et vraies avec nous. Ça nous donnait confiance en elles [...] ça me permettait de dormir sur mes deux oreilles la nuit quand je n'étais pas à l'hôpital ». (Mère, 2009-05-22)

Le respect. Il ressort de l'analyse des données que pour « agir avec *caring* », l'infirmière doit être respectueuse. Associé aux sphères affective et comportementale du processus de communication, le respect se traduit, entre autres, par la politesse, l'intimité, la confidentialité et l'éthique. L'extrait suivant démontre l'importance de ce « savoir être ».

« Les infirmières étaient toutes très polies et respectueuses envers notre famille. Ça nous a tout de suite donné confiance. Par exemple, quand j'arrivais à la chambre, je disais que j'étais la mère, je demandais qui était l'infirmière et elle se présentait. J'ai beaucoup apprécié ». (Mère, 2009-05-22)

Adoption de l'intervention systémique « Offrir du soutien et du réconfort »

L'analyse des résultats démontre que dès le premier *focus group*, l'intervention systémique spécifique « offrir du soutien et du réconfort » était déjà bien encrée dans la pratique quotidienne des infirmières. Le milieu choisi pour l'étude a d'ailleurs choisi les valeurs humanistes de la philosophie du *caring* de Jean Watson (1979) pour guider la

pratique infirmière dans tout l'établissement. Les infirmières participantes à l'étude, déjà sensibilisées à cette philosophie, ont donc souligné l'importance d'offrir du soutien et du réconfort pour « agir avec *caring* » et décrit leur façon d'intervenir comme le démontre l'extrait suivant :

« Nous les infirmières, on commence par se présenter, prendre deux minutes, de s'arrêter, de leur parler et de ne pas faire ça en faisant quelque chose d'autre. Lorsqu'on est attentive envers eux, on leur permet de désamorcer la bombe, de diminuer leur stress. Quand on est débordée, on leur explique que pour le moment il faut s'occuper du patient, mais qu'on ne les oublie pas et que nous serons disponibles dès qu'on pourra pour leur offrir du soutien. Si on démontre de l'écoute, ils verront qu'on est professionnelle ». (Infirmière, 2009-04-16)

Lors du second *focus group*, la discussion s'est poursuivie concernant l'intervention « offrir du soutien et du réconfort ». Les infirmières participantes ont souligné l'importance de cette intervention systémique pour établir une relation de confiance. Une des infirmières a d'ailleurs été sensibilisée à ce fait comme le démontre le segment suivant.

« L'écoute active, c'est bien fait en général. Mais c'est vrai qu'ils (les proches) ont besoin d'être rassurés que lorsqu'ils sont au chevet du patient que l'infirmière va être là pour les écouter si jamais ils ont des questions, ils ont besoin de parler. D'ailleurs un monsieur qui me disait qu'à chaque fois qu'il rentrait, c'est arrivé souvent que l'infirmière disait : si vous avez des questions, gênez-vous pas, venez me voir. Je me rends compte que pour eux c'était vraiment important pour la relation de confiance. La même chose pour le soutien, ils ont besoin d'être rassurés. Ils disaient, je posais souvent la même question, c'est juste parce que j'ai besoin d'être rassuré, pas nécessairement parce que je ne comprends pas... » (Infirmière; 2009-06-08)

Lors du troisième *focus group*, l'adoption de l'intervention systémique spécifique « *offrir du soutien et du réconfort* » n'a pas été largement décrite puisque l'intervention était déjà bien implantée et avait largement été discutée lors des deux *focus groups* précédents. Par contre, une infirmière a souligné l'importance de rassurer le membre de la famille qu'il peut être contacté si l'état de santé du patient change lorsqu'il est absent de l'unité des SI en traumatologie.

« Par exemple, je l'ai rassurée (une proche) qu'on pouvait la téléphoner si jamais la situation de santé du patient change lorsqu'elle n'était pas présentes à l'unité. Je sais que vous le faites, c'est juste que ça n'avait jamais été ressorti, sauf pour la dernière famille rencontrée. La dame m'a dit qu'elle pouvait dormir sur ses deux oreilles, parce que si jamais il y avait quoi que ce soit elle serait appelée, elle avait son téléphone avec elle, c'était très rassurant pour elle. »

(Infirmière; 2009-12-15)

2.1.2 Donner de l'espoir

Donner de l'espoir aux proches représente une intervention infirmière systémique qui peut s'avérer délicate en raison du fait que l'état de santé précaire et instable des patients généralement admis à l'unité des SI peut laisser présager le pire, soit la mort ou encore des séquelles importantes. Selon l'analyse des données, il est parfois difficile pour l'infirmière de donner aux familles de l'espoir dans cette situation aussi critique et imprévisible. Pourtant, les résultats démontrent que les membres de familles considèrent aidant l'infirmière qui entretient des espoirs réalistes. La très grande majorité des participants affirment se sentir soutenus par l'infirmière qui prodigue cette intervention systémique spécifique et permet ainsi, pour certaines familles, d'entretenir une relation de confiance, tel que démontré dans les segments de la page suivante.

« Ils (les membres de l'équipe soignante) ont été clairs avec nous, il (le patient) était en danger [...] on n'aimait pas cette réponse mais c'était la réalité[...] C'est certain qu'à ce moment là j'avais besoin d'espoir et de me sentir supportée. »
(Mère; 2009-05-22)

« Donner un espoir réaliste, pas de faux espoirs. Par exemple, on peut leur dire : *on ne sait pas ce qui va advenir de tout ça, mais soyez ouverts à tout* ».
(Infirmière, 2009-06-08)

Adoption de l'intervention systémique « donner de l'espoir »

Lors du premier *focus group*, les infirmières participantes ont été sensibilisées à l'intervention systémique « donner de l'espoir ». En effet, trois infirmières ont dit donner de l'espoir lorsque la situation s'y prête et ce, sans donner de faux espoirs à la famille, comme le démontre l'extrait qui suit.

« C'est difficile des fois pour nous de leur donner la réponse qu'ils aimeraient entendre, voire l'amélioration (de l'état de santé du patient), mais moi c'est un besoin que je vois beaucoup. Vraiment, ils veulent être au fait, ne rien manquer[...] Mais c'est vrai que juste des petites améliorations, ça les repeppe pendant un petit bout ».
(Infirmière; 2009-04-16)

Lors du second *focus group*, une infirmière a affirmé avoir questionné un membre de famille au sujet de l'intervention « donner de l'espoir » afin d'en valider l'importance dans le but de faciliter la communication avec les familles. De cette façon, les autres infirmières présentes au *focus group* ont pu apprécier les retombées en lien avec l'adoption de cette intervention systémique, tel que démontré dans l'extrait de la page suivante.

« Donner de l'espoir mais pas de faux espoirs. Les membres de la famille ont été clairs là-dessus aussi. Ils ont besoin de se faire dire que ça va bien aller ou que c'est normal dans cette situation qui se passe telle ou telle chose. Donc l'espoir pour eux c'était très important ». (Infirmière; 2009-06-08)

Finalement, lors du troisième *focus group*, le sujet n'a pas été abordé.

3. *Le contenu*

Le contenu du processus de communication se réfère à la transmission de l'information proprement dite et requiert une implication au plan cognitif de la part des infirmières. Les résultats obtenus démontrent que la catégorie d'intervention concernant le contenu est : (a) transmettre de l'information. Cette catégorie d'intervention comprend quatre interventions spécifiques soit: 1) expliquer le contexte des SI spécialisés en traumatologie, 2) faire un compte rendu de l'état de santé du patient, 3) expliquer les actes infirmiers prodigués et 4) expliquer les procédures de transfert d'unité. Ces interventions spécifiques seront présentées dans cette section et l'adoption des interventions systémiques tout au long de la collecte des données sera décrite.

3.1 *Transmettre de l'information en tenant compte de la relation dans le contexte*

3.1.1. *Expliquer le contexte des SI en traumatologie*

Les résultats révèlent que les infirmières œuvrant dans un contexte de SI spécialisés en traumatologie doivent transmettre aux familles des informations concernant le contexte de ce type d'unité de soins, et ce, dès leur arrivée. Plus spécifiquement, les infirmières interviennent en donnant des informations au sujet des heures de visites, des règlements de l'unité, des changements de quarts de travail, des types de soins offerts, de la disposition des lieux physiques ainsi que des rôles des divers intervenants. De plus, les familles doivent savoir où et à qui s'adresser pour recevoir de l'information concernant le patient. L'analyse des données démontre que cette intervention infirmière permet de rassurer les familles et ainsi de diminuer le niveau de stress vécu par ces dernières. À ce sujet, un extrait présenté ci-dessous traduit comment un membre de famille décrit cette intervention systémique.

« Quand je suis arrivée, j'aurais aimé ça qu'on me donne des informations sur à qui je dois m'adresser et sur qui est qui. Une chance qu'ils ont des uniformes différents pour les distinguer sinon je n'aurais pas su. Quand on arrive on est sous le choc, tout va trop vite. Il faudrait quelqu'un pour nous rassurer et nous expliquer comment ça marche. »
(Père; 2009-12-05)

Adoption de l'intervention systémique « Expliquer le contexte des SI en traumatologie »

Lors du premier *focus group*, les infirmières ont affirmé qu'aucune procédure systémique n'était en place dans l'unité des SI retenue pour l'étude dans le but d'expliquer le contexte des SI en traumatologie. Les infirmières interrogées sont conscientes de l'importance de l'intervention mais désiraient un changement de pratique à cet effet.

« Chaque fois que j'ai une famille qui rentre, même comme tantôt ce n'était pas mon patient. Ces gens-là arrivent de l'extérieur, je ne sais pas ce qu'ils se sont fait dire là-bas, je n'ai aucune information. T'as quasiment le goût de leur dire *savez-vous comment ça marche ici?* Ils entrent comme une balle dans la chambre et dans le fond ça partait mal. Si ça pouvait marcher autrement quand la famille d'un patient comme ça arrive ce serait mieux. Que l'infirmière aille les rencontrer avant pour leur dire la routine de l'unité. Il y a une espèce d'étape qu'on saute souvent quand les familles arrivent ».
(Infirmière; 2009-04-16)

Lors du second *focus group*, des infirmières ont décrit la façon dont elles procèdent pour expliquer le contexte des SI en traumatologie aux membres des familles. Elles ont aussi affirmé qu'un dépliant explicatif pourrait être utile afin de répondre à cette intervention systémique. À ce moment, seule une feuille sommaire (p.ex. numéros de téléphones et heures de visites) très peu utilisée était disponible aux fins de distribution aux familles. Par contre, les infirmières interrogées ont souligné le fait que pour adopter cette intervention systémique spécifique, des actions autres que la distribution d'un dépliant peuvent être envisagées comme le démontre l'extrait de la page suivante.

« Les familles ont souvent beaucoup de questions par rapport à l'appareillage technologique et aux lieux physiques. Ils sont souvent impressionnés de voir les patients intubés et tous les instruments. Il est donc important de leur donner des informations à ce sujet dès leur arrivée. Aussi, ils ne savent pas toujours distinguer les professionnels entre eux. Finalement, il faut leur dire qui appeler et où s'informer lorsqu'ils veulent avoir des nouvelles. Moi (infirmière), je leur donne souvent mon numéro de poste pour qu'ils puissent me rejoindre. Comme ça on part du bon pied, on sauve du temps, les familles se sentent rassurées ».

(Infirmière, 2009-04-16)

Une solution pour l'adoption de cette intervention systémique a été soulevée par les infirmières lors du troisième *focus group*, soit : la rédaction d'un document explicatif sous forme de dépliant comprenant des informations au sujet du contexte de l'unité des SI en traumatologie. Plus précisément, il contiendrait des informations au sujet des heures de visite, des rôles des différents intervenants, des personnes à qui s'adresser, des numéros de téléphone importants, des règlements de l'unité, des rencontres familiales et du transfert d'unité. Ce document serait distribué aux familles dès leur première visite par l'assistante infirmière-chef ou la commis présente au poste d'accueil. L'analyse des données démontre que selon les infirmières, le dépliant faciliterait la communication avec les familles de façon indirecte. Le prochain segment représente l'opinion d'une infirmière à ce sujet :

« Avoir un outil pratique, un dépliant avec les informations les plus importantes sur la routine de l'unité, les rencontres familiales, les heures de visites, les numéros de téléphone. Je pense que ça pourrait les aider (les familles). Si on le dit verbalement, le monde vont s'en aller, ils vont partir, ils ne s'en souviendront plus ».

(Infirmière, 2009-04-16)

3.1.2 *Faire un compte rendu verbal de l'état de santé du patient*

Selon les propos relatés durant la collecte de données, l'anticipation de faire face à la mort constitue une peur au quotidien pour les familles. Suite à l'analyse des résultats, il est démontré que les infirmières doivent intervenir rapidement auprès des familles dès leur première visite dans l'unité des SI en traumatologie en les informant tout d'abord sur la précarité et la stabilité ou non de l'état de santé du patient. Les membres des familles veulent savoir si la vie du patient est en danger ou non et quelles seront les séquelles potentielles. L'extrait suivant exprime clairement l'importance de cette intervention :

« Ce que je voulais que l'infirmière fasse, c'était de me dire comment il allait, est-ce que sa vie était en danger [...] je savais qu'il était dans un état critique. Je voulais que l'infirmière me donne de l'information. Qu'elle me fasse un compte rendu. J'avais besoin d'être rassurée, j'étais sous le choc ».

(Conjointe, 2009-06-19)

Les résultats révèlent que pour faciliter la communication avec les familles, les infirmières doivent intervenir rapidement pour donner un compte rendu verbal de l'état de santé du patient dès son admission à l'unité des SI en traumatologie. En outre, cette intervention doit se poursuivre tout au long de l'épisode de soins. De fait, l'analyse des données recueillies soulève que les infirmières doivent quotidiennement informer les familles au sujet des événements qui sont survenus lorsque ces derniers n'étaient pas présents au chevet du patient (p. ex. au cours de la nuit), de l'état de santé actuel du patient et des examens prévus. Cette intervention rassure les familles en plus de

contribuer à l'établissement de la relation de confiance avec les infirmières, tel que le démontrent les extraits suivants :

« Le matin, je savais tout ce qui s'était passé dans la nuit. S'il avait fait de la température, elles (les infirmières) me le disaient. De la part des infirmières, c'était super. J'avais confiance en elles (les infirmières) ». (Père, 2009-12-05)

« L'information est passée un petit peu mieux, mais chaque fois que je rentrais dans la chambre, pour la première fois, les infirmières disaient : "Votre fils a passé une nuit très calme, tout s'est bien déroulé, s'il avait eu des problèmes, elles (les infirmières) me le disaient tout de suite en arrivant ». (Père, 2009-05-10)

Afin d'éviter la duplication des informations transmises aux proches, l'étude révèle que l'infirmière doit cibler un membre au sein de la famille à qui s'adresser. Cette pratique permet de préserver la confidentialité du patient en. Le fait de cibler une seule personne à qui donner de l'information à pour effet de favoriser un lien de confiance entre les familles et les infirmières :

« Il est important de cibler une personne à qui on va fournir l'information parce que sinon on peut répéter la même information avec quatre personnes différentes et là, les familles deviennent mélangées et perdent confiance en nous ». (Infirmière, 2009-04-16)

Lorsque l'infirmière intervient auprès des familles en donnant un compte rendu au sujet de l'état de santé du patient, elle doit aussi assurer la concordance des informations transmises par les différents intervenants. C'est pourquoi, la lecture du dossier, la présence aux rencontres familiales, le rapport interservices et la consultation du « kardex » sont trois pratiques établies et implantées dans le milieu, mais toutefois sans être systématique. Les segments de la page suivante décrit cette intervention.

« C'est sûr que si j'assiste à une rencontre de famille, je vais le dire à l'infirmière de nuit, si la famille appelle ou si elle est présente, l'infirmière doit savoir quoi dire et ne pas dire parce que parfois c'est comme nébuleux ».

(Infirmière, 2009-04-16)

« Il y a le rapport interservices pour ce qui est de la concordance *nursing* et dans ce rapport, par exemple que de nouvelles informations sont notées, ça fait partie de notre rapport. Alors, il y a la travailleuse sociale, le médecin aussi à savoir s'il a statué sur quelque chose dans la journée, c'est dans notre rapport, fait qu'on se trouve à *scanner* un peu les professionnels qui ont visité le patient dans la journée. Et quand c'est oublié [...] moi personnellement dans ma routine, j'aime ça me situer et je vais aller voir les dernières notes, physio, ergo, etc. »

(Infirmière, 2009-05-28)

À l'unité de traumatologie, il est aussi possible pour les familles de prendre rendez-vous auprès des commis à l'accueil pour participer à des rencontres familiales avec les médecins intensivistes ainsi que les infirmières. Les résultats révèlent que cette pratique favorise l'implantation de l'intervention « faire un compte rendu verbal de l'état de santé du patient ». Lors de ces rencontres familiales, une mise à jour au sujet de l'état de santé du patient est dite, et ce, dans une perspective interdisciplinaire. Les infirmières y participent depuis peu et cette intervention, selon les résultats, facilite grandement la communication avec les familles. Ainsi en témoigne un membre de famille.

« Je trouve que c'est très important les rencontres familiales. Les infirmières et le médecin viennent nous rencontrer, ils nous expliquent vraiment ce qui s'est passé dans les deux dernières journées, ce qui s'est passé avec le patient et où on s'en va. Je suis consciente en même temps qu'ils sont très occupés, mais je pense que toutes les familles comprennent ça. On se sent rassuré, on sent qu'on va avoir un endroit où poser nos questions ».

(Conjointe, 2009-06-19)

Dans l'extrait suivant, un membre de famille exprime son intérêt pour la participation des infirmières aux rencontres familiales, mais aussi l'importance de la part des infirmières de les préparer avant la rencontre :

« J'étais contente parce que l'infirmière nous a dit qu'elle allait assister à la rencontre, mais comme il était cinq heures, elle était partie probablement. J'aurais aimé qu'elle soit là. Elle nous aurait réexpliqué ce que le médecin nous a dit parce qu'après les rencontres on a souvent beaucoup de questions. Elle m'avait dit de me préparer en écrivant mes questions et ça m'a beaucoup aidée ».

(Conjointe, 2009-06-19)

Adoption de l'intervention systémique « Faire un compte-rendu verbal de l'état de santé du patient »

Lors du premier *focus group*, il a été soulevé que les infirmières doivent donner des informations concernant le diagnostic et le pronostic du patient dès l'arrivée des membres des familles dans l'unité des SI. Selon les résultats obtenus, les infirmières doivent valider les informations reçues préalablement par les médecins intensivistes car leur rôle n'est pas d'annoncer un diagnostic et un pronostic, mais bien de répondre aux questions et donner des explications à ce sujet. Voici le témoignage d'une infirmière sur la façon dont cette intervention systémique était appliquée dans sa pratique lors du premier *focus group* :

« Au début, c'est le médecin qui va expliquer, dire c'est quoi le pronostic, l'évolution, les séquelles possibles qui pourraient arriver, la sévérité, il importe d'être là quand il explique le tout à la famille et ce n'est que par la suite s'ils ont des choses qu'ils n'ont pas comprises qu'on peut revenir là-dessus. Il ne faut pas s'avancer sur le diagnostic et le pronostic, c'est un rôle médical, mais il faut répondre aux questions des familles, ça les met en confiance ».

(Infirmière, 2009-06-08)

De plus, toujours lors du premier *focus group*, les infirmières ont souligné l'importance de donner un compte-rendu de l'état de santé du patient au moins quotidiennement aux membres des familles. À cet effet, une infirmière a proposé une manière de procéder.

« Moi, je pense qu'on pourrait aller valider à chaque jour, qu'est-ce qu'ils savent (les familles), qu'est-ce qu'ils vous ont dit, où on en est rendu et là, donner le compte rendu de nous ce qu'on voit, comment ça va par rapport à ce qu'ils nous ont dit [...] Ce que j'observe aussi c'est que les familles ont besoin d'information, plus que quotidiennement, c'est presque aux deux heures. Est-ce qu'il va mieux? Ils ont besoin d'être rassurés ». (Infirmière; 2009-04-16)

Lors du second *focus group*, il n'y a pas eu de changement noté en lien avec l'adoption de l'intervention « faire un compte-rendu verbal de l'état de santé du patient ». À la première rencontre, l'intervention infirmière systémique fut identifiée comme facilitant la communication avec les familles et des suggestions ou exemples tirés de la pratique ont été ressortis et il en a été de même pour la seconde rencontre.

Par contre, lors du troisième *focus group*, l'analyse nous démontre que l'intervention systémique spécifique de donner un compte-rendu verbal de l'état de santé du patient a été adopté dans la pratique quotidienne d'une infirmière participante à l'étude :

« Maintenant, je le fais (résumé de l'état de santé du patient). Aujourd'hui ce qui s'est passé je leur explique automatiquement sans qu'ils (les familles) me le demandent ». (Infirmière; 2009-12-15)

3.1.3 *Expliquer les actes infirmiers prodigués*

Les résultats démontrent que pour faciliter la communication avec les familles, les infirmières doivent expliquer aux proches les soins prodigués au patient. Pour ce faire, il est de mise que les infirmières vulgarisent les informations transmises. Cette façon de procéder, rassure les familles et aide à établir une relation de confiance. Les infirmières qui expliquent les actes infirmiers prodigués aux patients démontrent un niveau élevé de compétence et de professionnalisme selon les membres de famille interviewés. Voici un témoignage d'un membre de famille relativement à cette intervention présenté ci-dessous :

« Je voulais connaître les interventions faites au chevet de mon mari, sinon tu le demandes, mais des fois ils te disaient, on est en train de faire telle affaire. Moi, j'avais beaucoup d'informations [...] si c'était de même partout dans l'hôpital là, ce serait parfait ». (Conjointe, 2009-06-19)

Une infirmière traduit aussi cette intervention comme ceci :

« Mais ils veulent comprendre aussi, ils veulent s'impliquer, des fois, ils vérifient la saturation, la pression, etc. Ils aiment comprendre pour pouvoir nous dire : c'est mieux hein ? » (Infirmière, 2009-06-08)

Adoption de l'intervention systémique « Expliquer les actes infirmiers prodigués »

Lors du premier et du deuxième *focus group*, les infirmières ont souligné l'importance d'expliquer les actes infirmiers prodigués au patient afin de rassurer les membres des familles ainsi que de transmettre des informations concernant l'état de santé du patient. Selon les propos relatés, cette intervention systémique était déjà bien implantée dans la pratique des infirmières comme le démontre l'extrait suivant.

« J'essaie de les inclure le plus possible (les familles), je leur parle, je leur donne des explications sur ce que je fais. Je donne toujours des explications aussi, tu sais quand tu donnes des médicaments et que la famille est là, je leur dis : je vais donner ça, pour telle ou telle raison. Au moins ça les rassure et après ils ont moins de questions ». (Infirmière; 2009-04-16)

Lors du troisième *focus group*, le sujet n'a pas été abordé.

3.1.4 *Expliquer les procédures de transfert d'unité*

Les interventions associées au transfert d'unité sont ressorties durant la collecte de données menée par l'IP lors des entrevues familiales #4 et #5. Selon la majorité des membres de familles interviewées, cette période est importante puisqu'elle marque une étape cruciale vers la réadaptation du patient. Pour certains, le changement d'unité de soins représente un stress important puisqu'ils ont peur de ne plus recevoir des soins de qualité comparables à ceux reçus à l'unité des SI tandis que pour d'autres, le transfert d'unité représente un pas de plus vers la guérison. Le transfert d'unité se produit souvent dans de courts délais parfois même sans que les familles soient averties. Malgré

le fait que les infirmières sont parfois avisées à la dernière minute du transfert du patient, il est tout de même recommandé d'aviser rapidement les membres de famille lorsque le transfert d'unité est envisagé afin qu'ils puissent s'y préparer comme en témoignent les extraits suivants.

« Des soins intensifs aux soins intermédiaires ça a bien été. Ils nous ont avisés aussi vite que possible que mon conjoint changeait de chambre et j'ai beaucoup apprécié ». (Conjointe, 2009-06-19)

« Lorsque ma fille a été transférée aux soins intermédiaires, ça s'est fait vraiment rapidement. J'étais stressé parce que j'avais peur qu'elles ne recoivent pas des aussi bons soins qu'en haut. Personne ne m'a expliqué comment ça se passerait et j'aurais aimé ça le savoir ». (Père; 2009-12-05)

Adoption de l'intervention systémique « Expliquer les procédures de transfert d'unité »

Lors des deux premiers *focus groups*, le sujet n'a pas été abordé.

À la suite de l'analyse des données recueillies, il ressort des données recueillies au troisième *focus group* qu'il est important que les familles connaissent les différentes étapes du transfert d'unité. Plus spécifiquement, elles doivent connaître le futur numéro de chambre, l'emplacement de celle-ci, l'heure à laquelle le transfert est prévu et la routine de l'autre unité. L'infirmière doit aussi rassurer les familles que le patient continuera de recevoir des soins de qualité à l'unité où le transfert est envisagé. Cette inquiétude de la part des familles provient du fait qu'aux SI en traumatologie chaque infirmière est responsable d'un ou deux patients contrairement aux autres unités où

elles sont responsables d'un plus grand nombre de patients. Au moment de la collecte de données, aucune procédure systémique n'était mise en place concernant le transfert d'unité. Dans le segment suivant, une infirmière traduit bien cette intervention.

« Des fois, on le sait à la dernière minute qu'un transfert d'unité est prévu. Si on le savait à l'avance, on pourrait expliquer mieux le fonctionnement. On pourrait leur expliquer qu'aux soins intermédiaires ce sont des chambres isolées et que ce sera plus calme, sans nécessairement entrer dans les détails, les heures de visites et tout, mais au moins peut-être les rassurer sur le fait qu'ils vont continuer à avoir des bons soins ».
(Infirmière, 2009-12-15)

En résumé, il ressort des écrits recensés portant sur le phénomène à l'étude que la notion de contenu associée au processus de communication globale est généralement classifiée comme une intervention placée à l'avant plan. L'organisation du présent chapitre a été pensée différemment afin de souligner l'importance de créer, en premier lieu, un contexte favorable à la création d'une relation de confiance. De fait, la relation de confiance est essentielle et prioritaire pour les infirmières dans le but de bien saisir la façon dont les personnes concernées peuvent recevoir l'information et, par le fait même, adapter leur manière de leur transmettre l'information. À notre avis, cette compétence relationnelle relève de « l'art infirmier ». Dans le chapitre suivant, les résultats de la présente étude seront confrontés aux écrits recensés et leur contribution sera abordée pour le développement de la théorie, l'élaboration de recherches futures et l'enrichissement des pratiques cliniques dans le domaine des sciences infirmières en traumatologie.

Chapitre V

Discussion

Dans le présent chapitre, la discussion est organisée en deux parties afin de faire ressortir la contribution de la présente étude au regard de l'état des connaissances, de soulever certaines questions et de proposer des recommandations pour l'enrichissement des pratiques dans le domaine des soins à la famille en traumatologie. La première partie concerne les faits saillants portant sur les interventions infirmières facilitant la communication avec les familles ainsi que le processus d'implantation d'une intervention infirmière à l'unité des SI spécialisés en traumatologie. Dans cette même partie, les facteurs facilitants et contraignants l'implantation d'une intervention seront également abordés. Finalement, la deuxième partie présente les forces et les limites de l'étude, les pistes de réflexion ainsi que les recommandations pour la théorie, la recherche et la pratique en sciences infirmières.

Première partie

Processus de communication

Dans leur revue de littérature, les auteurs Majerovitz, Mollott et Rudder (2010) traitant de la communication entre les infirmières et les familles montrent que les recherches des dernières années confirment que pour communiquer adéquatement, l'infirmière a la responsabilité de donner de l'information quant à l'état de santé du patient, plus spécifiquement offrir du soutien et tenter de saisir l'individu dans sa globalité. Ces résultats reflètent les trois sphères de la communication : cognitive, affective et comportementale. Ils soulignent aussi l'importance du processus de communication globale en mettant l'emphase sur le contenu transmis dans une relation

qui s'inscrit dans un contexte particulier. La figure de la page 67 démontre le processus de communication globale qui se poursuit tout au long de l'épisode de soins s'échelonnant de l'accueil jusqu'au transfert d'unité.

En somme, le caractère particulièrement novateur de cette étude réside dans la perspective globale des interventions inhérentes à la communication démontrant ainsi la complexité peu commune du phénomène à l'étude. La façon de considérer les interventions sous cet angle va teinter la poursuite de la discussion des résultats obtenus.

L'approche systémique familiale élaborée par Wright et Leahey (2005) a été inspirée par plusieurs théories dont la théorie de la communication de Watzlawick, Beavin et Jackson (1967). Le choix de ce cadre de référence pour la présente étude est tout indiqué et offre une vision de l'intervention infirmière dans le domaine de la traumatologie. Selon Watzlawick et al. (1967) : « La communication est la matrice dans laquelle sont enchâssées les activités humaines et elle s'analyse selon son contenu ainsi que la relation dans laquelle elle s'engage tout en s'inscrivant dans un contexte particulier ». Ainsi, la communication entre les infirmières et les membres de famille représente dans cette étude l'assise de la relation thérapeutique et va bien au-delà d'une simple transmission d'information.

Les résultats obtenus dans la présente étude démontrent également qu'il n'existe aucune relation sans communication et, réciproquement, aucune communication n'est possible sans relation. Suite à l'analyse des données recueillies, la communication

globale permet d'établir une relation thérapeutique entre l'infirmière, le patient et sa famille. Que la relation soit conflictuelle ou harmonieuse entre les trois parties, la nature de la communication en est la principale influence. Toujours selon les résultats obtenus, les membres de famille ayant vécu une relation tendue avec une infirmière décrivaient cette dernière comme étant froide (p. ex. attitude peu chaleureuse) ne donnant pas les informations souhaitées au sujet de l'état de santé du patient, offrant peu ou pas de soutien et ayant peu d'écoute. D'une part, ces membres de famille ont affirmé ne pas avoir ressenti une confiance envers cette infirmière et des sentiments d'insatisfaction, d'ailleurs un niveau d'anxiété augmenté ont été exprimés. D'autre part, les membres de famille décrivaient les infirmières avec lesquelles ils avaient jugé avoir eu une communication adéquate, soit par une attitude chaleureuse et respectueuse, par le temps réservé pour répondre à leurs questions ainsi que par l'information donnée concernant l'état de santé du patient. Ceux-ci se sentaient écoutés et en confiance avec ces infirmières. Tel que postulé par Watzlawick et al. (1967) dans sa théorie de la communication, la relation est intimement liée à la communication et peut l'influencer tant positivement que négativement.

Une étude de Smith (1989) démontre aussi l'importance des circonstances dans lesquelles est construite la relation sur les retombées de la communication. En effet, les circonstances vont donner le ton à la relation. Par exemple, dans un climat hautement stressant relié à une hospitalisation à une unité de SI en traumatologie, s'il y a présence de lacunes au niveau des interventions de communication à prédominance affective comme le soutien, il peut résulter chez le membre de la famille une augmentation

encore plus importante du niveau de stress, de désespoir, du sentiment d'être seul à vivre cette situation, de frustration envers le personnel soignant et, finalement, une relation conflictuelle entre les membres de la famille et l'infirmière. À l'inverse, si l'infirmière intervient en considérant les trois sphères de la communication, malgré le stress vécu dans une situation critique, les membres de la famille risquent d'être en confiance envers les membres de l'équipe de soins, ce qui favorise ainsi une relation thérapeutique.

Afin de créer un contexte favorable à la communication, les résultats obtenus démontrent que l'infirmière doit favoriser la proximité des proches avec le patient, résultant par la même occasion à une proximité entre la famille et l'infirmière. Cette triade permet à l'infirmière d'intervenir non seulement au plan de la relation thérapeutique en offrant du soutien et du réconfort, mais également au plan du contenu en transmettant de l'information. Cette situation est idéale et représente l'objectif ultime pour atteindre une communication optimale. Lorsqu'un des trois éléments du processus de communication globale n'est pas considéré dans l'intervention infirmière, la qualité de la relation en est forcément influencée. Ainsi, cette étude souligne l'importance d'intervenir au niveau du contexte, de la relation et du contenu.

D'autres chercheurs ont étudié les communications dites conflictuelles (Almost, 2006; Bergstrom Cox, 2003; Brinkert, 2010; Folger, Poole & Stutman, 2009). Ces chercheurs s'entendent pour dire qu'une communication adéquate influence positivement la relation de confiance et qu'une communication inadéquate mène à des

relations conflictuelles. Une étude menée par Da Silva et al. (2009) effectuée dans un contexte de SI au Brésil démontre d'ailleurs que pour améliorer la communication entre les familles et les infirmières, ces dernières doivent entretenir une relation de confiance. Ces résultats corroborent ceux de la présente étude.

Les résultats obtenus dans cette étude montrent l'importance de considérer le comportement de l'individu dans sa globalité afin d'intervenir efficacement et ainsi faciliter la communication. À cet effet, dans leur étude, Iwamitsu et al. (2001) révèlent qu'une discordance entre la communication verbale et la communication non verbale exprimée par les familles peut influencer négativement la compréhension et l'intervention de l'infirmière. C'est pourquoi, celle-ci doit être sensible à l'autre en considérant les trois sphères du processus de communication globale (cognitif, affectif et comportemental) tout en considérant le contexte afin d'intervenir efficacement.

Un contexte favorable à la communication

Selon les résultats obtenus, les interventions de communication globale varient selon les circonstances, le contexte, les personnes et le jugement clinique de l'infirmière. C'est pourquoi, les interventions peuvent varier avec le temps (Fullbrook et al., 1999; Jamerson et al., 1996; Walters, 1995). Les membres de famille en situation de crise, telle que l'hospitalisation d'un proche à une unité de SI à la suite d'un trauma requièrent des interventions sur les plans affectif, cognitif et comportemental dont certaines s'inscrivent selon trois périodes dans le temps. Ces trois périodes sont

l'accueil, l'épisode de soins et le transfert d'unité. De fait, les résultats des recherches sur le sujet corroborent avec les résultats de la présente étude puisqu'ils démontrent l'importance de favoriser la proximité avec le patient dans les premières heures en assurant rapidement un premier contact si l'on considère le niveau d'anxiété des membres des famille qui est, le plus souvent, à son paroxysme (Fullbrook et al., 1999; Jamerson et al. 1996).

Les infirmières sont des membres de l'équipe de soins particulièrement importants lors de la première visite des familles à l'unité des SI. De fait, les proches reçoivent généralement les premières informations concernant le patient par le personnel infirmier au sujet de son état de santé, des raisons de l'hospitalisation (Fairman, 2001; Heritage & Robinson, 2006). Cette première rencontre influence certes l'épisode de soins, le type de communication, l'expression des sentiments et le transfert de l'information (Kosinska & Niebroj, 2003). Selon certains propos relatés par les participants à l'étude, le premier contact avec la famille est particulièrement important pour eux et les interventions de communication associées doivent être prises en considération et de façon prioritaire. À titre d'exemple, un participant ayant vécu une mauvaise expérience avec une infirmière a affirmé que : « Si cette infirmière avait été la première avec qui il aurait eu contact, son expérience aurait été beaucoup plus négative du fait qu'il aurait développé un comportement « défensif », voire une agressivité envers le personnel soignant ». Cette situation aurait sans nul doute augmenté le niveau de stress de Monsieur durant la situation de crise vécue. Cet état de fait explique l'importance d'intervenir adéquatement lors de cette période de l'hospitalisation du

patient et démontre la nécessité d'intervenir selon la catégorie d'interventions qui est : « favoriser la proximité avec le patient ».

Tel que mentionné antérieurement, le premier contact des membres des familles à l'unité des SI en traumatologie est un épisode hautement stressant. L'infirmière doit accompagner et soutenir ceux-ci dans cette épreuve. Les résultats démontrent que les infirmières doivent préparer les familles en faisant un portrait réaliste de l'état du patient, et ce, avant le premier contact afin d'apaiser leur niveau d'anxiété. L'environnement des SI est à lui seul intimidant et dans un contexte particulier de traumatologie, les blessures peuvent considérablement modifier l'image corporelle et devenir impressionnantes pour les familles.

Les résultats de cette étude suggèrent de favoriser la proximité des membres de famille avec le patient, et ce, le plus rapidement possible après l'admission du patient. Ainsi, il peut s'avérer pertinent pour les infirmières d'être plus flexibles quant aux heures de visites afin de leur permettre d'avoir un premier contact rapide avec le patient. Du reste, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la limitation des heures de visites et la plupart s'entendent pour dire que l'accès aux patients devrait être possible en tout temps (Azzi & Bambi, 2009; Kobberdhal & Porter, 2009). De plus, selon ces mêmes auteurs, la proximité avec le patient doit être favorisée non seulement lors du premier contact, mais également tout au long de l'hospitalisation.

Les résultats démontrent aussi que durant l'épisode de soins, les infirmières peuvent inciter les familles, notamment à toucher et à parler au patient. Par exemple, la participation des membres des familles aux soins de base du patient est une intervention soulignée dans l'analyse des données empiriques recueillies. Puisque l'état de santé des patients hospitalisés aux SI en traumatologie est précaire et nécessite habituellement une technologie importante, les infirmières participantes à l'étude ont suggéré la participation aux soins de base (p. ex. brosser les cheveux ou appliquer de la crème hydratante). Très peu d'études ont traité de la possibilité de faire participer les membres des familles aux soins du patient dans un contexte de SI spécialisés en traumatologie. Pourtant, selon les résultats obtenus dans la présente étude, les membres des familles disent qu'en participant aux soins : « ils participent à la guérison du patient », ce qui a pour effet de diminuer leur anxiété et d'améliorer leur processus d'adaptation à la situation.

Par ailleurs, la participation aux soins de base des enfants hospitalisés est particulièrement documentée dans un contexte de soins intensifs pédiatriques, mais très peu de chercheurs se sont penchés sur le sujet chez les adultes et encore moins en traumatologie. Pourtant, les recherches démontrent que la participation des familles aux soins de base permet, entre autres, de ressentir un sentiment d'utilité et de diminuer leur sentiment d'impuissance face à la situation critique (Davidson et al., 2010). Ces résultats concordent avec ceux de la présente étude. Au début de la collecte des données, les infirmières ont exprimé des croyances contraignantes quant à la participation des membres de famille aux soins de base du patient. Effectivement, les

infirmières participantes à cette étude n'avaient jamais songé à cette intervention et croyaient que les familles nuiraient à leur travail. Pourtant, à la suite du groupe de discussion (*focus groups*) portant, entre autres, sur des faits saillants ressortis des entrevues familiales, les infirmières sont arrivées à un consensus quant à la participation des familles aux soins de base, tels que le brossage des cheveux et des dents, l'application de crème hydratante et l'aide à la toilette personnelle. Cette étude a donc permis de changer une perspective et d'amorcer l'adoption de cette intervention systémique dans le milieu.

La présente étude souligne également l'importance de recréer une ambiance familière afin de faciliter la communication entre les infirmières et les membres de familles. Peu d'études ont étudié ce type d'intervention. De fait, il ressort des écrits recensés une seule recherche portant sur les interventions permettant de diminuer le niveau d'anxiété des familles aux soins critiques menée par Leske (2003). Ce dernier mentionne clairement que l'intervention relative au fait d'encourager les membres de la famille à apporter de la musique, des photos, des vidéos et des livres d'histoire facilite également la communication avec l'équipe soignante. De fait, cette intervention permet de recueillir un nombre important d'informations par l'élaboration du génogramme et de l'écocarte du patient et sa famille (Wright & Leahey, 2005).

En somme, dans une perspective de communication globale humaniste, l'infirmière doit tenir compte d'une intervention systémique spécifique faisant partie de la catégorie « Agir avec *caring* » en offrant du soutien et du réconfort. Selon Wright et

Leahey, en intervenant adéquatement auprès des membres des familles, ceux-ci sont plus aptes à utiliser leurs ressources et habiletés afin de faciliter leur adaptation à une problématique de santé, telle que l'hospitalisation d'un proche à une unité de SI en traumatologie.

La communication par l'humanisation des soins

Tel que décrit dans les résultats obtenus, une communication adéquate implique indéniablement une relation de confiance d'humain à humain nécessitant une sensibilité aux besoins de l'autre. Le contexte hautement interventionniste des SI en traumatologie nécessite ainsi une approche empreinte d'humanisme. Dans cette optique, la théorie du *caring* de Watson (1979), amalgamée à l'approche systémique familiale en soins infirmiers de Wright et Leahey (2005), s'avère toute indiquée pour guider et soutenir les infirmières dans ce contexte.

Selon Wright et Leahey (2005), une intervention de communication adéquate auprès des familles permet de puiser des connaissances, de cibler des ressources et d'avoir un impact positif sur le patient et sa famille. Selon les données recueillies dans la présente étude, l'intervention « agir avec *caring* » réside dans la communication, et ce, par l'humanisation des soins inhérente à toute intervention infirmière et se réfère à la relation faisant partie du processus de communication globale. Selon Leininger et Madeline (2001), le *caring* est l'essence même du travail de l'infirmière. Plus précisément, les infirmières œuvrant dans un contexte de soins critiques doivent

intervenir auprès des patients et de leur famille avec *caring* aux plans affectif, cognitif et comportemental tout en tenant compte du contexte (Bush & Barr, 1997; O'Connell & Landers, 2008; Watson, 1979). Les écrits recensés corroborent les résultats de la présente étude qui souligne l'importance d'intervenir au niveau du contenu, de la relation et du contexte. Du reste, O'Connell et Landers (2008) ont démontré que des « savoirs-être » sont nécessaires pour « agir avec *caring* ». Il s'agit, entre autres, d'avoir une attitude chaleureuse, de donner de l'espoir, de démontrer de l'empathie aux besoins du patient et de sa famille. Ces « savoirs-être » ont d'ailleurs été démontrées par les résultats obtenus de la présente étude.

Dans l'étude de Da Silva et al. (2009), effectuée dans le cadre d'une unité de SI, ceux-ci démontrent tout comme dans la présente étude, que pour développer une relation thérapeutique, les infirmières doivent être respectueuses, honnêtes et chaleureuses. D'autres études sur le sujet, traitent surtout du besoin de soutien et de réconfort sans nécessairement décrire les interventions infirmières nécessaires pour y répondre, tel que démontré dans cette étude. Peu d'études ont mis l'accent sur la nature relationnelle et le contenu du processus de communication globale qui s'inscrit dans un contexte particulier. La présente étude souligne l'importance d'agir avec *caring* pour faciliter la communication par l'humanisation des soins.

La transmission de l'information

Les résultats obtenus démontrent que la troisième catégorie d'intervention est « transmettre de l'information » d'où ressort une intervention infirmière systémique spécifique facilitant la communication avec les familles qui est : « Expliquer le contexte propre aux SI ». En effet, ce type d'intervention à prédominance cognitive permet de diminuer leur niveau d'inquiétude (p. ex. faire une visite guidée des lieux, informer de la signification des alarmes, offrir un document explicatif). Ces résultats enrichissent ceux de Ladanyi et Elliott (2007) ainsi que de Leske (2003) qui suggèrent des interventions similaires afin de diminuer le niveau d'anxiété face à l'événement stressant que représente l'hospitalisation d'un proche à une unité de SI en traumatologie. Les résultats obtenus dans la présente étude appuient les écrits cités précédemment par la deuxième intervention spécifique qui est : « Faire un compte rendu verbal de l'état de santé du patient ».

Or, le devis de recherche de type participatif a permis d'identifier des interventions adaptées et répondant aux besoins spécifiques des personnes concernées dans le milieu choisi pour l'étude. De fait, les familles ont affirmé vouloir recevoir des informations concernant le diagnostic et le pronostic du patient sous forme de compte rendu verbal. Ces propos révèlent l'importance pour les membres des familles de savoir si la vie du patient est en danger et si son état de santé est stable ou non. Les résultats de la présente étude corroborent les conclusions de Medland et al. (1998). En effet, ces auteurs ont évalué un programme de communication structurée qui favorisait la

réponse rapide au besoin d'information des familles dès leur arrivée à l'unité de soins. Ceux-ci ont démontré que plus vite les informations au sujet du diagnostic, du pronostic et du contexte de l'unité de SI sont données, plus le niveau de satisfaction des familles est élevé et moins les appels téléphoniques de leur part sont nombreux.

Les résultats obtenus révèlent aussi qu'une infirmière qui explique les actes infirmiers prodigués au patient favorise une meilleure relation avec la famille. Ainsi, ces résultats appuient des études qui ont démontré que les connaissances théoriques et pratiques spécifiques, le respect de l'autre et les règles éthiques ainsi que les capacités relationnelles donnent de la crédibilité aux infirmières (Merkel, 2002). La présente étude offre ainsi un apport considérable aux autres études qui s'intéressent à la communication.

Pour leur part, Whittaker et Ball (2000) ont conduit une étude portant sur le transfert d'unité à partir des SI. Selon ces auteurs, cette période reliée à l'hospitalisation d'un patient est hautement stressante pour lui et sa famille. De fait, l'infirmière doit expliquer les procédures dès que le changement d'unité de soins est envisagé et elle doit rassurer et soutenir les membres de famille. Selon Boutillier (2007), l'infirmière joue un rôle essentiel pour ce qui est du transfert d'unité en transmettant de l'information pour assurer une continuité des soins tout en étant sensible aux besoins du patient et sa famille. De plus en plus de chercheurs ont aussi étudié les procédures de transfert d'unité des patients à partir des SI. Des études recensées, il ressort que le manque de communication est l'un des quatre problèmes les plus importants qui

survient lors des transferts des SI vers une autre unité (Solet et al. 2005). De l'avis de Boutillier (2007), les membres des familles devraient aussi être informés quant aux différences entre l'unité des SI et l'unité future en lien avec le contexte de la nouvelle unité de soins, les règlements et l'équipe de soins. Finalement, Boutillier suggère d'établir une standardisation des procédures de transfert d'unité afin de diminuer le stress vécu par les patients et leur famille et assurer une continuité de soins. Très peu de chercheurs se sont intéressés sur le transfert d'unité. Pourtant, dans la présente étude, les résultats démontrent que les infirmières doivent intervenir de façon prioritaire en donnant des explications concernant les procédures de transfert, et ce, en offrant du soutien.

L'adoption d'interventions systémiques

Selon Alain et Dessureault (2009), l'implantation d'une intervention est un processus comprenant plusieurs étapes. Chien (2005) ajoute qu'il existe deux types d'implantation, soit l'implantation initiale et l'implantation mature. La présente étude visait à adopter, selon un processus de coconstruction, des interventions infirmières systémiques et, en ce sens, correspond à la phase initiale d'implantation. Plus concrètement, elle se traduit par l'exploration des perceptions objectives et subjectives de la population cible par rapport à leur expérience de soins ainsi que de leurs attentes relativement aux interventions. Cette phase initiale s'inscrit parfaitement dans une approche constructiviste d'une recherche participative (Alain & Dessureault, 2009). Dans la présente étude, les entrevues semi-structurées avec les membres de famille et les groupes de discussion (*focus group*) avec les infirmières ont contribué à fournir des

donnée empiriques à l'IP afin de susciter l'atteinte d'un consensus quant aux interventions infirmières les plus aidantes pour faciliter la communication avec les familles dans un contexte de soins intensifs spécialisés en traumatologie. Qui plus est, l'adoption d'interventions systémiques visait à déterminer l'intensité, la durée et l'efficacité des interventions ainsi que la fidélité des infirmières à les appliquer. Par ailleurs, la façon dont les infirmières intervenaient auprès des familles pour faciliter la communication et les contraintes organisationnelles ont finalement été explorées. De l'avis de Chien (2005), il existe autant de programmes d'interventions que de contextes différents dans lesquels ils sont appliqués. C'est donc dire qu'il importe de tenir compte des circonstances, des personnes concernées, de l'environnement ainsi que des contingences organisationnelles, sociales et économiques.

Facteurs facilitants l'implantation d'une intervention

La clientèle de traumatologie aux SI est particulièrement fragile si l'on considère la situation de crise qui lui est souvent associée. Afin de mener à terme la présente étude dans un milieu de soins spécialisés en traumatologie, un des facteurs facilitant l'adoption d'interventions systémiques est que le chercheur doit préconiser des valeurs humanistes tout en étant sensible aux besoins des personnes concernées. De fait, il est important de bien comprendre l'expérience vécue et de tenir compte du caractère inopiné des événements. Ainsi, la présente étude se démarque des autres par l'adoption d'un type de devis de recherche participatif. Le choix de ce devis est considéré comme un autre facteur facilitant puisqu'il permet la participation des acteurs à titre de

« cochercheur ». En somme, l'originalité de cette étude comparativement aux études traitant de sujets semblables (Davidson et al., 2007; Dracup, 1993; Kloos & Daly, 2008; Medland et al., 2009; Melnyk et al.) réside dans le choix du devis de recherche participatif de Lewin (1946). De fait, ce devis amalgamé au parcours de recherche en spirale de Lehoux et al. (1995) a fait en sorte que durant la collecte de données, certaines infirmières participantes ont rapporté avoir changé leur pratique en adoptant les interventions jugées aidantes par les familles interviewées.

En outre, le devis de recherche participatif permet d'impliquer les personnes du milieu choisi pour l'étude. En favorisant la participation des infirmières, celles-ci se sentent réellement concernées et assurent une meilleure adoption des interventions systémiques. Selon les propos des infirmières participantes à la présente étude, le fait qu'elles aient elles-mêmes identifié les interventions les plus aidantes aux familles et discuté de leur intégration dans leur pratique a fait en sorte qu'elles avaient beaucoup plus d'intérêts que si les interventions systémiques leur avaient été imposées. Le processus de collecte de données inspiré du parcours de recherche en spirale proposé par Lehoux et al. (1995) est un facteur facilitant qui s'ajoute à cette étude. Plus précisément, certaines infirmières ont choisi d'adopter les interventions systémiques ayant été identifiées par les familles et de les mettre en application dans leur pratique quotidienne (p. ex., faire participer les membres de famille aux soins de base du patient). Ainsi, elles ont pu apprécier les retombées cliniques de celles-ci par la satisfaction et leur reconnaissance exprimée par les familles.

La réceptivité des membres de l'équipe de soins en regard de l'étude est aussi une force qui facilite la réalisation d'une recherche participative. Dans la présente étude, la philosophie de soins centrés sur la famille est en plein essor au sein de toute l'équipe interdisciplinaire. L'idée de favoriser la communication avec les membres des familles avait été soulevée au départ par un membre de l'équipe médicale qui avait suggéré d'impliquer les infirmières lors des rencontres familiales médicales. L'IP a d'ailleurs participé à ce projet d'amélioration de la qualité des soins qui s'est avéré être un franc succès. Ainsi, lorsque le but de la présente étude a été présenté à l'ensemble de l'équipe soignante, il fut très bien accueilli puisqu'il correspondait aux objectifs poursuivis par l'équipe interdisciplinaire. Un facteur facilitant permettant de favoriser la réceptivité des membres de l'équipe de soins serait donc de valider le sujet de recherche aux intérêts et priorités du milieu concerné. De plus, le fait que l'IP était connue dans le milieu par le projet qu'elle avait mis sur pied en collaboration avec d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire a fait en sorte qu'une relation de confiance était déjà entamée, ce qui lui a permis de susciter l'intérêt de la part des membres de l'équipe de soins.

Les facteurs contraignants à l'implantation des interventions

Les facteurs contraignants de la présente étude sont surtout au plan contextuel et sont susceptibles d'avoir influencé la nature des données empiriques recueillies quant à l'identification et à l'adoption des interventions systémiques infirmières. De fait, il s'agit précisément de facteurs concernant la disponibilité des participants et la clientèle sélectionnée.

Au départ, l'IP avait choisi de rencontrer simultanément les infirmières travaillant sur les quarts de jour et de soir afin de créer des groupes de discussion permettant aux participants d'échanger leurs réflexions, leurs idées et leurs perceptions sur le sujet à l'étude. Les réalités distinctes vécues par ces infirmières œuvrant à différents moments de la journée auraient pu être discutées et débattues pour donner une autre dimension aux discussions. Les conflits horaires et la difficulté à recruter les infirmières qui ne désiraient pas se déplacer lors de leurs journées de congé ont fait en sorte que l'IP n'a eu d'autre choix que de les rencontrer séparément, et ce, en accord avec la directrice de mémoire. Malgré tout, l'analyse des données recueillies démontre une saturation empirique et révèle très peu de divergences entre les propos rapportés par les infirmières entre les quarts de travail de jour et de soir.

Par ailleurs, la clientèle visée par cette étude était aussi constituée de membres de famille dont un proche est hospitalisé à une unité de SI spécialisés en traumatologie. Tel que mentionné antérieurement, ces personnes vivent une situation de crise et leur niveau d'anxiété est le plus souvent particulièrement intense si bien qu'ils éprouvent de la difficulté à partager leur expérience. En effet, deux membres de famille recrutés préalablement par les infirmières se sont désistés, car ils se disaient incapables de participer à une entrevue où ils auraient à se remémorer les événements vécus. Dans le premier cas, l'état de santé de la patiente se détériorait de jour en jour depuis l'hospitalisation aux SI et le membre de la famille préférait rester au chevet de celle-ci en disant : « Vivre le moment présent et ne pas retourner en arrière ». Dans le

deuxième cas, le membre de la famille a choisi de ne pas participer à l'entrevue pour ne pas « revivre et replonger dans cet enfer ». Ajouté à ces deux désistements, la période des vacances estivales au cours de laquelle l'effectif en personnel infirmier est diminué malgré la charge de travail toute aussi exigeante, a rendu plus laborieux le recrutement d'autres membres de famille justifiant ainsi une période de six mois entre la quatrième et la cinquième entrevue familiale.

Finalement, le devis de l'étude suggère d'inclure tous les acteurs impliqués auprès de la clientèle sélectionnée pour le processus de « coconstruction » quant à l'identification et à l'adoption d'interventions systémiques (Lewin, 1946). Bien qu'une rencontre interdisciplinaire ait été réalisée à la fin de la collecte des données, il aurait été intéressant de les introduire au départ afin de considérer leurs réflexions quant aux interventions infirmières facilitant la communication avec les membres de famille. Ce fait est, entre autres, justifié par les conflits horaires déjà présents et les restrictions relativement aux disponibilités des divers professionnels de la santé. Ces derniers ont été inclus à titre de consultants dans la présente étude.

Deuxième partie

Implications et recommandations

Pour la théorie en sciences infirmières

D'un point de vue théorique, cette étude souligne la pertinence de joindre la théorie du *caring* Jean Watson (1979) à l'approche systémique familiale en soins infirmiers de Wright et Leahey (2005) en lien avec le processus de communication. Ces deux approches théoriques se complètent et forment un cadre de référence ayant permis de mieux comprendre et d'identifier les interventions infirmières facilitant la communication avec les familles dans un contexte de SI spécialisés en traumatologie, et ce, en prenant en compte le contexte, la relation et le contenu de façon indissociable.

L'approche systémique familiale en soins infirmiers de Wright et Leahey (2005) démontre l'importance d'intervenir selon le contexte dans lequel le processus de communication s'inscrit, le contenu qui lui est associé (sphère cognitive) et la relation (sphères affectives et comportementales) qui le favorise. De fait, les interventions qui en découlent semblent faciliter la communication entre les infirmières et les membres de familles dont un proche est hospitalisé à une unité de SI en traumatologie. Pour sa part, la théorie de Watson (1979) décrit spécifiquement que la personne transmet et reçoit les messages selon trois sphères : cognitive, affective et comportementale. Watson souligne aussi l'importance de prodiguer des soins holistiques en tenant compte de

l'environnement associé, dans la présente étude, à la notion de contexte. Ainsi, ces deux théories peuvent être liées et se complètent l'une l'autre dans cette étude.

En ce qui a trait à l'intervention « offrir du soutien et du réconfort », elle rappelle l'approche systémique de Wright et Leahey (2005) dont les objectifs visent notamment à atténuer les émotions intenses susceptibles d'empêcher les membres des familles à résoudre leurs problèmes ou leurs difficultés. Par ailleurs, la catégorie d'interventions systémiques « Agir avec *caring* » requiert des « savoirs-être », telles que l'empathie, le respect et l'attitude chaleureuse. Concernant, la catégorie d'interventions systémiques « transmettre de l'information », elle vise à modifier les perceptions, les croyances et la connaissance des membres de la famille (Wright et Leahey, 2005). En ce sens, le fait d'expliquer le contexte des SI spécialisés en traumatologie, donner un compte rendu verbal de l'état de santé du patient, expliquer les actes infirmiers prodigués au chevet du patient et expliquer les procédures de transfert d'unité constituent des interventions qui peuvent aider les familles à modifier leurs perceptions, leurs croyances et leurs connaissances en regard de la situation vécue et ainsi faciliter leur processus d'adaptation à ce type d'épreuve.

L'approche de Wright et Leahey (2005) vise à aider les familles à modifier les comportements qu'ils adoptent les uns envers les autres. Watson (1979), pour sa part, affirme qu'une communication efficace se traduit non seulement par des messages verbaux, mais aussi par des messages non verbaux associés au comportement de la personne. De cette façon, une attitude chaleureuse et une écoute active sont deux

exemples d'interventions spécifiques appuyées par les écrits de ces auteurs (voir tableau 2 présenté au chapitre IV, p : 75).

Les interventions spécifiques liées à la catégorie d'interventions « favoriser la proximité avec le patient » permettent de créer un contexte favorable au processus de communication. Ainsi, les résultats soulignent l'importance d'agir de façon holistique et dans une perspective d'humanisation des soins en s'inspirant des écrits de Watson (1979) ainsi que de Wright et Leahey (2005). En somme, l'IP recommande, comme toile de fond théorique, l'approche systémique familiale de Wright et Leahey (2005) et propose de poursuivre son raffinement notamment en regard du processus de communication dans un contexte de SI spécialisés en traumatologie. De plus, l'IP propose la possibilité d'amalgamer cette approche à d'autres cadres théoriques ainsi qu'à d'autres méthodes de recherche participatives inspirées des principes de « coconstruction » pertinents au domaine des sciences infirmières.

Au plan de la recherche en sciences infirmières

La méthode de recherche choisie pour la présente étude a permis d'identifier et d'adopter des interventions systémiques infirmières facilitant la communication avec les familles dans un contexte de SI spécialisés en traumatologie. Le cadre théorique inspiré, entre autres, de l'approche systémique familiale de Wright et Leahey (2005) suggère d'explorer l'expérience des membres des familles afin d'en permettre la verbalisation. Cette façon de faire aurait des effets bénéfiques chez les personnes

concernées. La présente étude est donc une intervention en soi puisque le processus de « coconstruction » a permis aux membres des familles ainsi qu'aux infirmières de partager leurs expériences. En ce sens, le choix d'une telle méthode pour l'adoption d'interventions systémiques est tout indiqué et l'IP en recommande l'utilisation pour les recherches ultérieures.

Ce type de devis de recherche semble aussi présenter un apport pour le domaine des sciences infirmières puisqu'il permet de mieux comprendre la façon dont certaines interventions peuvent faciliter le processus de communication entre les personnes concernées en agissant selon les trois sphères soit : cognitive, affective et comportementale ainsi qu'en tenant compte du contexte dans lequel il s'inscrit. Au cours de la collecte de données, les échanges, les critiques et les négociations font en sorte que tous les acteurs peuvent venir à un consensus au sujet des interventions les plus aidantes tout en partageant leur expérience. Ainsi, il permet non seulement une collaboration interdisciplinaire intéressante, mais aussi une collaboration entre l'équipe de soins et les familles dans la construction mutuelle de soins.

L'hospitalisation d'un proche à une unité de SI en traumatologie est une expérience complexe et hautement stressante pour les membres des familles. Considérant le caractère inopiné des événements et la situation de crise vécue par les familles, des études approfondies sont nécessaires. Bien que de nombreux écrits soient disponibles au sujet des interventions à prodiguer auprès des familles aux unités de SI, très peu s'intéressent spécifiquement au processus de communication et dans le même

sens, très peu s'intéressent au domaine de la traumatologie. En effet, les recherches explorent les processus de prise de décisions et les interventions de communication surtout au niveau du contenu sans nécessairement tenir compte du niveau relationnel et du contexte. De plus, la grande majorité permet d'identifier les interventions aidantes, mais très peu en visent l'adoption et l'évaluation.

Un nombre intéressant d'études ont aussi été menées au sujet de la communication entre les médecins intensivistes et les familles sans considérer l'implication infirmière. Finalement, les études concernant le domaine de la traumatologie sont plus souvent reliées aux soins d'urgence plutôt qu'aux SI. Ainsi, très peu de chercheurs se sont intéressés précisément aux membres de familles de patients hospitalisés aux SI en traumatologie, et ce, encore moins au Québec. Un devis de recherche qualitatif était tout indiqué afin d'étudier en profondeur le phénomène à l'étude, et ce, avec un petit nombre de cas, considérant le caractère unique de chaque famille et le contexte spécifique des SI en traumatologie (Doherty et Campbell, 1990). Ce faisant, il devient possible de mieux comprendre les caractéristiques particulières de chaque famille et d'adapter les interventions infirmières selon les domaines cognitif, affectif et comportemental en tenant compte du contexte. En ce sens, cette étude est un apport certain à la recherche en sciences infirmières. Cependant, l'IP recommande de réitérer la présente étude auprès d'autres membres de familles et d'infirmières afin de documenter d'autres interventions susceptibles de faciliter la communication ainsi que de poursuivre le processus d'implantation de ces interventions. Finalement, l'IP croit

qu'il serait aussi intéressant d'étudier l'impact de l'adoption de ces interventions infirmières systémiques sur les familles.

Pour les recherches futures, l'IP recommande la réalisation d'autres études similaires, et ce, pour d'autres spécialités de SI afin d'évaluer si les interventions aidantes sont similaires ou différentes. Pour ce faire, l'IP suggère l'utilisation du devis de recherche qualitatif pour expliquer le phénomène complexe que représente l'hospitalisation d'un proche à une unité de SI en traumatologie et du type de recherche participative pour adapter les interventions à la réalité du milieu. L'IP recommande aussi de se questionner davantage sur l'implantation et l'évaluation d'interventions infirmières facilitant la communication avec les familles. Finalement, l'IP recommande de réitérer une étude similaire en introduisant dès le départ tous les membres de l'équipe interdisciplinaire pour répondre au mandat du devis choisi.

Au plan de la pratique en sciences infirmières

La présente étude a contribué de façon importante au plan de la pratique en sciences infirmières dans un contexte de SI spécialisés en traumatologie. Les interventions infirmières identifiées et adoptées sont adaptées spécifiquement à la réalité du milieu choisi pour l'étude. De plus, l'approche de recherche a permis de favoriser la communication globale entre l'équipe soignante et les familles. L'intérêt des membres de l'équipe médicale, de l'infirmière-chef, de l'infirmière experte-conseil et des infirmières soignantes a grandement contribué à l'adoption des interventions

systemiques dans la pratique quotidienne des soins infirmiers. Par ailleurs, le processus de collecte de données en spirale de Lehoux et al. (1995) a permis aux infirmières participantes de consulter les faits saillants ressortis des entrevues familiales. Subséquemment, certaines infirmières ont été influencées par les témoignages des membres de famille et ont choisi de modifier leur pratique en intégrant les interventions jugées facilitantes. Une d'entre elle a, entre autres, permis à un membre de famille de participer aux soins de base prodigués à un patient et à profiter de cette occasion pour donner un compte rendu verbal de l'état de santé de ce dernier tout en soulignant les forces du membre de la famille. Cette étude a créée un contexte de changement tout en amorçant un processus d'adoption d'interventions systemiques. À la suite de l'analyse des données empiriques, l'IP suggère des pistes de réflexion pour la pratique infirmière dans un contexte de SI en traumatologie. Ces pistes de réflexion permettent de faciliter la communication avec les familles de ce type de milieu et sont présentées ci-dessous :

- Favoriser des heures de visites flexibles pour les membres des familles.
- Informer les membres des familles du contexte aux SI en traumatologie dès leur arrivée (heures de visite, signification des alarmes) par un document à cet effet.
- Développer une procédure écrite (lignes directrices) concernant l'accueil des familles à l'unité des SI en traumatologie.
- Donner une formation aux personnes concernées (infirmières, AIC, commis) quant aux procédures concernant l'accueil des familles à l'unité des SI en traumatologie.

- Favoriser la participation des familles aux soins de base des patients.
- Développer une procédure écrite ou des lignes directrices concernant le transfert d'unité.
- Donner une formation à tous les membres de l'équipe soignante au sujet des procédures de transfert d'unité.
- Favoriser une approche de soins centrés sur la famille.

En terminant, des pistes de réflexion requièrent la poursuite et le suivi de l'adoption des interventions systémiques pouvant faciliter le processus de communication globale avec les familles dans le contexte à l'étude. Dans ce même ordre d'idées, il s'avère également nécessaire de considérer l'évaluation des interventions implantées. De cette façon, il importe de favoriser la mise sur pied d'autres études portant sur ce phénomène afin d'intervenir efficacement selon un processus de communication globale auprès des familles dans un contexte de SI spécialisés en traumatologie.

Conclusion

La présente étude a permis de démontrer que le processus de communication entre les infirmières et les membres de famille réside non seulement dans l'humanisation des soins et la transmission de l'information, mais aussi dans la création d'un contexte qui lui est favorable. Cette étude fournit aussi des pistes d'interventions considérant le processus de communication de façon globale. La perspective suggérée permet de mieux comprendre le phénomène à l'étude et d'appliquer des interventions dans la pratique quotidienne des infirmières en vue de faciliter le processus d'adaptation des familles à la situation de crise liée à l'hospitalisation d'un proche aux SI spécialisés en traumatologie.

De plus, la présente étude a permis de démontrer la pertinence de l'utilisation d'un devis de recherche participative dans le but d'adapter des interventions à la réalité d'unité de SI spécialisés en traumatologie. Cette étude est originale et novatrice considérant le fait que très peu de chercheurs ont utilisé cette approche de recherche. Considérant le fait que les connaissances au sujet des interventions familiales dans le cadre de soins critiques sont bien connues et documentées, comment se fait-il alors que les interventions infirmières répondant aux besoins des familles aux SI soient toujours déficientes à ce jour ? La réponse réside probablement dans le choix d'un devis de recherche répondant aux demandes spécifiques du milieu et permettant l'implication des personnes concernées. Somme toute, cette étude qualitative a contribué tant au plan scientifique que pratique. Elle génère des retombées singulières pour les soins centrés sur la famille dans un contexte hautement stressant. Les recommandations formulées démontrent d'ailleurs des pistes de solutions pour la pratique et les recherches futures.

Références

- Alain, M., & Dessureault, D. (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Presses de l'Université du Québec : Montréal.
- Almost, J. (2006). Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 444-453.
- Anderson, K.H. (2000). The family health system approach to family systems nursing. *Journal of family nursing*, 6(2), 103-119.
- Appleyard, M.E., Gavaghan, S.R., Gonzalez, C., Ananian, L., Tyrell, R., & Carroll, D. (2000). Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units. *Critical Care Nurse*, 20(3), 40-48.
- Auerbach, S.M., Kiesler, D.J., Wartella, J., Raush, S., Ward, K.R., & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 202-210.
- Azzi, R., & Bambi, S. (2009). Open intensive care units: a feasible option? The opinions of patients, relatives and health care workers. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 28(2), 89-95.
- Azoulay, E., Chevret, S., Leleu, G., Pochard, F., Barboteu, M., Adrie, C., & Canoui, P. Le Gall, J.R., & Schlemmer, B. (2000). Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*, 28(8), 3044-3049.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Lemaire, F., Mokhtari, M., Le Gall, J.R., & Dhainaut, J.F. (2001). Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 163, 135-139.
- Bailey, P., & Coutu-Wakulczyk, G. (1991). Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 920-928.
- Bergstrom, M.J., & Nussbaum, J.F. (1996). Cohort differences in interpersonal conflict: implications for the older patient-younger care provider interaction. *Health Communication*, 9(3), 233-248.

- Bijttebier, P., Delva, D., Vanoost, S., Bobbaers, H., Lauwers, P., & Vertommen, H. (2000). Reliability and validity of the critical care family needs inventory in a Dutch speaking Belgian sample. *Heart and Lungs, 29*, 278-286.
- Bouman, C.C. (1984). Identifying priority concerns of families of ICU patients. *Dimensions of Critical Care Nursing, 3*(5), 313-319.
- Bourne, I., & Olivier, B. (1998). A model for counselling survivors of trauma. *Traumatic Behaviour*
- Boutillier, S. (2007). Leaving critical care: facilitating a smooth transition. *Dimensions of Critical Care Nursing, 26*(4), 137-142.
- Brinkert, R. (2010). A Literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of nursing management, 18*, 145-156.
- 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.
- Bush, H., & Barr, W. (1997). Critical care nurses lived experiences of caring. *Heart and Lung, 26*(5), 287-398.
- Cameron, J.I., Herridge, M., Tansey, C.M., Mc Andrews, M.P., & Cheung, A. (2006). Well-being in informal caregivers of survivors of acute respiratory distress syndrome. *Critical Care Medicine, 34*, 81-86.
- Cara, C.M. (2002). The apprenticeship of caring. *The International of Human Caring, 5*(2), 33-41.
- Chavez, C.W., & Faber, L. (1987). Effect of an education-orientation program of family members who visit their significant other in the intensive care unit. *Heart and Lung, 16*(1), 92-99.
- Chien, W.T. Chiu, Y.L. Lam, L.W., & Ip, W.Y. (2005). 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*, 39-50.

- Curtis, J.R., Patrick, D.L. Shannon, S.E. Treece, P.D. Engelberg, R.A., & Rubenfeld, G.D. (2001). The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive unit: Opportunities for improvement. *Critical Care Medicine*, 29(2), N26-N33.
- Curtis, J.R., & Rubenfeld, G.D. (2001). *Managing death in the ICU: the transition from the cure to comfort*. Oxford University Press: Oxford.
- Cypress, B.S. (2010) The intensive care unit: experiences of patients, families and their nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 29(2), 94-101.
- Daley, L. (1984). The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care settings. *Heart and Lung*, 13(3), 231-237.
- Da Silva, S.G., Prochnow, A.G., Dos Santos, J.L., Guerra, S.T., & Barrios, S.G. (2009). The communication between nursing team and the families of intensive care patients : qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(2).
- Davidson, J. (2009). Family centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28-34.
- Doherty, W.J., & Campbell, T.L. (1990). *Famille et santé: Vers un modèle thérapeutique biopsychosocial*. Les Éditions St-Yves : Ste-Foy.
- Douglas, S.L., & Daly, B.J. (2003). Caregivers of long-term ventilator patients, physical and psychological outcomes. *Chest*, 123, 1073-1081.
- Dracup, K., & Breu, C. (1978). Helping the spouses of critically ill patient. *American Journal of Nursing*, 78(1), 50-53.
- Duhamel, F., Dupuis, F., Reidy, M.A., & Nadon, N. (2007). A qualitative evaluation of a family nursing intervention. *Clinical Nurse Specialist: The Journal of Advanced Nursing Practice*, 21(1), 43-49.
- Eggenberger, S.K., & Neims, T.P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1618-1628.

- Fairman, J. (2001). *Delegated by default or negotiated by need? Physicians, nurse practitioners, and the process of clinical thinking*. Springer: New-York.
- Folger, J.P., Poole, M.S., & Stutman, R.K. (2009). *Working through conflicts: Strategies for relationships, groups, and organizations*. Allyn and Macon: Maine.
- Forrester, D.A., Murphy, P.A., Price, D.M., & Monaghan, J.F. (1990). Critical care family needs: Nurse-family member confederate pairs. *Heart and Lung*, 19(6), 655-661.
- Friedman, M.J., Watson, P.J., Gibson, L.E., Ruzek, J.I., Norris, F.H., & Ritchie, E.C. (2003). Early interventions for trauma-related problems. *Archives of General Psychiatry*.
- Friedman, M.J. (2003). *Post traumatic stress disorder, the latest assessment and treatment strategies*. Compact clinical: Kansas City.
- Fullbrook, P., Buckley, P., Mills, C., & Smith, G. (1999) On the receiving end: the experiences of being a relative in critical care. *Nursing in Critical care*.
- Gelling, L., & Prevost, A.T. (1999). The needs of relatives of critically ill patients admitted to neurosciences critical care unit: a comparison of the perceptions of relatives, nurses and doctors. *Care of the Critically Ill*, 15(2), 53-58.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage.
- Halm, M.A., & Titler, M.G. (1990). Appropriateness of critical care visitation: perceptions of patients, families, nurses and physicians. *Journal of nursing quality*, 5(1), 25-37.
- Hampe, S.O. (1975). Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research*, 24, 113-120.
- Happ, M.B. (2008). What do families know ? A question of interpretation. *Critical Care Medicine*, 36(5), 1683-1684.

- Happ, M.B. (2000). Interpretation of nonvocal behaviour and the meaning of voicelessness in critical care. *Social Science and Medicine*, 50, 1247-1255.
- Harvey, M., & Lent, M. (1993). Volunteers in the critical care waiting room. *Society of Critical Care Medicine*, 15(2), 34-36.
- Haskard, K.B., Di Matteo, R., & Heritage, J. (2010). Affective and Instrumental Communication in Primary Care Interactions: Predicting the satisfaction of nursing staff and patients. *Health Communication*, 24(1), 21-32.
- Henneman, E.A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nursing*, 22(6), 12-19.
- Heritage, J., & Robinson, J.D. (2006). The structure of patients' presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health Communication*, 19, 89-102.
- Heyland, D. et al. (2002). Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Critical Care Medicine*, 30, 1413-1418.
- Hodovanic, B.H., Reardon, D., Reese, W., & Hedges, B. (1984). Family crisis intervention program in the medical intensive care unit. *Heart and Lung*, 13(3), 243-249.
- Houle, K. (2008). *Élaboration d'interventions systémiques familiales pour les parents dont l'enfant reçoit des manœuvres de RCR*. (Mémoire de maîtrise inédit). Montréal : Université de Montréal.
- Hughes, F. Bryan, K., & Robbins, I. (2005). Relatives' experience of critical care. *Nursing in Critical Care*, 10, 23-30.
- Iwamitsu, Y. et al. (2001). Nurses' comprehension and recall process of a patient's message with double-blind information. *Psychological Reports*, 88(3), 1135-1141.
- Jamerson, P.A. et al. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart and Lung*, 25, 467-473.
- Jastremski, C.A. (1998). Caring for families of those who die in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 26(7), 1150-1151.

- Kinrade, T., Jackson, A.C., & Tomnay, J.E. (2010). The psychological needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 82-88.
- Kleinpell, R.M., & Powers, M.J. (1992). Needs of family members of intensive care units patients. *Applied Nursing Research*, 5(1), 2-8.
- Kloos, J.A., & Daly, B. (2008). Effect of a family-maintained progress journal on anxiety of families of critically ill patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(2), 96-107.
- Kobberdahl, T.J., & Porter, E.L. (2009). Innovative solutions: Family centered care visitation guidelines. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(4), 169-170.
- Kosco, M., & Warren, N.A. (2000). Critical Care nurses' perceptions of family needs as met. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 60-72.
- Kosinska, M., & Niebroj, L. (2003). The position of a leader nurse. *Journal of nursing management*, 11, 69-72.
- Ladanyi, S., & Elliott, D. Experiences of uncertainty for relatives in ICU: a review of a qualitative Danish study. *Austrian Critical Care*, 4, 146-148.
- 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, 490-500.
- Lehoux, P., Levy, R., & Rodrigue, J. (1995). L'usage des savoirs informels en médecine familiale : Une modélisation conjointe. *Sciences sociales et santé*, 13(4), 85-110.
- Leininger, M.M., & Madeline, M. (2001). *Leininger: theory of culture care diversity and universality*. Philadelphia: Davis
- Leske, J.S. (1986). Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart and Lung*, 15(2), 189-193
- Leske, J.S. (1991). Internal psychometric properties of the critical care family needs inventory. *Heart and Lungs*, 20, 236-243

- Leske, J.S. (2003). Comparison of family stresses, strengths and outcomes after trauma and surgery. *Advanced Critical Care*, 14(1), 33-41.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*.
- Lewis, S.M. Heitkemper, M.M., & Dirksen, S.R. (2003). *Soins infirmiers en médecine chirurgie*. Laval : Groupe Beauchemin.
- Lipiansky, E.M., & Picard, D. (2000). *Relations et communications interpersonnelles*. Dunod: Paris.
- Lopez-Fagin, L. (1995). Critical Care Family Needs Inventory: a cognitive research utilization approach. *Critical Care Nurse*, 15(4), 21-26.
- Majerovitz, S.D., Mollott, R.J., & Rudder, C. (2010). We're on the same side: Improving communication between nursing home and family. *Health Communication*, 24(1), 12-20.
- Maturana, H., & Varela, F. (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of the human understanding*. Shambhala: Boston.
- Marc, E. & Picard, D. (2000). *Relations et communications interpersonnelles*. Dunod :Paris.
- Martin Rodriguez, A., & Perez San Gregorio, M.A. (2005). Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *The Spanish Journal of Psychology*, 8, 36-44.
- Medland, J.J., & Ferrans, C.E. (1998). Effectiveness of a structures communication program for family members of patients in an ICU. *American Journal of Critical Care*, 7(1), 24-29.
- Merkel, C.K. (2002). *Professional ideology and the practice of work: nurses' caring work in a surgical ICU* (Thesis Ph. D.). Université de New York.
- Mendonca, D., & Warren, N.A. (1998). Perceived and unmet needs of critical care family members. *Critical Care Nursing Quarterly*, 21(1), 58-67.
- Meyer, E.C. Snelling, L.K., & Myren-Manbeck, L.K. (1998). Pediatric Intensive Care : The parent's experience. *Advanced Critical Care Clinical Issues*. 9(1): 64-74.

- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitative. Recueil de nouvelles methodes*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Molter, N.C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart and Lung*, 8, 332-339.
- Neabel, B. Fothergill-Bourbonnais, F., & Dunning, J. (2000). Family assessment tools: a review of the literature from 1978-1997. *Heart and Lung*, 29, 196-209.
- Norris, L.O., & Grove, S.K. (1986). Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. *Heart and Lung*, 15(2), 194-199.
- O'Connell, E., & Landers, M. (2008). The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives. *Intensive and critical care nursing*, 24, 349-358.
- Paul, F., & Rattray, J. (2008). Short and Long-term impact of critical illness on relatives: litterature review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 276-292.
- Pochard, F. et al. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study, *Journal of critical care*, 20(1), 90-96.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and methods (7th edition)*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Prendergast, T.J., & Luce, J.M. (1997). Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 155, 12-20.
- Provost, M. Alain, M. Leroux, Y., & Lussier, Y. (2006) *Normes de présentation d'un travail de recherche. 2^e édition*. Trois-Rivières: Les éditions SMG.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2001). *Handbook of action-research*. London: Sage Publications.

- Richmond, H.J., Thompson, D., Kauder, K.M., & Robinson, N.E. (2006). A feasibility study of methodological issues and short-term outcomes in seriously injured patients. *American Journal of Critical care*, 15, 158-165.
- Ringdal, M, Johansson, L., Lundberg, D., & Bergbom, I. (2006). Delusional memories from the intensive care unit-experienced by patients with physical trauma. *Intensive & Critical care Nursing*, 22, 346-354.
- Rodriguez, R.M. et al. (2010). A prospective study of primary surrogate decision makers' knowledge of intensive care. *Critical Care Medicine*, 36(5), 1633-1636.
- Sabo, K.A. et al. (1989). ICU family support group session: family's member perceived benefits. *Application of Nursing Research*, 2(2), 82-89.
- Solet, D.J., Norvell, J.M., Rutan, G.H., & Frankel, R.M. (2005). Lost in translation: Challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic medicine*, 80(12), 1094-1099.
- Stapelton, R.D., Engelberg, R.A., Wenrich, M.D., Goss, C.H., & Curtis, J.R. (2006). Clinicians statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34(6), 1679-1685.
- Verhaeghe, S. Defloor, T. Van Zuuren, F. Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1004-1012.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, Developmentm Applications*. Georges Braziller: New York.
- Wall, J.R. (2007). Family satisfaction in the intensive care unit (FS-ICU). *Critical Care Medicine*, 35(1), 271-279.
- Walters, A.J. (1995). A Heideggerian hermeneutic study of the practice of critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 492-497.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. États-Unis: Little, Brown and Company.

- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring. 2e Édition*. États Unis: Boulder.
- Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National league for nursing.
- Watson, J. (1994). *Applying art and science of human caring*. New-York: National league for nursing.
- Watson, J. (1997). The theory of human caring: retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 49-52.
- Watson, J. (2002). Holistic nursing and caring: a value-based approach. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 22(1), 69-74.
- Watson, J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness: A practice of transpersonal nursing. *Holistic Practice Nursing*, 16(4), 12-19.
- Watson, J., Smith, M.C. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: A transtheoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 452-461.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1967). *Une logique de la communication*. Éditions du Seuil : Paris
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: or control and communication in the animal and the machine*. Hermann et cie: Paris.
- Whittaker, J., Ball, C. (2000). Discharge from intensive care: a view from the ward. *Intensive critical care nurse*, 16(3), 135-143.
- Whittemore, R., Chase, S.K., Mandle, C.L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative health research*, 11(4), 522-537.
- Wong, F. (1995). The needs of families of critically ill patients in a Chinese community. *Hong Kong Nursing Journal*, 69, 998-1005.

Wright, M.L., & Leahey, M. (2005). *L'infirmière et la famille: Guide d'évaluation et d'intervention*. Saint-Laurent : Éditions du renouveau pédagogique Inc.

Appendice A

Approbation du comité d'éthique et de la recherche



APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE

DÉLIBÉRÉ 2009-03-09-016

TITRE: + Implémentation d'interventions infirmières facilitant la communication avec les familles dans un contexte de soins intensifs spécialisés en traumatologie
- *Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche en date du 16 février 2009 (à venir)*
- *Protocole, en date de février 2009*
- *Formulaire d'information et de consentement, en date du 16 février 2009*
- *Publicité pour le recrutement*
- *Formulaire d'approbation de l'Université de Montréal*
- *Résumé*

LIEU: Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, 5400, boul. Gouin Ouest, Montréal (Québec) H4J 1C5

CHERCHEUR(S): Valérie Thériault, étudiante à la maîtrise, Francis Bernard, M.D.

PROVENANCE DES FONDS: aucun

PROBLÉMATIQUE et OBJECTIF DE L'ÉTUDE: Améliorer, selon un processus de cocreativité, l'implémentation d'interventions facilitant la communication entre des infirmières et des membres de famille dans un contexte de soins intensifs spécialisés en traumatologie.

TYPE DE RECHERCHE: Recherche psychosociale

CONSÉQUENCES ÉTHIQUES: Liberté de participer: oui Consentement éclairé: oui
Confidentialité: oui Liberté d'en sortir sans contrainte: oui

FORMATAIRE DE CONSENTEMENT:

Requis: oui Version approuvée 3 mars 2009
Approuvé: oui Le 9 mars 2009

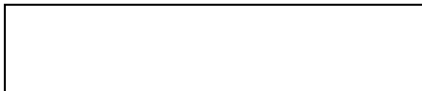
NUMÉRO DE DOSSIER: C.E. 2009-03-09-016

DATE DU RAPPORT D'ÉVALUATION AU COMITÉ: 30 mars 2009 (séance plénière)

MEMBRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE ET D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

AVIS FAVORABLE: APPROUVÉ SELON LE PROCESSUS D'ÉVALUATION ACCÉLÉRÉE PAR:

- Dr^e Chantal Lambert, scientifique non-médecin, présidente
- M. Guy Desrochers, professeur spécialisé en éthique
- Mme Marie-France Thibodeau, scientifique non-médecin, vice-présidente
- Membres du comité:**
- M^e Marie Boyvin, juriste
- Dr Muriel Boulay, membre non affilié représentant la collectivité
- Mme Henriette Héroux, membre non affilié représentant la collectivité
- M. Roberto Casarín, scientifique non-médecin
- Mme Isabelle Larouche, scientifique non-médecin
- Mme Jadranka Spulija, scientifique non-médecin
- Dr Axel Toskanyan, scientifique-médecin
- Dr Colin Verdant, scientifique-médecin



Le 9 mars 2009
Date

N.B.: Le Comité d'éthique de la recherche de l'HSCM poursuit ses activités en accord avec *Les bonnes pratiques éthiques (Santé Canada)* et tous les règlements applicables

Reçu en vertu de la Loi sur l'accès à l'information, le 11 mars 2009. Toute demande de renseignements peut être adressée au directeur de l'accès à l'information, 110, rue de la Montagne, Montréal, Québec H3T 1M6.

Appendice B
Recrutement

La clé : Communiquer !

Mars 2009

Madame, Monsieur,

Vous êtes sollicité(e)s à participer à une étude du domaine des sciences infirmières visant à améliorer la communication entre vous et les infirmières oeuvrant auprès de votre proche hospitalisé à l'unité des soins intensifs spécialisés en traumatologie.

Titre de l'étude : Implantation d'interventions infirmières facilitant la communication avec les familles dans un contexte de soins intensifs spécialisés en traumatologie

- ✓ Pourquoi participer ? Votre participation permettra l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients et à leur famille.
- ✓ Combien de temps ? 1 seule rencontre individuelle de 45 minutes avec la chercheuse aura lieu à l'unité des soins intensifs.

Si vous :

- a) avez plus de 18 ans ;
- b) avez un proche hospitalisé à l'unité des soins intensifs spécialisés en traumatologie depuis plus de 48 heures ;
- c) avez visité votre proche plus de 2 fois ;
- d) comprenez, parlez et lisez le français ;
- e) êtes intéressé(e) s à participer à cette étude,

Inscrivez votre nom et numéro de téléphone ci-dessous et la chercheuse principale entrera en contact avec vous pour répondre à toutes vos questions.

Nom : _____ Téléphone : _____

Merci de vous intéresser à l'amélioration de la qualité des soins de notre unité !

Valérie Huot, inf. M.Sc.(c), chercheuse principale.

Appendice C

Formulaire d'information et de consentement



HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR
DE MONTRÉAL

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
DES PARTICIPANTS¹

TITRE DE L'ÉTUDE : IMPLANTATION D'INTERVENTIONS INFIRMIÈRES FACILITANT LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES DANS UN CONTEXTE DE SOINS INTENSIFS SPÉCIALISÉS EN TRAUMATOLOGIE
Nom de la chercheuse : <input checked="" type="checkbox"/> Valérie Huot, inf. M.Sc. (c), étudiante aux études supérieures, Université de Montréal 514-795-1395
Collaborateur : ◆ Francis Bernard, M.D.
Directrice de mémoire : ◆ Sylvie Noiseux, Ph. D., professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

INFORMATION

1. Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

¹ L'expression *sujet de recherche* couvre la notion de *participant à un projet de recherche*. Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

2. Nature et objectifs de l'étude

Ce projet de recherche vise à amorcer, selon un processus de coconstruction, l'implantation d'interventions facilitant la communication entre des infirmières et des membres de famille dans un contexte de soins intensifs spécialisés en traumatologie. Pour amorcer ce processus d'implantation d'interventions infirmières, il importe que celles-ci ainsi que les membres de familles soient considérés à titre de partenaires puisqu'ils possèdent l'expertise quant à leurs besoins et à la réalité du milieu à l'étude. Dans cette perspective, il est essentiel que ceux-ci participent à chacune des étapes de l'étude. Considérant la méthode de recherche retenue pour cette étude, la recherche participative, le nombre total de participants est approximativement de 12. De ce nombre, la chercheuse prévoit recruter environ 6 membres de familles et 6 infirmières.

3. Déroulement de l'étude et méthode utilisée

L'étude, d'une durée maximale de 2 mois, sera effectuée auprès de membres de familles dont un proche est hospitalisé à l'unité des soins intensifs en spécialité de traumatologie ainsi que d'infirmières oeuvrant à cette unité de soins.

La participation des membres des familles consistera à accorder une seule entrevue individuelle qui sera enregistrée sur bande audionumérique, d'une durée d'environ 45 minutes, et qui aura lieu à l'unité des soins intensifs dans une salle prévue à cet effet. Durant cette rencontre, des questions leur seront posées au sujet des interventions facilitant la communication entre les familles et les infirmières à l'unité des soins intensifs spécialisés en traumatologie.

La participation des infirmières consistera à assister à 3 entrevues de groupe, d'une durée d'environ 45 minutes, et qui auront lieu à l'unité des soins intensifs dans une salle prévue à cet effet. Durant cette rencontre, des questions leur seront posées au sujet des interventions facilitant la communication entre les familles et les infirmières à l'unité des soins intensifs spécialisés en traumatologie. La première entrevue aura lieu au tout début de l'étude. La seconde aura lieu à la mi-étude, soit après que 3 entrevues familiales aient été complétées. Finalement, la troisième entrevue aura lieu à la toute fin de l'étude, soit après que les 3 autres entrevues familiales aient été complétées (total de 6 entrevues familiales).

Considérant l'objectif de ce projet, le devis de recherche qui s'impose est de type qualitatif. Plus spécifiquement, l'approche de recherche participative s'avère tout indiquée pour implanter des interventions infirmières facilitant la communication avec les familles dans un contexte de soins intensifs spécialisés en traumatologie.

4. Risques associés au projet de recherche

Il n'y a aucun risque physique associé à votre participation. Advenant le cas que vous soyez perturbé par certaines questions durant l'entrevue, vous pourrez vous retirer de l'étude sans que cela n'entraîne aucune conséquence. Si nécessaire, le chercheur ou les collaborateurs pourront vous référer aux ressources appropriées.

5. Avantages

Les avantages de participer à cette recherche sont de vous permettre d'exprimer votre opinion sur l'implantation d'interventions infirmières facilitant la communication avec les familles dans un contexte de soins intensifs spécialisés en traumatologie. Le fait de participer à cette étude contribuera à l'avancement des connaissances et à l'enrichissement des pratiques de soins et des services offerts aux patients et à leurs familles.

6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec la chercheuse responsable du projet et les autres intervenants.

La chercheuse responsable du projet de recherche ou le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

7. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable.

La chercheuse responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant 7 ans par la chercheuse responsable.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ou par la directrice de mémoire de la chercheuse responsable, madame Sylvie Noiseux, inf. Ph. D., professeure à l'Université de Montréal. Toutes ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par la chercheuse responsable.

8. Indemnisation en cas de préjudice

Si vous devez subir quelque préjudice relié à l'étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires, sans frais de votre part. Toutefois, ceci ne vous empêche nullement d'exercer un recours légal en cas de faute reprochée à toute personne impliquée dans l'étude.

9. Identification des personnes ressources

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps la chercheuse responsable du projet, soit Valérie Huot, inf. M.Sc.(c) au 514-795-1395.

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la Direction générale de l'Hôpital, au 514-338-2222, poste 3581.

10. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Titre de l'étude : **Implantation d'interventions infirmières facilitant la communication avec les familles dans un contexte de soins intensifs spécialisés en traumatologie**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je donne l'autorisation d'enregistrer l'entrevue (cassette audionumérique).

Je consens à participer à ce projet de recherche et aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Je demeure libre de m'en retirer en tout temps, et ce, sans aucune conséquence.

Nom du participant

Signature

Date

(en lettres moulées)

Nom de la chercheuse

Signature

Date

(en lettres moulées)

Appendice D

Renseignements sociodémographiques des membres de familles

Renseignements sociodémographiques

Date : _____

1. *Identification*

Nom : _____ Prénom : _____

Âge : _____

2. *État civil*

Célibataire : _____

Marié (e) : _____

Séparé (e) : _____

Divorcé (e) : _____

Union de fait : _____

Veuf (ve) : _____

3. *Enfants*

Noms : _____ Âge : _____

4. *Adresse*

5. *Téléphone*

6. *Courriel*

7. *Lieu de naissance*

8. *Origine ethnique*

9. *Religion*

Pratiquant (e)

10. *Niveau de scolarité*

11. *Occupation*

12. *Catégorie de revenu familial*

Moins de 10 000 \$	
10 000 \$ à 30 000 \$	
30 000 \$ à 50 000 \$	
50 000 \$ à 70 000 \$	
70 000 \$ et plus	

Condition de santé du patient

1. Diagnostic principal :

2. Raison d'admission à l'unité des SI en traumatologie

3. Nombre de jours d'hospitalisation aux SI en traumatologie :

Appendice E
Guide d'entrevue

GUIDE D'ENTREVUE

A) Aperçu des questions adressées au membre de la famille :

1- Quels étaient vos besoins (cognitifs, affectifs, comportementaux) lors de l'hospitalisation de votre proche à l'unité des SI en traumatologie?

2- Qu'est-ce que vous avez trouvé le plus aidant, pour vous, dans ce que l'infirmière a fait pour entrer en communication avec vous, vous donner des informations et vous aider dans vos prises de décisions concernant votre proche ?

3- Qu'est-ce que vous avez trouvé le moins aidant, pour vous, dans ce que l'infirmière a fait pour entrer en communication avec vous, vous donner des informations et vous aider dans vos prises de décisions concernant votre proche ?

4- Qu'est-ce que l'infirmière aurait pu faire qui vous aurait le plus aidé au niveau de la communication entre vous et l'équipe soignante?

B) Aperçu des questions adressées aux infirmières :

1- Quelles interventions vous ont semblé les plus aidantes pour les membres des familles?

- En quoi ont-elles été aidantes ?

2- Les interventions jugées les plus aidantes par les membres des familles sont-elles réalisables dans le contexte des SI en traumatologie?

C) Aperçu des questions adressées aux membres de l'équipe interdisciplinaire:

1- Quels sont les bénéfices pour l'équipe des SI en traumatologie à l'utilisation de ces interventions infirmières auprès des membres des familles ?

2- Comment percevez-vous l'intégration des interventions infirmières au travail de l'équipe interdisciplinaire ?

Appendice F

Matrice de codification

Matrice de codification des données

Liste des énoncés : Interventions infirmières

1. ACCUEIL

1.1. Cognitif (CONTENU)

- 1.1.1. Transmettre de l'information concernant la routine des SI
- 1.1.2. Préparer les membres de la famille au premier contact avec le patient
- 1.1.3. Préciser à qui s'adresser pour recevoir des informations concernant le patient
- 1.1.4. Donner des informations concernant les heures de visites
- 1.1.5. Préparer les membres de la famille au premier contact avec le patient
 - 1.1.5.1. Expliquer les lieux physiques
 - 1.1.5.2. Expliquer le rôle des différents professionnels de la santé
 - 1.1.5.3. Faire le portrait du patient
- 1.1.5. Faire un compte rendu de l'état de santé du patient aux membres de la famille le plus rapidement possible
 - 1.1.5.1. Diagnostic
 - 1.1.5.2. Prochaines étapes
 - 1.1.5.3. Stabilité de l'état de santé
- 1.1.6. Donner des informations honnêtes concernant le patient

- 1.1.7 Offrir un document explicatif aux membres de la famille (dépliant)
 - 1.1.7.1 Routine de l'unité
 - 1.1.7.2 Heures de visites, leur raison d'être
 - 1.1.7.3 À qui s'adresser pour recevoir de l'information concernant le patient
 - 1.1.7.4 Règlements de l'unité
 - 1.1.7.5 Numéros de téléphones nécessaires
 - 1.1.7.6 Rencontres familiales
 - 1.1.7.7 Transfert d'unité

1.2 Affectif et comportemental (RELATION)

- 1.2.1 Rassurer les membres de la famille
- 1.2.2 Offrir du soutien aux membres des familles

1.3 CONTEXTE

- 1.3.1 Accueillir rapidement les membres de la famille à la première visite aux SIC
- 1.3.2 Faire voir le patient le plus rapidement possible aux membres de la famille

2. DURANT L'ÉPISODE DE SOIN

2.1 Cognitif (CONTENU)

- 2.1.1 Cibler un membre de la famille à qui donner de l'information
 - 2.1.1.1 Éviter les répétitions
 - 2.1.1.2 Éviter la perte de temps
 - 2.1.1.3 Assurer la confidentialité
 - 2.1.1.4 Expliquer pourquoi nous devons cibler une personne

- 2.1.2 Dire aux membres de la famille si la vie du patient est en danger ou non
- 2.1.3 Dire aux membres de la famille si l'état de santé du patient est stable ou non
- 2.1.4 Expliquer aux membres de la famille les séquelles potentielles du patient
 - 2.1.4.1 S'assurer de ce qui a été dit par le médecin
Validation
 - 2.1.4.2 Ne pas s'avancer dans les explications
 - 2.1.4.3 Reformuler les informations reçues jusqu'à présent
 - 2.1.4.4 Répondre aux questions des membres de la famille
- 2.1.5 Expliquer le pronostic du patient avec honnêteté
 - 2.1.5.1 S'assurer que le pronostic a été préalablement annoncé par le médecin
- 2.1.6 Faire un compte-rendu de l'état de santé du patient aux membres de la famille à chaque visite
 - 2.1.6.1 Ce qui s'est passé durant leur absence
 - 2.1.6.2 L'état actuel du patient
 - 2.1.6.3 Les prochaines étapes de l'épisode de soin
- 2.1.7 Expliquer les interventions faites au chevet sans entrer dans les détails médicaux
- 2.1.8 Demander aux membres des familles ce qui les inquiète le plus concernant l'état de santé du patient
- 2.1.9 Vulgariser les termes médicaux
- 2.1.10 Valider les informations transmises
- 2.1.11 Faire un génogramme et une écocarte
- 2.1.12 Reformuler les informations transmises au besoin

- 2.1.13 Répéter les informations transmises au besoin
- 2.1.14 Assurer une neutralité dans la prise de décision. Ne pas influencer les membres de la famille.
- 2.1.15 Assurer une concordance dans les informations transmises aux membres de la famille
 - 2.1.15.1 Relever le dossier adéquatement
 - 2.1.15.2 Donner des rapports interservices de qualité incluant la situation familiale
 - 2.1.15.3 Utiliser le Kardex
 - 2.1.15.4 Participer aux rencontres familiales
- 2.1.16 Offrir la possibilité aux membres de la famille de participer à une/des rencontre(s) familiale(s)
 - 2.1.16.1 Assurer la participation des infirmières lors des rencontres
 - ✓ Infirmière est la référence au chevet
 - ✓ Concordance dans les informations transmises
 - ✓ Post rencontre : reformulation, validation
 - ✓ Relation de confiance
 - ✓ Permet à l'infirmière de participer aux processus décisionnels
 - ✓ Permet à l'infirmière de connaître les informations transmises aux membres de la famille
 - 2.1.16.2 Préparer les membres de la famille aux rencontres familiales
 - ✓ But
 - ✓ Déroulement
 - ✓ Écrire leurs questions
 - 2.1.16.3 Se préparer aux rencontres familiales
 - ✓ Débriefing avec le médecin

2.2 Affectif et comportemental (RELATION)

2.2.1 Donner des informations honnêtes en tout temps

2.2.2 S'assurer du bien-être des membres de la famille

2.2.3 Établir une relation de confiance avec les membres des familles

2.2.4 Donner de l'espoir aux membres des familles (sans donner de faux espoirs)

2.2.5 User d'écoute active envers les membres de la famille

2.2.6 Offrir du soutien aux membres de la famille

2.2.7 Rassurer les membres de la famille

2.2.7.1 Expliquer qu'ils seront téléphonés à la maison si l'état du patient change

2.2.7.2 Expliquer que le patient ne souffre pas. Contrôle de la douleur

2.2.7.3 Expliquer que le patient est confortable

2.2.8 Adopter une attitude chaleureuse envers les membres de la famille

2.2.9 Être souriante

2.2.10 Être accueillante

2.2.11 Adopter une attitude respectueuse envers les membres de la famille

2.2.11.1 Être polie

2.2.11.2 Être honnête

2.2.11.3 Être humble

2.2.12 Être disponible pour les membres des familles

2.3 Contexte

2.3.1 Favoriser l'intimité de la famille

2.3.2 Favoriser la proximité avec le patient

2.3.3 Favoriser un contexte familial

2.3.3.1 Photos

2.3.3.2 Surnom

2.3.3.3 Effets personnels

2.3.3.4 Objets de la maison

*Règlements

2.3.4 Faciliter la communication entre les membres de la famille et le patient :

2.3.4.1 Trouver des alternatives à la communication verbale entre les membres de la famille et le patient au besoin (ex : écriture)

2.3.5 Favoriser la communication entre les membres de la famille et le patient

2.3.6 Encourager les membres de la famille à parler au patient

2.3.7 Encourager les membres de la famille à toucher le patient

2.3.8 Favoriser la participation des membres de la famille aux soins de base du patient si possible. Responsabiliser les membres de la famille.

2.3.8.1 Brosser les dents

2.3.8.2 Humecter les lèvres

2.3.8.3 Brosser les cheveux

2.3.8.4 Appliquer de la crème hydratante

2.3.9 Permettre aux membres de la famille de téléphoner pour avoir des informations concernant le proche lors qu'ils ne peuvent être présents à l'unité des SIC

2.3.10 Être flexible en ce qui concerne les heures de visite
*Garder des restrictions pour éviter l'abus

2.3.13 Diriger les membres des familles vers les ressources nécessaires
au besoin

2.1.16.4 Prêtre

2.1.16.5 Chapelle

2.1.16.6 Maison de repos

3. TRANSFERT D'UNITÉ

3.1 Cognitif

3.1.1 Expliquer aux membres de la famille le déroulement du transfert
d'unité

3.1.2 Expliquer aux membres de la famille la routine de la future unité
de soins

3.2 Affectif

3.2.1 Rassurer les membres de la famille lors d'un transfert d'unité

3.2.1.1 Continuité des soins

3.3 Comportemental

3.3.1 Aviser les membres de la famille le plus tôt possible si un transfert
d'unité est envisagé

