

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

DOMINIQUE LABBÉE

EXPLORATION DU VÉCU DES INFIRMIÈRES

DE L'URGENCE DU CSSS DE CHICOUTIMI

EN PRÉSENCE D'UN MEMBRE

DE LA FAMILLE DU PATIENT EN SALLE DE STABILISATION

NOVEMBRE 2012

RÉSUMÉ

La présence de la famille au chevet du patient en salle de stabilisation à l'urgence représente une pratique inusitée et confronte les idées préconçues des intervenants. Toutefois, en de telles circonstances, la famille désire souvent demeurer au chevet du patient, peu importe son état et les soins qui lui sont administrés. Afin de répondre à ce besoin et à la lumière des recommandations de l'*American Heart Association* (AHA) et des lignes directrices de l'*Emergency Nurses Association* (ENA), un protocole balisant et favorisant la présence de la famille lors de situations critiques de soins vécues en salle de stabilisation a été mis en place à l'urgence du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi (CSSSC) en juin 2011.

Pour les infirmières, cette nouvelle façon de faire a représenté un grand changement dans leurs habitudes et chamboulé leur routine de soins. De plus, peu d'études rapportent le vécu des infirmières en de telles circonstances. Le but de cette recherche phénoménologique descriptive était d'explorer le vécu des infirmières lorsque la famille était présente au chevet du patient en situation critique de soins en salle de stabilisation à l'urgence du CSSSC. Les huit infirmières recrutées ont pu parler librement de leur expérience lors d'entrevues en profondeur. Les témoignages ainsi recueillis ont été analysés et leur vécu du phénomène a été décrit à l'aide des quatre thèmes émergeant des entrevues soit les *avantages de la présence de la famille*, les *effets de la présence de la famille chez l'infirmière*, la *période d'adaptation nécessaire*, et, enfin, les *conditions de succès*. Les résultats de cette recherche ont notamment permis l'émission de recommandations pour la pratique, la recherche et l'enseignement.

Mots clés : situation critique de soins, famille en réanimation, vécu des infirmières.

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier ma directrice de recherche, Madame Suzanne Aucoin, inf., Ph.D., pour son soutien, sa disponibilité et sa grande expertise. Elle a su m'aider à m'accomplir tout au long de ce projet de recherche grâce à son écoute, son professionnalisme, son dévouement et son engagement. Merci également à ma co-directrice de mémoire, Madame Hélène Patenaude, inf., Ph.D., qui, grâce à son expérience chevronnée, a su bonifier mon travail par ses judicieux conseils. Ses « nuages » ont éclairé mon ciel...

Je désire remercier également mon conjoint, qui m'a appuyée dans ma décision d'accomplir ma maîtrise et m'a soutenue et encouragée tout au long de mon parcours. Merci à mes parents d'avoir toujours cru en moi et en ma réussite. À ma mère qui, à de nombreuses reprises, m'a permis de me consacrer à mon projet de recherche en me remplaçant auprès de mon fils.

À mes collègues de travail qui, grâce à leur ouverture d'esprit, ont su intégrer une nouvelle façon de faire à leur pratique. Un merci tout spécial aux huit participantes qui, grâce à leur générosité et au partage de leur vécu, ont rendu possible la réalisation de ce projet de recherche. Sans elles, il m'aurait été impossible de parvenir à mes fins. Merci également à mes amies qui m'ont constamment encouragée à poursuivre mes rêves. Enfin, merci à toutes les personnes qui ont croisé ma route et qui ont su, chacune à leur façon, m'apporter quelque chose.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
TABLE DES MATIÈRES.....	iii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE.....	4
Énoncé du problème.....	5
But de la recherche.....	12
Question de recherche.....	12
CHAPITRE II RECENSION DES ÉCRITS.....	13
La famille.....	14
Impact d'une situation critique de soins sur la famille.....	15
Besoins de la famille.....	16
Proximité.....	17
Information.....	17
Soutien.....	18
Confort.....	18
Espoir.....	19
Stratégies d'adaptation.....	19
Rôle de l'infirmière.....	20
Avantages de la présence de la famille.....	23
Avantages pour la famille.....	23
Avantages pour le patient.....	25
Avantages pour l'équipe soignante.....	26
Opinions favorables des infirmières.....	27
Croire que la famille a sa place.....	27
Assurer une proximité.....	28
Aider la famille dans sa prise de décision.....	28
Mourir accompagné.....	29
Développer un lien entre la famille et les infirmières.....	29
Opinions défavorables des infirmières.....	30
Manquer d'espace.....	30
Induire des séquelles psychologiques.....	31
Interférer avec la qualité des soins prodigués.....	32
Générer une attitude détachée chez l'infirmière.....	33
Amener des conséquences aux plans éthique et légal.....	34
Vécu des infirmières.....	35
Prémices à l'instauration de cette pratique.....	37

Philosophie de soins.....	38
Critique de la recension des écrits	41
CHAPITRE III MÉTHODE	45
Devis	46
Justification de la méthode	47
Définition des termes utilisés.....	49
Famille	49
Situation critique de soins.....	49
Soins critiques.....	49
Présence de la famille en salle de stabilisation	49
Protocole favorisant et balisant la présence de la famille	50
Vécu	50
Assistante infirmière chef (AIC).....	50
Mise en contexte	50
Rôles des infirmières en salle de stabilisation	51
Mise en place du protocole	51
Déroulement de l'étude.....	53
Milieu.....	53
Participant à l'étude.....	54
Outil de collecte de données	56
Collecte des données.....	56
Plan d'analyse des données.....	58
Critères de rigueur scientifique.....	60
Crédibilité	60
Fiabilité	60
Confirmabilité.....	61
Transférabilité.....	61
Considérations éthiques	62
CHAPITRE IV RÉSULTATS	64
Caractéristiques socio démographiques des participantes	65
Types de situations vécues.....	66
Avantages de la présence de la famille	69
Avantages pour la famille	69
Avantage pour le patient	76
Avantages pour l'équipe soignante	78
Effets de la présence de la famille chez l'infirmière	80
Sentiments et émotions	80
Réactions psychologiques.....	85
Prises de conscience.....	91
Changements d'attitude	102
Période d'adaptation nécessaire	104
Demande du temps.....	105

Questionnements face aux habiletés à intervenir auprès de la famille	107
Conditions de succès.....	110
Évaluation de chaque situation	110
Infirmière responsable d'accompagner la famille	111
Adoption d'une vision commune par tous les intervenants.....	112
Espace suffisant pour accueillir la famille.....	114
 CHAPITRE V DISCUSSION	115
Critique de la méthode.....	117
Discussion.....	123
Avantages de la présence de la famille.....	124
Effets de la présence de la famille chez l'infirmière	132
Période d'adaptation nécessaire	150
Conditions de succès.....	153
Forces et limites	159
Recommandations.....	160
Pour la pratique.....	160
Pour la recherche	162
Pour l'enseignement.....	163
Contribution de la recherche.....	163
 CONCLUSION.....	165
 RÉFÉRENCES	168
 APPENDICE 1 Protocole offrant la possibilité de la présence de la famille en salle de stabilisation	175
 APPENDICE 2 Approbation éthique du CSSSC	178
 APPENDICE 3 Approbation éthique de l'UQAC	181
 APPENDICE 4 Affiche de recrutement	184
 APPENDICE 5 Guide d'entrevue	187
 APPENDICE 6 Formulaire d'information et de consentement	189

INTRODUCTION

Avoir un proche vivant un épisode critique de soins en salle de stabilisation à l'urgence représente une expérience considérablement difficile pour les membres de la famille. En effet, ils vivent alors de l'anxiété, du stress et de l'inquiétude face à l'avenir de l'être cher. Bien souvent, en ces circonstances, les membres de la famille désirent demeurer au chevet du patient. Toutefois, bien que plusieurs études aient démontré les bienfaits d'autoriser la présence de la famille auprès du patient lorsque celui-ci se trouve dans un état critique et instable, la présence de la famille n'est pas autorisée en salle de stabilisation dans la majorité des départements d'urgence. Plusieurs études ont rapporté l'opinion des intervenants à ce sujet, qu'ils aient ou non vécu cette situation, mais une seule recherche recensée a décrit le vécu des infirmières¹ lorsqu'elles l'expérimentent dans les faits. Cette étude vise donc à explorer le vécu des infirmières en présence d'un membre de la famille du patient en salle de stabilisation à l'urgence afin de comprendre et d'améliorer la pratique en ce sens.

Ce mémoire comprend cinq chapitres. Le premier chapitre expose la problématique de recherche, la question qui lui est associée et le but de l'étude. Le second fait état des connaissances actuelles sur le sujet à travers une recension des écrits. Il comporte une définition de ce qu'est la famille et expose l'impact d'une situation critique de soins sur cette dernière. Le rôle de l'infirmière en de telles circonstances est abordé et les avantages à opter pour la présence de la famille en situation critique de soins sont définis. Un survol des opinions émises par les infirmières lors de différentes recherches portant sur la présence de la famille en situation critique de soins est réalisé et le vécu des infirmières rapporté dans

¹ Le féminin est utilisé à titre épïcène seulement dans le but d'alléger le texte.

une étude phénoménologique sur le sujet est présenté. Enfin, une critique de la recension des écrits clôt ce chapitre.

Le troisième chapitre traite des différents aspects de la méthode utilisée. Le quatrième chapitre rapporte les résultats de cette recherche. Le cinquième et dernier chapitre présente la critique de la méthode, la discussion des résultats, les forces et limites, les recommandations pour la pratique, la recherche, de même que pour l'enseignement et, enfin, les contributions de cette recherche. En dernier lieu, une brève conclusion achève ce mémoire.

CHAPITRE I
PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre présente la problématique de recherche. Il expose le besoin de proximité de la famille du patient lorsque celui-ci vit une situation critique de soins. Par la suite, il précise ce qu'est une situation critique de soins. Ce chapitre traite également de l'importance de permettre la présence de la famille en situation critique de soins en salle de stabilisation et dresse l'état des lieux quant à l'attention dont celle-ci bénéficie réellement dans les milieux des soins critiques. Il porte également sur les croyances des infirmières à ce sujet. Le but de cette recherche de même que la question de recherche terminent le présent chapitre.

Énoncé du problème

Lors d'un épisode critique de soins, la famille désire demeurer auprès de l'être cher (Egging et al., 2011; Gavaghan & Carroll, 2002; Leske & Brasel, 2010; Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007; Meyers et al., 2000; Mian, Warchal, Whitney, Fitzmaurice & Tancredi, 2007). Elle exprime qu'il est de son droit d'être présente dans ces circonstances (Egging et al., 2011; Meyers et al., 2000) afin de le soutenir et de lui apporter du réconfort. Elle souhaite également être auprès du patient pour veiller sur lui et le protéger lorsqu'il est physiquement ou psychologiquement incapable de le faire, compte tenu de sa situation critique de soins (Maxwell et al., 2007).

La présence de la famille auprès du patient lors d'une situation critique de soins vécue en salle de stabilisation à l'urgence implique qu'une personne significative (Leske, 2002) demeure présente auprès de lui lors de manœuvres de réanimation cardiorespiratoire ou de l'application de procédures invasives (ENA, 2007; Meyers et al., 2000). Ces dernières

peuvent être multiples telles la pose d'un drain, l'installation d'une ligne artérielle, une intubation endotrachéale, une ponction pleurale ou articulaire, une réduction de fracture, la mise en place d'un entraîneur électrosystolique externe de même que l'introduction d'un tube naso-gastrique (Meyers et al., 2000). Une liste exhaustive étant impossible à réaliser, d'autres procédures peuvent également être considérées comme invasives. De plus, un épisode critique de soins indique que le patient est dans un état clinique instable et que son intégrité physique est menacée (ENA, 2007). Il doit donc recevoir des soins immédiats et, à cette fin, se retrouve en salle de stabilisation.

Bien que certains intervenants croient que la famille n'a pas sa place auprès du patient lors d'un épisode critique de soins, aucune donnée probante ne vient appuyer cette croyance (Mason, 2003; Meyers et al., 2000). En fait, plusieurs résultats de recherche démontrent le contraire, à savoir les avantages de privilégier la présence de la famille lors d'un épisode critique de soins et ce en termes de bénéfices, tant pour la famille elle-même que pour ceux du patient et de l'équipe soignante (Badir & Sepit, 2007; Davidson et al., 2007; Fallis, McClement & Pereira, 2008; Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007; Pasquale, Pasquale, Baga, Eid & Leske, 2010; Robinson, Mackenzie-Ross, Campbell Hewson, Egleston & Provost, 1998).

Dans un milieu de soins critiques tel l'urgence, la présence de la famille auprès du patient en salle de stabilisation semble donc constituer, depuis plusieurs années, une approche appropriée pour cette dernière. Ainsi, en plus de diminuer l'anxiété vécue par les proches et de satisfaire leurs besoins, le fait d'être sur place permet aux membres de la

famille de mieux s'adapter à la situation de crise (Jensen & Kosowan, 2011; Maxwell et al., 2007).

L'infirmière s'avère la personne la mieux placée afin de répondre aux besoins physiques et psychologiques tant du patient que de sa famille (Stayt, 2007). En effet, elle joue un rôle central dans les soins fournis au patient et à sa famille, tant par son expertise clinique que grâce à ses habiletés relationnelles. Enfin, elle connaît tous les renseignements relatifs à l'épisode de soins du patient, ce qui lui permet d'être à même de répondre aux questions de la famille, en plus de pouvoir fournir une multitude d'informations aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire (Davidson, 2009).

Plusieurs associations appuient et endossent la présence de la famille auprès du patient en salle de stabilisation à l'urgence telles que l'*Emergency Nurses Association* (depuis 1993), le *Royal College of Nursing* (depuis 1995), la *British Association for Accident and Emergency Medicine* (depuis 1995), l'*Ambulatory Pediatrics Association* (depuis 2005) et l'*American Academy of Pediatrics* (depuis 2005) (Miller & Stiles, 2009). La ENA a même produit un guide à l'intention des milieux de soins qui désirent implanter un protocole relatif à la présence de la famille en salle de stabilisation (ENA, 2007). De plus, l'*American Heart Association* (AHA) propose d'offrir la possibilité à la famille d'être présente lors de diverses manœuvres de réanimation (Morrison et al., 2010).

Cependant, la présence de la famille auprès du patient lors d'un épisode critique de soins constitue toujours une approche controversée et soulève un grand questionnement chez les professionnels de la santé (Fisher et al., 2008). En effet, bien que ce sujet ait été étudié depuis plusieurs années déjà et le soit encore à ce jour, la présence de la famille lors

d'un épisode critique de soins vécu en salle de stabilisation à l'urgence ou aux soins intensifs demeure une conduite inusitée et les opinions des membres de l'équipe clinique, infirmières et médecins, sont partagées (Fisher et al., 2008; Mason, 2003). Cette approche représente donc un changement de paradigme et va généralement à l'encontre de la pratique actuelle (Fallis et al., 2008; MacLean et al., 2003).

En effet, plusieurs études démontrent que, couramment, la famille est exclue de la majorité des épisodes critiques de soins et que les visites au patient sont même restreintes dans les unités de soins critiques (ENA, 2007; Fallis et al., 2008; MacLean et al., 2003; Meyers et al., 2000). Bien que les infirmières aient une attitude positive et démontrent une certaine ouverture quant au fait d'inviter la famille à être présente auprès du patient, la réalité est toute autre. Dans les faits, lorsque le milieu de soins n'a pas de procédures formelles à cet effet, les infirmières offrent très rarement cette opportunité à la famille (Fallis et al., 2008). Ainsi, bien que les courants de pensées et les soins évoluent, certaines croyances et habitudes demeurent toutefois bien difficiles à changer car modifier un comportement ou une croyance peut s'avérer très ardu (Conn, 2009).

Par ailleurs, il appert qu'aux Etats-Unis, seulement 5% des hôpitaux disposent d'une politique écrite qui encadre la présence de la famille auprès du patient lors d'un épisode critique de soins vécu à l'urgence ou aux soins intensifs. De ce nombre, 1% affichent une politique contre la présence de la famille alors que les autres 4% ont adopté une politique favorisant la présence de la famille (MacLean et al., 2003; Mason, 2003; Mian et al., 2007).

À ce propos, les opinions des infirmières sont partagées. Certaines évoquent différents motifs afin d'appuyer les avantages de la présence de la famille dans de telles

circonstances (Clukey, Hayes, Merrill & Curtis, 2009; Jensen & Kosowan, 2011; Knott & Kee, 2005; Lowry, 2012; McClement, Fallis & Pereira, 2009; Mian et al., 2007). Ainsi, plusieurs infirmières estiment que la proximité entre la famille et le patient permet de maintenir les liens familiaux (McClement et al., 2009). D'autres croient qu'être auprès du patient garde la famille bien renseignée sur l'état de santé de celui-ci, lui permettant ainsi de prendre une décision éclairée au sujet des soins à venir ou de la poursuite ou non des manœuvres de réanimation (Jensen & Kosowan, 2011; Knott & Kee, 2005). De plus, lorsqu'il y a décès, certaines infirmières jugent important que le patient décède en compagnie d'une personne significative (McClement et al., 2009). Enfin, selon un autre groupe d'infirmières, la présence de la famille permet l'établissement d'une relation de confiance entre elles et la famille (Clukey et al., 2009).

Cependant, des arguments différents sont rapportés par les intervenants pour justifier l'exclusion des membres de la famille. Les répondants interrogés dans la recherche de Meyers et al. (2000), à savoir des infirmières, des médecins et des résidents, croient qu'être témoin d'un épisode critique de soins représente un risque potentiel de stress psychologique pouvant créer un état de choc post traumatique à la famille. De plus, ils craignent de briser la confidentialité de l'épisode de soins si la famille en est témoin. Ils présument également que la présence de la famille peut interférer avec l'enseignement aux médecins résidents et aux nouvelles infirmières. Ils ont également peur de moins bien performer en raison du stress supplémentaire d'être observés et appréhendent les risques de poursuite que cette pratique pourrait entraîner (Meyers et al., 2000).

Dans certains milieux, les infirmières consultées ont affirmé que les lieux physiques étaient trop restreints, ne laissant pas de place pour la famille (Knott & Kee, 2005). Par ailleurs, les infirmières croient également que la famille peut déranger le déroulement de l'épisode de soins en démontrant une émotivité importante (Knott & Kee, 2005; Mian et al., 2007). En effet, ce débordement émotif pourrait s'avérer une source potentielle de bouleversements pour les intervenants car ceux-ci peuvent devenir sympathiques envers la famille et éprouver certains sentiments qui altéreraient leur concentration et leur jugement (Helmer, Smith, Dort, Shapiro & Katan, 2000; Knott & Kee, 2005; Mian et al., 2007).

Néanmoins, certaines opinions se modifient après avoir vécu des épisodes critiques de soins en présence de la famille. En effet, Feagan et Fisher (2011) ont conclu que plus les intervenants étaient exposés aux situations critiques de soins impliquant la famille, plus ils en voyaient les avantages et devenaient favorables à la présence de cette dernière (Feagan & Fisher, 2011). De leur côté, les infirmières interrogées dans l'étude de Mian et al. (2007) émettent une opinion plus positive face à cette pratique une fois qu'elles l'ont expérimentée dans une situation concrète. Par ailleurs, avec l'encadrement approprié et une personne ressource pour s'occuper de la famille lors d'un épisode critique de soins, certaines études recensées rapportent que les infirmières seraient plus favorables à la présence de la famille (Jensen & Kosowan, 2011; Mason, 2003; Meyers et al., 2000).

Toutefois, très peu de recherches ont exploré à ce jour le vécu des infirmières lorsqu'elles vivent la présence de la famille, limitant d'autant les connaissances sur le sujet. Actuellement, une seule étude à ce propos et basée sur l'approche phénoménologique a été recensée (Miller & Stiles, 2009). Miller et Stiles (2009) ont exploré le vécu des infirmières

lors de la présence de la famille du patient en situation critique de soins et ce, peu importe le rôle ou l'implication de l'infirmière dans cet épisode. Les autres études répertoriées rapportent les avantages à opter pour cette pratique (Badir & Sepit, 2007; Davidson et al., 2007; Fallis et al., 2008; Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007), le point de vue des intervenants, qu'ils l'aient vécue ou non (Clukey et al., 2009; Helmer et al., 2000; Jensen & Kosowan, 2011; Knott & Kee, 2005; Lowry, 2012; McClement et al., 2009; Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007; Miller & Stiles, 2009; Stayt, 2009), et les commentaires de familles et de patients ayant vécu l'expérience (Ardley, 2003; Gavaghan & Carroll, 2002; Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007).

Afin de faciliter l'intégration de la présence de la famille en salle de stabilisation et d'intégrer les données probantes à la pratique, le département de l'urgence du CSSSC s'est doté, en juin 2011, d'un protocole relatif à la présence de la famille lors d'un épisode critique de soins (Appendice 1). Ce dernier est basé sur les recommandations des lignes directrices de réanimation de l'AHA (Morrison et al., 2010) et de l'ENA (2007). Il a été rédigé et mis en place par l'étudiante chercheuse de ce projet, préalablement à l'instauration de la présente étude. Des séances de formation ont été offertes aux infirmières afin que les interventions de ces dernières répondent aux besoins du patient et de sa famille et soient adaptées à cette situation particulière (Feagan & Fisher, 2011; Meyers et al., 2000; York, 2004). Ainsi, depuis juin 2011, les membres de la famille sont généralement invités à demeurer auprès de leur proche qui reçoit des soins en salle de stabilisation.

Après quatre mois d'implantation, plusieurs situations de soins impliquant la présence de la famille en salle de stabilisation ont été vécues par les infirmières. Il leur est donc

maintenant possible de raconter leur expérience de cette nouvelle pratique telle qu'elles l'ont vécue, afin de la documenter. La connaissance du vécu des infirmières s'avère essentielle afin de cibler les forces et les faiblesses de l'instauration de cette nouvelle approche et d'assurer sa pérennité au sein de l'urgence du CSSSC. Les résultats de cette démarche permettront d'éclairer et d'améliorer la pratique des infirmières qui œuvrent auprès des patients et des familles qui vivent des épisodes critiques de soins.

But de la recherche

Le but de cette recherche est d'explorer le vécu des infirmières de l'urgence du CSSSC lorsqu'un membre de la famille est présent auprès du patient qui vit un épisode critique de soins en salle de stabilisation.

Question de recherche

De manière plus précise, cette recherche vise à répondre à la question suivante : Quel est le vécu des infirmières de l'urgence du CSSSC lorsqu'un membre de la famille est présent auprès du patient qui vit un épisode critique de soins en salle de stabilisation?

CHAPITRE II
RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente la recension des écrits qui approfondit les éléments présentés dans la problématique. Dans un premier temps, le concept de famille est abordé et défini. Dans un second temps, l'impact d'une situation critique de soins sur la famille est exposé. Le chapitre se poursuit avec une description des différents besoins de la famille en soins critiques. Plus avant, les stratégies d'adaptation qu'adopte la famille en situation critique de soins sont identifiées et le rôle que joue l'infirmière auprès de la famille est exposé. Les avantages à opter pour cette pratique pour la famille, le patient et l'équipe soignante sont également rapportés.

Les différentes opinions émises par les infirmières sont ensuite décrites, tant les opinions favorables que celles qui sont défavorables à la présence de la famille lors d'un épisode critique de soins. Celles-ci sont suivies des résultats d'une recherche phénoménologique qui rapporte le vécu des infirmières lorsqu'elles permettent la présence de la famille en situation critique de soins. Les principales recommandations en matière d'implantation d'un protocole favorisant la présence de la famille et la philosophie qui le sous-tend sont par la suite présentées. Enfin, une critique succincte de la recension des écrits termine le chapitre.

La famille

Tout d'abord, la famille désigne tout groupe de personnes se définissant comme tel (Leske, 2002; Wright & Leahey, 2007). Les membres d'une même famille éprouvent de forts liens affectifs et ont un sentiment d'appartenance et de responsabilité entre eux. Les membres de la famille n'ont pas nécessairement de lien de sang et ne vivent pas

obligatoirement sous le même toit mais sont unis entre eux et s'engagent mutuellement à se soutenir (Wright & Leahey, 2007). Une famille représente plus qu'un ensemble d'individus et est plus grande que la somme de ses parties. Elle forme un système complexe qui influence le mode de vie de ses membres (Astedt-Kurki, Paavilainen & Lehti, 2001). En effet, les membres d'une famille adaptent leur mode de vie en fonction des autres membres qui la constituent (Wright & Leahey, 2007).

Une famille peut être perçue comme un système interdépendant où chacun a son rôle à jouer et occupe une place bien déterminée (Stayt, 2007). Ce système tend à conserver un certain équilibre (Gavaghan & Carroll, 2002) en maintenant une stabilité relativement aux rôles que les personnes qui la composent occupent, en plus d'entretenir la dynamique présente entre elles. Enfin, il importe de considérer que chaque famille est unique car elle évolue selon les différentes expériences vécues et suit un cheminement qui lui est propre (Wright & Leahey, 2007).

Impact d'une situation critique de soins sur la famille

Un débalancement dans le système familial comme le fait qu'un de ses membres soit malade peut générer une situation de crise pour la famille. Cette situation de crise peut engendrer diverses émotions notamment un choc, de l'incrédulité, du stress, de l'anxiété et du tourment (Stayt, 2007). En effet, lors d'un épisode critique de soins, la famille vit beaucoup de stress et d'anxiété (Davidson et al., 2007; Miracle, 2006). De manière plus précise, la famille éprouve un stress important en lien avec la situation, de l'anxiété par rapport à la condition physique et psychologique du patient et de la peur face à l'inconnu

que constitue un épisode critique de soins. Elle vit alors dans l'incertitude du pronostic et un sentiment d'impuissance peut l'habiter (Stayt, 2009). Elle peut aussi avoir des préoccupations financières, par exemple, si la personne malade doit cesser de travailler ou si le proche doit quitter son emploi pour s'occuper du patient, et un changement dans les rôles déjà préétablis peut alors survenir (Stayt, 2007).

Un épisode critique de soins vient donc interrompre la routine et chamboule la vie de la famille impliquée (Stayt, 2007). Il constitue une situation de crise devant laquelle la famille doit s'adapter. Confrontés à cette situation, les membres de la famille éprouvent généralement cinq besoins principaux qui doivent être comblés afin de leur permettre d'y faire face le mieux possible (Gavaghan & Carroll, 2002; Hinkle, Fitzpatrick & Oskrochi, 2009; Leske, 1986, 2002; Maxwell et al., 2007; Meyers et al., 2000; Miracle, 2006).

Besoins de la famille

Lors d'un épisode critique de soins se déroulant en salle de stabilisation à l'urgence, le vécu de la famille s'apparente à certains égards à celui d'une famille ayant un proche qui séjourne dans une unité de soins critiques. À cette occasion, la famille éprouve généralement cinq besoins primordiaux que les professionnels doivent connaître et auxquels ils doivent répondre afin d'aider les proches à traverser cette situation de crise. Plusieurs auteurs en ont fait état, soit les besoins de proximité, de soutien, de confort, d'information et d'espoir (Gavaghan & Carroll, 2002; Hinkle et al., 2009; Leske, 1986, 2002; Maxwell et al., 2007; Meyers et al., 2000; Miracle, 2006).

Proximité

La famille a besoin de demeurer auprès de l'être cher. Elle a besoin de maintenir les liens familiaux et d'offrir du soutien au patient (Leske, 2002). Elle désire également passer le plus de temps possible avec ce dernier (Redley, LeVasseur, Peters & Bethune, 2003), car la proximité garantit le maintien du lien physique et émotionnel entre la famille et le patient. Par ailleurs, la famille veut s'assurer que le patient reçoit les meilleurs soins possibles (Hinkle et al., 2009) et le fait de demeurer à proximité du patient facilite ce constat.

Information

La famille a également besoin de savoir ce qui se passe et de connaître l'état réel du patient afin de comprendre la situation (Gavaghan & Carroll, 2002; Leske, 2002). L'information transmise à la famille relativement à la condition de santé du patient et à l'évolution de sa réponse au traitement aide à diminuer le stress et l'anxiété qu'elle vit en lui donnant un sentiment de contrôle sur la situation. De plus, elle désire avoir une communication ouverte et un contact direct avec l'équipe soignante (Maxwell et al., 2007). En fait, la famille exprime souvent le besoin d'en savoir plus sur l'état de santé du patient et sur son pronostic et ne rapporte jamais avoir trop de renseignements à son sujet (Davidson, 2009).

Soutien

La famille a besoin de se sentir appuyée afin de mieux gérer la situation de crise. À cette fin, elle doit avoir accès à une ressource qualifiée et pouvoir profiter de celle-ci tous les jours (Leske, 2002; Maxwell et al., 2007). Outre le fait que les membres de la famille s'offrent souvent un réconfort mutuel, le soutien provient particulièrement de l'équipe soignante immédiate, infirmières et médecins. Toutefois, il est aussi assuré par d'autres intervenants tels l'aumônier et le travailleur social (Gavaghan & Carroll, 2002). Ce soutien aide la famille à avoir la force nécessaire afin d'épauler à son tour le patient (Maxwell et al., 2007).

Confort

La famille éprouve le besoin d'être dans un endroit calme et confortable, tel une petite salle d'attente privée et intime destinée à l'accueillir lorsqu'un de ses membres est dans un état critique (Leske, 2002). La famille doit également sentir qu'elle est la bienvenue sur l'unité de soins et que le personnel soignant est ouvert et disposé à répondre à ses questions (Maxwell et al., 2007). Le calme et le confort réduisent considérablement l'anxiété des proches et aident au maintien de l'énergie physique et intellectuelle de la famille (Leske, 2002). Le besoin de confort de la famille se traduit également à travers un environnement de soins où la famille a sa place et ce, à part entière (Henneman & Cardin, 2002).

Espoir

La famille a besoin de conserver de l'espoir, peu importe la situation (Leske, 2002). Elle veut garder l'espoir que le patient est bien soigné et qu'il ne souffre pas et ce, malgré sa condition précaire (Gavaghan & Carroll, 2002). L'espoir rassure la famille et lui procure un certain sentiment de sécurité et de confiance envers l'équipe soignante (Gavaghan & Carroll, 2002; Maxwell et al., 2007). La famille se sent rassurée lorsqu'elle constate que l'équipe soignante s'occupe bien du patient, tant au plan physique que psychologique (Clukey et al., 2009).

Stratégies d'adaptation

Lors d'une situation critique de soins, la famille réfère à ses propres stratégies d'adaptation (Davidson, 2009). De ce fait, en situation de crise, elle fait appel à ses principales forces soit les ressources disponibles, la communication et le *coping* (Leske & Brasel, 2010). Les ressources représentent ce qui est à la disposition de la famille telles les ressources financières, sociales et familiales. Les ressources sociales et familiales assurent le réseau de soutien et la qualité de ce dernier aide la famille à ne pas se sentir seule dans une telle situation (Leske & Brasel, 2010).

La communication est également un facteur déterminant dans l'adaptation. En communiquant ouvertement entre eux, les membres d'une même famille résolvent plus facilement les difficultés et s'adaptent mieux aux situations de crise. Les membres d'une famille qui communiquent aisément seront plus enclins à poser des questions au personnel soignant et seront ainsi mieux renseignés sur l'épisode critique de soins. En étant mieux

informés, les membres de la famille seront davantage aptes à gérer la situation difficile (Leske & Brasel, 2010).

Enfin, le *coping* désigne les stratégies, le comportement et la conduite qu'adopte la famille afin de demeurer la plus stable possible dans une situation défavorable. Le *coping* renvoie à la manière dont la famille utilise ses ressources et initie des efforts à la résolution du problème. Le *coping* est en quelque sorte la capacité à s'adapter (Leske & Brasel, 2010).

Rôle de l'infirmière

Plusieurs interventions réalisées par l'infirmière peuvent aider la famille à s'adapter à la situation de crise que représente un épisode critique de soins, en plus de répondre à ses différents besoins. Toutefois, afin d'être en mesure de satisfaire les besoins de la famille, les infirmières se doivent de les connaître. Cependant, selon les auteurs consultés, les infirmières ne semblent pas être bien renseignées à ce sujet, en plus de ne pas avoir conscience de l'importance de ces besoins (Davidson, 2009; Fisher et al., 2008). En effet, l'équipe soignante assume bien souvent connaître les besoins et désirs des familles mais ces suppositions ne reflètent pas toujours la réalité telle que les familles la vivent (Davidson, 2009; Maxwell et al., 2007). Il s'avère donc indispensable d'offrir une formation aux infirmières œuvrant auprès de ces familles (ENA, 2007) afin de les outiller pour qu'elles puissent les soutenir adéquatement.

Après avoir bénéficié d'une formation leur permettant d'intervenir de façon optimale auprès de la famille, les infirmières sont maintenant davantage en mesure de répondre aux différents besoins de cette dernière lors d'une situation critique de soins. Elles peuvent

notamment transmettre de l'information et s'assurer que la famille est bien renseignée (Gavaghan & Carroll, 2002). De plus, pour la famille, le savoir-faire des infirmières est important dans cette transmission d'information. Par ailleurs, en plus des habiletés relationnelles des infirmières, la famille apprécie également leur expérience, leurs connaissances et leurs habiletés techniques. Le professionnalisme des infirmières place aussi la famille en confiance et la soutient dans ses besoins d'information et d'espoir, car elle accordera alors de la crédibilité aux informations qu'elles lui communiquent (Clukey et al., 2009).

Les infirmières peuvent également offrir du soutien à la famille par leur attitude et leur expression compatissante, leur sourire et leur écoute (Clukey et al., 2009). Les infirmières peuvent s'assurer du confort de la famille en lui demandant si elle a besoin de quelque chose ou si elles peuvent faire quoi que ce soit pour cette dernière. La famille a ainsi le sentiment que les infirmières se soucient de son bien-être (Clukey et al., 2009). Les infirmières peuvent rassurer la famille en lui assurant que l'équipe s'occupe bien du patient et que tous les soins nécessaires lui sont administrés (Clukey et al., 2009). Enfin, elles peuvent combler le besoin de proximité en favorisant la présence d'un membre de la famille au chevet du patient (Maxwell et al., 2007).

Les interventions infirmières se doivent de considérer les besoins physiques et psychologiques du patient et les relations qu'il entretient avec sa famille et son réseau de soutien. Bien souvent, en situation critique de soins, la priorité du personnel soignant est uniquement centrée sur les besoins physiques du patient. Cependant, les infirmières doivent développer leurs habiletés relationnelles afin d'être attentives aux besoins psychologiques

du patient dans le but d'y répondre. Il en va de même en ce qui concerne leurs rapports avec la famille. Les infirmières doivent en effet connaître et reconnaître les besoins physiques et psychologiques de la famille et y répondre de la meilleure manière possible, compte tenu de la situation. Il s'agit là d'un aspect essentiel et fondamental à l'exercice infirmier en soins critiques (Clukey et al., 2009).

Dans les milieux tels que l'urgence ou les soins intensifs, les infirmières constituent la principale ressource pour la famille (Fallis et al., 2008) et il importe qu'elles soient aptes à développer une relation positive avec cette dernière. Cette relation devient d'autant plus importante lorsque le lien entre la famille et le patient est compromis en raison de la situation critique de soins, soit parce que le patient est inconscient ou qu'il reçoit des doses importantes de sédatifs (Maxwell et al., 2007). De plus, puisque les infirmières coordonnent les différentes activités entourant le patient et qu'elles sont constamment à son chevet (Fallis et al., 2008), elles peuvent avoir une influence sur les heures de visites et donner de l'information à la famille, en plus de pouvoir répondre aux différents besoins physiques et psychologiques de cette dernière. Négliger de considérer les besoins des membres de la famille peut les affecter en compromettant leur adaptation à la situation de crise, en plus de potentiellement nuire à la réponse au traitement du patient. Les infirmières doivent donc intervenir de façon à optimiser l'adaptation de la famille à l'épisode critique de soins, en plus de la soutenir émotionnellement et de favoriser ainsi une certaine stabilité affective (Gavaghan & Carroll, 2002).

Avantages de la présence de la famille

Si le séjour d'un être cher dans une unité de soins critiques amène beaucoup d'anxiété à la famille, répondre aux cinq besoins identifiés précédemment aide à diminuer le stress et l'anxiété vécus par cette dernière. Par conséquent, la présence de la famille auprès du patient lors d'un épisode critique de soins s'avère un moyen efficace de répondre aux besoins des familles. En fait, selon Mason (2003), les recherches menées depuis plusieurs années ont permis de démontrer que la présence de la famille est bénéfique et ce, tant pour la famille elle-même, que pour le patient et l'équipe soignante.

Avantages pour la famille

La famille émet un profond désir d'être présente et y voit plusieurs avantages. Dès 1998, Robinson et al. ont effectué une étude pour évaluer et comparer les répercussions psychologiques chez huit membres de familles qui ont assisté à un épisode critique de soins par rapport à 10 qui n'y ont pas assisté. Les résultats de cette étude démontrent que les membres de familles ayant assisté à un épisode critique de soins manifestent un taux plus bas de stress post-traumatique, moins d'anxiété et de dépression comparativement aux familles qui, en situation similaire, n'ont pas assisté à l'épisode de soins (Robinson et al., 1998).

Pasquale et al. (2010) ont, 12 ans plus tard, mené une recherche auprès de 50 familles ayant un proche en situation critique de soins. Dans l'échantillon, 25 d'entre elles ont été témoins de l'épisode de soins alors que les 25 autres n'étaient pas présentes auprès du patient. Bien qu'il n'y ait pas de différence statistiquement significative, les familles ayant

été présentes rapportent moins d'anxiété, un taux plus élevé de satisfaction en ce qui a trait aux besoins comblés et davantage de bien être en général. De plus, sur les 25 familles ayant assisté à l'épisode critique de soins, 18 ont rapporté que l'expérience était positive alors que les sept autres n'ont émis aucun commentaire négatif. Par ailleurs, les familles n'ayant pas assisté ont exprimé un profond désir d'être présentes alors que celles ayant assisté referaient l'expérience sans hésiter. Les auteurs en concluent donc qu'il est préférable pour la famille d'avoir l'option et l'opportunité d'être présente auprès du patient en situation critique de soins (Pasquale et al., 2010).

La présence de la famille auprès du patient lors d'un épisode critique de soins permet à cette dernière de prendre conscience de la gravité de la situation et de comprendre l'état réel du patient (Meyers et al., 2000). Elle peut ainsi d'emblée considérer le sérieux de l'épisode de soins et débiter son processus d'adaptation à la situation de crise. Par ailleurs, la famille pense que le fait qu'elle soit sur place influence les soins administrés. Elle croit en effet fermement que l'équipe soignante redouble d'ardeur en raison de sa présence (Meyers et al., 2000) et, en étant témoin des soins prodigués, la famille constate les nombreux efforts que cette dernière déploie. Elle réalise ainsi que toutes les interventions possibles ont été effectuées, lui évitant de vivre dans le doute ou de croire que l'équipe soignante a peut-être failli à sa tâche (Egging et al., 2011; Meyers et al., 2000).

La famille se sent utile en offrant du réconfort au patient et elle croit profondément que sa présence aide le patient et ce, même si ce dernier est inconscient (Gavaghan & Carroll, 2002; Meyers et al., 2000). Ainsi, la présence de la famille au chevet du patient en situation critique de soins favorise l'implication de la famille en lui offrant l'opportunité de

soutenir l'un de ses membres. Bien que le fait de voir un proche dans un état clinique instable représente une situation de crise et un épisode dramatique, être auprès du patient dans ces circonstances facilite le deuil advenant son décès (Egging et al., 2011; Gavaghan & Carroll, 2002; Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007). La famille y voit une chance de dire adieu et elle peut bénéficier des dernières minutes de vie de la personne aimée (Meyers et al., 2000). En conclusion, malgré le caractère impressionnant et subit de la situation, la majorité des familles ayant vécu l'expérience d'être présente auprès du patient en situation critique de soins le ferait à nouveau sans hésiter (Mian et al., 2007).

Avantages pour le patient

Bien que moins d'études aient été répertoriées sur ce sujet, la présence de la famille est également bénéfique pour le patient (Ardley, 2003; Hupcey, 2001; Mian et al., 2007; Miller & Stiles, 2009; Mitchell, Chaboyer, Burmeister & Foster, 2009). Ce dernier se sent appuyé, réconforté et sait que quelqu'un veille sur lui, tout en maintenant le lien famille-patient. Même les personnes ayant un état de conscience altéré au moment des procédures ont des souvenirs des encouragements de leur famille (Ardley, 2003; Hupcey, 2001; Mian et al., 2007). De plus, la famille peut devenir la voix du patient lorsque celui-ci est inconscient en communiquant différentes informations à son sujet ou en prenant certaines décisions en lieu et place de ce dernier. La famille devient alors une importante ressource pour l'infirmière, en plus d'être là pour le patient (Mitchell et al., 2009).

De fait, la famille peut s'avérer une source importante d'information, notamment en fournissant des renseignements sur les allergies, la médication et les antécédents de santé

du patient lorsque celui-ci est dans l'incapacité de communiquer. En situation critique, les antécédents ne sont pas toujours accessibles facilement et, souvent, le temps presse (Miller & Stiles, 2009). Enfin, lorsque le patient profite de la présence d'un membre de sa famille à son chevet, ce dernier vit considérablement moins d'anxiété et de stress reliés à la situation en bénéficiant du soutien physique et moral de ses proches (McClement et al., 2009; Meyers et al., 2000).

Avantages pour l'équipe soignante

La présence de la famille rappelle à l'équipe soignante que le patient est une personne et non un simple diagnostic (Meyers et al., 2000). Le patient est perçu comme étant un membre à part entière de sa famille soit une mère, un père, un frère, une fille... Le personnel soignant porte également une plus grande attention à la dignité et à l'intimité du patient. De plus, lorsque la famille est présente, l'équipe peut expliquer l'état de la personne en même temps qu'elle prodigue les soins, assurant ainsi un meilleur suivi à la famille sur l'évolution de l'état de santé du patient. Enfin, les conversations et les comportements des professionnels s'avèrent davantage appropriés (Davidson et al., 2007; Hodge & Marshall, 2009; McGahey, 2002; Meyers et al., 2000).

La présence de la famille auprès du patient lors d'un épisode critique de soins donne l'opportunité à l'infirmière de créer des liens avec la famille et, parfois, un court laps de temps suffit. En effet, les compétences et les attitudes *caring* de l'infirmière lui permettent de tisser des liens de respect et d'empathie avec la famille et ceux-ci s'avèrent bénéfiques, tant pour le patient que pour les proches eux-mêmes et pour l'équipe de soins (Miller &

Stiles, 2009). De plus, les membres de la famille peuvent aider les infirmières à se sentir compétentes dans leur travail lorsqu'ils les remercient pour les soins donnés au patient (Miller & Stiles, 2009). Enfin, il s'avère avantageux pour l'équipe soignante autant que pour le patient d'obtenir rapidement des renseignements sur les antécédents du patient (Miller & Stiles, 2009; Mitchell et al., 2009).

Opinions favorables des infirmières

Certaines infirmières voient plusieurs avantages à opter pour la présence de la famille et émettent diverses opinions afin de soutenir cette pratique (Clukey et al., 2009; Jensen & Kosowan, 2011; Knott & Kee, 2005; Lowry, 2012; McClement et al., 2009; Meyers et al., 2000; Miller & Stiles, 2009). Dans les lignes qui suivent, les opinions des infirmières découlent tant de leur vécu que de leurs croyances, certaines ayant déjà été confrontées à la situation et d'autres émettant leur avis sans jamais avoir eu l'occasion d'expérimenter la présence de la famille en situation critique de soins.

Croire que la famille a sa place

Selon certaines infirmières, la famille a sa place auprès du patient lorsque celui-ci est dans un état critique et instable et que des soins de haut niveau lui sont administrés (Fallis et al., 2008). Elles y voient en effet une expérience positive pour la famille, le patient et elles-mêmes (Lowry, 2012; Miller & Stiles, 2009). Les infirmières ayant vécu des situations critiques de soins en présence de la famille rapportent avoir agi au mieux dans la situation et considèrent ces expériences comme étant des plus enrichissantes et profitables

(Miller & Stiles, 2009). De plus, pour les infirmières, il importe que la famille soit présente afin qu'elle puisse offrir du soutien au patient et soit témoin de tout le travail effectué par l'équipe soignante (Knott & Kee, 2005; Meyers et al., 2000; Miller & Stiles, 2009).

Assurer une proximité

Selon les infirmières interrogées et en lien avec le besoin de proximité, le fait que la famille soit au chevet ou très près du patient permet une présence physique et peut ainsi contribuer grandement au soutien physique et moral du patient (McClement et al., 2009). Effectivement, la famille peut toucher et parler au patient en le rassurant sur le fait qu'il n'est pas seul et que quelqu'un de proche veille à son bien-être (Lowry, 2012). La proximité assure une consolidation du lien famille-patient et ce, tant au plan physique qu'émotionnel (McClement et al., 2009). Cette proximité est nécessaire et profitable autant pour le patient que pour sa famille.

Aider la famille dans sa prise de décision

Des infirmières soulignent qu'être témoin d'une situation critique de soins peut aussi contribuer à aider la famille à prendre une décision éclairée en ce qui concerne la cessation ou la poursuite des manœuvres de réanimation (Jensen & Kosowan, 2011). Ainsi, la famille conçoit parfaitement ce que veut exprimer le médecin à travers ces paroles : « Nous avons fait tout ce que nous avons pu » lorsque celle-ci a été témoin de toutes les manœuvres effectuées. Voir tout ce que l'équipe soignante accomplit lors d'une réanimation permet à la famille de prendre conscience du niveau élevé de soins que requiert une telle situation.

Lorsque le patient vit deux ou trois arrêts cardiorespiratoires dans un court intervalle et que son état clinique est critique, la présence de la famille facilite la prise de décision de cesser les manœuvres ou, au contraire, de les poursuivre. La famille saisit alors tout ce qu'une réanimation implique et en comprend mieux les répercussions (Knott & Kee, 2005).

Mourir accompagné

Dans l'étude de McClement et al. (2009), les infirmières rapportent que si le patient décède lors de manœuvres de réanimation, il ne sera pas seul avec des étrangers si ses proches sont sur place. La présence d'un membre de la famille permet donc au patient de mourir en présence d'une personne significative et de se sentir accompagné en cette ultime et finale épreuve. Pour la famille, savoir que le patient est décédé entouré de ses proches lui procure une certaine consolation. En effet, elle peut se sentir apaisée, malgré son deuil, par le fait que le patient ait pu bénéficier d'une présence familière en cette circonstance. Mourir dans la dignité implique aussi de ne pas mourir seul ou entouré de gens inconnus (McClement et al., 2009).

Développer un lien entre la famille et les infirmières

Pour les infirmières, un des aspects importants de leur pratique professionnelle est le lien qu'elles peuvent développer avec les familles. Donner l'opportunité à la famille d'être présente au chevet du patient aide au développement de ce rapport privilégié. En offrant cette opportunité à la famille, celle-ci réalise qu'elle fait partie du processus de soins. Elle se sent importante et veut contribuer au bon déroulement de l'épisode de soins (Clukey et

al., 2009). Par ailleurs, en situation critique de soins, comme le temps disponible est souvent très limité, le fait d'établir rapidement ce lien s'avère bénéfique, tant pour la famille que pour l'équipe soignante (Miller & Stiles, 2009).

Opinions défavorables des infirmières

Les infirmières interrogées dans les recherches recensées émettent aussi des opinions défavorables au sujet de la présence de la famille (Helmer et al., 2000; Jensen & Kosowan, 2011; Knott & Kee, 2005; McClement et al., 2009; Mian et al., 2007; Stayt, 2009). Pour certaines, plusieurs raisons peuvent être évoquées pour affirmer que la présence de la famille n'est pas appropriée dans ces circonstances. Toutefois, les principales réticences verbalisées par les infirmières font état à la fois de leurs opinions et d'idées préconçues. En effet, ces études ont questionné sans distinction des infirmières ayant vécu la présence de la famille et des infirmières n'ayant jamais vécu cette expérience. Il est toutefois possible de différencier leur vécu de leur opinion lorsque, dans leurs verbatim, les participantes utilisent le conditionnel pour définir ce qui aurait pu se passer, exprimant ainsi leurs craintes anticipées.

Manquer d'espace

Dans l'étude de Knott et Kee (2005), deux infirmières soulignent que le manque d'espace au chevet du patient pourrait s'avérer problématique. Bien souvent, les lieux physiques présentent des dimensions réduites compte tenu des besoins de l'équipe soignante. De plus, selon l'état et la condition du patient, plusieurs professionnels peuvent

être à son chevet simultanément dont l'urgentologue ou l'intensiviste, un médecin spécialiste et, parfois, deux, trois ou quatre infirmières, une inhalothérapeute de même que les techniciennes en électrocardiographie, en radiologie et en laboratoire. Le patient peut donc parfois être difficile d'accès et ce manque d'espace laisse alors peu de place à la famille (Knott & Kee, 2005).

Induire des séquelles psychologiques

Selon l'opinion des infirmières, la famille qui assiste aux procédures invasives de soins ou à la réanimation cardiorespiratoire peut subir un stress post traumatique (Jensen & Kosowan, 2011). L'épisode de soins ne se déroule pas toujours comme il le devrait et, parfois, la situation se complique davantage. Le patient ayant subi un grave traumatisme peut être défiguré et présenter de multiples fractures. Lors de certains soins, il est possible que du sang gicle, par exemple lors de la pose d'un drain ou d'un cathéter (Helmer et al., 2000; Knott & Kee, 2005). Le patient peut parfois être manœuvré brusquement comme lors du massage cardiaque et la famille pourrait entendre des os se briser (Knott & Kee, 2005). Le patient peut aussi vomir ou avoir une incontinence urinaire ou fécale, tout comme diverses autres situations difficiles à voir peuvent survenir. Tous ces facteurs sont considérés par les infirmières comme pouvant être traumatisants pour la famille et elles croient qu'ils représentent un risque de la marquer profondément (Helmer et al., 2000; Knott & Kee, 2005; Mian et al., 2007).

Dans le même ordre d'idées, toujours selon les infirmières, la famille peut interpréter à tort la situation et son déroulement, les alarmes des différents moniteurs qui sonnent

fréquemment et les discussions entre les intervenants (Knott & Kee, 2005). En effet, lorsque la condition du patient est précaire et que les minutes comptent, les intervenants peuvent parfois utiliser un langage et un ton de voix ferme et peu cordial (Knott & Kee, 2005) ou, au contraire, pour alléger l'ambiance, les professionnels peuvent utiliser l'humour. Lorsque l'épisode de soins se déroule bien et que les intervenants sont fiers du travail effectué auprès du patient, ils peuvent exprimer une certaine excitation. La famille peut interpréter ces comportements comme un manque de respect de leur part envers leur proche (Knott & Kee, 2005).

De plus, les soins sont effectués rapidement et, lors de la réalisation de diverses procédures, du matériel et des instruments peuvent tomber par terre et sont laissés là, puisque toutes les minutes comptent et que les efforts sont concentrés sur la survie du patient. La famille qui assiste à cela peut croire que la situation se dégrade et l'ambiance qui règne peut alors être perçue comme chaotique, ce qui peut contribuer à augmenter le niveau d'anxiété de la famille qui est témoin de ces événements (Knott & Kee, 2005; Mian et al., 2007).

Interférer avec la qualité des soins prodigués

Voir un être cher dans un état clinique instable est particulièrement éprouvant et les réactions émotives de la famille sont imprévisibles. Certaines personnes savent conserver leur sang-froid alors que d'autres paniquent et deviennent agitées et des infirmières craignent que la famille démontre un comportement perturbateur si elle assiste à l'épisode

critique de soins. En effet, les intervenants ne peuvent s'occuper en même temps et du patient et de sa famille (Jensen & Kosowan, 2011; Knott & Kee, 2005).

Les infirmières croient également que le fait de voir la famille pleurer et vivre de la détresse peut les distraire. Toutefois, afin de fournir les meilleurs soins possibles, les intervenants doivent se concentrer sur les soins à administrer et non sur l'aspect humain de la situation pour ne pas se laisser submerger par leurs émotions et ainsi avoir de la difficulté à se concentrer (Helmer et al., 2000; Knott & Kee, 2005). Par ailleurs, les intervenants pensent aussi que le fait d'être observés par la famille leur procurerait un stress supplémentaire. Ils pourraient donc se sentir jugés et vivre de l'anxiété par rapport à leur performance (Helmer et al., 2000; Knott & Kee, 2005; Mian et al., 2007). Selon certaines infirmières, tous ces facteurs peuvent interférer avec la qualité des soins prodigués.

Générer une attitude détachée chez l'infirmière

Vivre des situations critiques de soins quotidiennement et voir des patients mourir fréquemment peut être difficile psychologiquement pour les intervenants. Les infirmières qui œuvrent dans les unités de soins critiques vivent ce genre de situations fréquemment. De ce fait, elles éprouvent divers sentiments en lien avec la situation clinique souvent précaire des patients et avec les émotions vécues par ces derniers et leur famille (Stayt, 2009).

Afin de se protéger psychologiquement, l'infirmière peut essayer de créer un espace entre elle et la famille. L'attitude de l'infirmière peut ainsi sembler détachée et désintéressée alors qu'elle tente simplement de ne pas vivre la détresse des autres, ce qui lui

fait craindre que les communications avec la famille finissent par porter uniquement sur les aspects techniques de la situation. Cependant, ce comportement peut devenir problématique s'il amène la famille à croire que l'infirmière n'est pas soucieuse de la situation (Stayt, 2009). La famille qui assiste à un épisode critique de soins et qui voit l'attitude distante et détachée de l'infirmière peut vivre de l'anxiété à la suite des évènements. En effet, elle peut penser que l'infirmière ne prendra pas bien soin du patient et être considérablement inquiète de son bien-être (Knott & Kee, 2005).

Amener des conséquences aux plans éthique et légal

Enfin, les infirmières craignent que la présence de la famille mette en péril l'aspect de confidentialité de la situation. La présence de la famille peut être perçue comme une violation du caractère privé de l'épisode de soins. En effet, si le patient est inconscient, il est impossible de s'assurer de sa volonté d'avoir un membre de sa famille à son chevet et l'équipe soignante se doit de préserver la confidentialité. De plus, les infirmières appréhendent une augmentation du risque de poursuite puisque la famille peut croire, à tort ou à raison, que l'équipe a fait une ou plusieurs erreurs (Helmer et al., 2000; McClement et al., 2009; Mian et al., 2007).

En conclusion, les infirmières semblent partagées entre les aspects techniques et humains des soins. D'une part, elles veulent garantir la qualité des soins techniques prodigués en s'assurant une ambiance de travail optimale afin de préserver la vie du patient. D'autre part, elles semblent avoir le souci d'adopter des attitudes de *caring* et être très

empathiques aux émotions vécues par le patient et sa famille. Cette empathie se traduit notamment en voulant leur permettre une certaine proximité.

Vécu des infirmières

Suite aux recherches effectuées dans deux banques de données (MEDLINE et CINAHL) avec les mots clés suivants : *family presence, critical care, reanimation, ressuscitation, nurses experience, phenomenological research*, une seule étude répertoriée (Miller & Stiles, 2009) a exploré le vécu des infirmières ayant expérimenté la présence de la famille du patient lors de manœuvres de réanimation cardiorespiratoire ou de la réalisation des procédures invasives de soins en utilisant une approche phénoménologique. Dans leur étude, ces chercheuses ont questionné 17 infirmières dont 15 travaillaient soit à l'urgence, aux soins intensifs ou dans les véhicules d'urgence alors que deux occupaient un poste comme infirmière de liaison au bloc opératoire. Les infirmières constituant l'échantillon travaillaient dans différents types d'hôpitaux, tant urbains que ruraux et auprès de clientèles adultes et pédiatriques. Le nombre de situations vécues par chaque participante et impliquant la famille variait de quatre à 100. Les résultats de la recherche de Miller et Stiles (2009) ont fait ressortir quatre thèmes principaux soit, *Établir un lien, Intégrer la famille, Allouer une période de transition pour l'acceptation*, et, enfin, *Adopter une approche prudente*.

Tout d'abord, les infirmières ont relaté que la présence de la famille leur avait permis d'établir rapidement un lien avec cette dernière. Elles ont également eu l'impression d'avoir influencé positivement le cheminement de la famille relativement à la situation critique de

soins. Ces infirmières se sont par ailleurs senties davantage appréciées par la famille. Elles croient avoir favorisé la réponse aux besoins de la famille en lui permettant de voir et de savoir ce qui se passe avec le patient, en l'aidant à avoir une vision réaliste de la situation et en garantissant la proximité entre la famille et le patient. Elles ont de plus expliqué viser à combler les besoins du patient lorsque celui-ci reçoit de l'information et du réconfort de sa famille. Enfin, lorsque la famille demande de cesser les procédures de réanimation cardiorespiratoire, elles ont rapporté que la présence de cette dernière était alors une condition essentielle à cette importante prise de décision (Miller & Stiles, 2009).

Elles ont ensuite souligné qu'il importe d'encourager la participation de la famille dans l'épisode de soins en l'incitant à parler et à toucher au patient, en lui posant des questions et en l'incluant dans la prise de décisions. Les infirmières ont également exprimé avoir eu besoin de temps afin d'accepter cette nouvelle pratique en passant par-dessus leurs stéréotypes et leurs préjugés, en s'adaptant au changement et en s'y engageant activement. Enfin, le dernier thème fait état que certaines infirmières ont vécu de l'ambivalence en se demandant comment la présence de la famille pouvait être bénéfique devant une situation aussi tragique. Ces infirmières croient ainsi que la présence de la famille constitue un mince avantage compte tenu du caractère dramatique d'une situation critique de soins. Par ailleurs, quelques-unes n'ont pas accepté cette pratique, en établissant qu'elle pouvait potentiellement traumatiser la famille ou que cette dernière pourrait interrompre l'épisode de soins (Miller & Stiles, 2009).

Prémices à l'instauration de cette pratique

Favoriser la présence de la famille dans l'aire de soins lors d'une situation critique s'avère être un changement de pratique important et génère des résistances et des inquiétudes chez les infirmières. L'instauration de cette nouvelle approche ne peut donc être ni improvisée, ni imposée. Afin de contribuer au succès de l'implantation d'une telle pratique, il est essentiel d'établir des lignes de conduites claires sous forme d'écrits tel un protocole favorisant et balisant la présence de la famille en salle de réanimation/stabilisation à l'urgence (Doolin, Quinn, Bryant, Lyons & Kleinpell, 2011; ENA, 2007; Feagan & Fisher, 2011; Meyers et al., 2000; York, 2004). De plus, préalablement à l'instauration officielle du dit protocole, tous les intervenants impliqués se doivent de recevoir une formation. Celle-ci doit porter notamment sur les besoins de la famille, sur les raisons qui sous-tendent de favoriser la présence de la famille, sur ce que les intervenants risquent d'expérimenter en présence de la famille et sur les différentes interventions nécessaires à réaliser envers la famille de même que sur les attitudes à adopter auprès de cette dernière (Doolin et al., 2011; ENA, 2007; York, 2004).

Il est également fortement recommandé de constituer un comité responsable de tout le processus entourant la mise en place de cette nouvelle ligne de conduite. Ce dernier est formé de différents professionnels tels une infirmière, un médecin, un intervenant en prévention des infections, un travailleur social, une inhalothérapeute et une personne responsable de la gestion des risques (York, 2004). La rédaction des lignes de conduite, de la formation offerte à tous les intervenants et de la mise en place officielle du protocole qui favorise et balise la présence de la famille sont autant de mandats qui lui sont dévolus

(Agard, 2008; York, 2004). Enfin, dans le but d'assurer la réussite de l'implantation d'une telle procédure, il importe d'obtenir l'appui de la direction du département et de celle de l'hôpital afin que les membres du personnel soient davantage ouverts à la mise en place de cette nouvelle pratique (York, 2004).

Par ailleurs, afin d'établir des lignes de conduite aidantes tant pour la famille que pour les intervenants et le patient, le protocole ne doit pas se limiter au simple fait de favoriser la présence de la famille mais doit être ancré dans une philosophie de soins qui reconnaît la place de la famille et son importance (Henneman & Cardin, 2002). De cette façon, la présence de la famille est davantage perçue comme un complément aux soins et risque moins d'être interprétée comme une intrusion.

Afin d'adhérer à une vision de soins reconnaissant l'importance du rôle que joue la famille sur le bien être du patient et telle que définie par l'ENA (2007), la philosophie du *family centered care* est adoptée par plusieurs milieux comme philosophie de soins (Henneman & Cardin, 2002). Celle-ci fait office de cadre de référence et assure une pratique adaptée aux besoins des familles lorsque celles-ci assistent à un épisode critique de soins (ENA, 2007).

Philosophie de soins

La philosophie du *family centered care* est utilisée depuis plusieurs années déjà et constitue une philosophie de soin transposable à tous les milieux cliniques (Henneman & Cardin, 2002). En fait, certains milieux, notamment la pédiatrie, établissent leurs lignes de conduite sur les bases philosophiques de celle-ci (Henneman & Cardin, 2002). Le terme

utilisé pour la définir varie selon les auteurs mais les principes et les valeurs sous-jacents demeurent les mêmes. L'ENA (2007) utilise *patient/family centered care* alors que Henneman et Cardin (2002) emploient *family-centered critical care*. Malgré cette différence d'appellation, il s'agit du même cadre de référence, soit le *family centered care*, adapté aux milieux de soins critiques tels l'urgence.

La philosophie du *family centered care* se traduit à travers les valeurs et les principes suivants :

La dignité et le respect. Le personnel soignant doit respecter les choix du patient et de sa famille de même que leur culture, leurs valeurs, leurs croyances et leurs connaissances (ENA, 2007). Le respect doit provenir également de la famille. Une approche centrée sur les besoins de la famille n'implique pas que celle-ci ait le droit d'abuser du personnel ou de démontrer de l'agressivité envers l'équipe de soins (Henneman & Cardin, 2002).

Le partage de l'information. Le personnel soignant se doit de partager et de communiquer de l'information en des termes clairs, en évitant les sous-entendus (ENA, 2007; Griffin, 2003).

La participation. Le patient et sa famille doivent être encouragés à participer aux prises de décisions s'ils le désirent (ENA, 2007).

La collaboration. L'équipe soignante doit travailler de concert avec le patient et sa famille dans la gestion et l'application des soins, en plus de les faire participer à la mise en œuvre de ces soins lorsque c'est possible (ENA, 2007; Griffin, 2003).

Des soins adaptés. Les soins au patient doivent être adaptés, accessibles et flexibles selon ses besoins (Griffin, 2003).

Répondre aux besoins de la famille. L'équipe soignante reconnaît son implication et sa responsabilité envers la famille et se doit de répondre à ses besoins, en plus de lui offrir tout le soutien disponible (ENA, 2007; Griffin, 2003).

Respect de la confidentialité. Une approche centrée sur le patient et sa famille n'implique pas que la famille doive être présente à tout prix et en tout temps (Henneman & Cardin, 2002). En effet, lors de situations critiques de soins particulières telles une tentative de suicide ou une intoxication due aux drogues ou à l'alcool, le patient peut souhaiter être seul ou vouloir sa famille à ses côtés sans pour autant désirer qu'elle connaisse tous les détails de l'épisode de soins. Dans ces situations, il importe que les intervenants veillent à ne pas divulguer aux proches des informations compromettantes au sujet du patient. Les intervenants se doivent d'évaluer chaque situation et, en cas de doute, de s'abstenir de partager en détail toutes les informations disponibles avec la famille.

Les besoins du patient, une priorité. Un milieu de soins qui élabore son approche à partir du *family centered care* considère toutefois les besoins du patient en priorité, ce qui va de soi. Cependant, il est important pour la famille de savoir que l'équipe soignante fournit les meilleurs soins possibles au patient. De plus, les besoins du patient doivent demeurer la priorité, tant pour la famille que pour l'équipe soignante (Henneman & Cardin, 2002).

Toujours selon la philosophie du *family centered care*, l'équipe soignante doit, en plus d'assurer les soins physiques essentiels et indispensables, se centrer sur les besoins du patient et de sa famille. En effet, l'épisode critique de soins ne doit pas être contrôlé et dirigé uniquement par l'équipe soignante, le système de santé ou la pathologie (ENA,

2007). Donc, en plus de mettre l'accent sur les besoins physiques, le *family centered care* tient également compte des besoins psychologiques, sociaux et spirituels du patient et de sa famille (ENA, 2007). Par ailleurs, le *family centered care* reconnaît l'unicité du patient en plus de considérer ce dernier comme étant un membre à part entière de sa famille (Henneman & Cardin, 2002).

Le *family centered care* est une philosophie de soins qui reconnaît le rôle que la famille a à jouer dans l'épisode critique de soins du patient, soit d'offrir du soutien et du réconfort à ce dernier. En effet, le soutien provenant de la famille influence la réponse au traitement du patient, en plus d'agir positivement sur son bien-être (ENA, 2007; Henneman & Cardin, 2002). Une approche basée sur cette philosophie engage au respect de la famille dans son rôle unique et essentiel de soignant auprès du patient et reconnaît l'importance de combler les besoins physiques et psychologiques de cette dernière dans un milieu de soins tel l'urgence (ENA, 2007).

Le principe de favoriser la présence de la famille s'ancre donc dans cette philosophie, d'une part, en reconnaissant l'importance du rôle de la famille auprès du patient et, d'autre part, en assurant une approche à la famille qui respecte et comble ses besoins. De plus, une approche de soins basée sur cette philosophie assure des soins empreints de dignité, de respect et adaptés à la situation de chaque patient.

Critique de la recension des écrits

En résumé, une seule étude américaine a utilisé l'approche phénoménologique afin de mettre en lumière le vécu des infirmières lors de la présence d'un membre de la famille du

patient en situation critique de soins (Miller & Stiles, 2009), alors que plusieurs auteurs ont recueilli les opinions des infirmières à ce sujet, qu'elles aient ou non vécu l'expérience (Clukey et al., 2009; Jensen & Kosowan, 2011; Knott & Kee, 2005; Lowry, 2012; McClement et al., 2009). Par ailleurs, de nombreuses recherches ont abordé les avantages de la présence de la famille tant pour cette dernière, que pour le patient et l'équipe soignante (Badir & Sepit, 2007; Davidson et al., 2007; Fallis et al., 2008; Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007; Pasquale et al., 2010; Robinson et al., 1998).

Pour leur part, Knott et Kee (2005) ont mené une recherche qualitative descriptive afin de recueillir les opinions des infirmières. Elles ont ainsi questionné 10 participantes en leur demandant leur opinion quant à la présence de la famille, à savoir si elles avaient déjà fait partie d'une équipe de réanimation cardiorespiratoire, si elles avaient déjà participé à une réanimation en présence de la famille du patient, si elles avaient déjà été présentes au chevet d'un proche dans les mêmes circonstances. Bien qu'il soit intéressant de connaître l'opinion des infirmières au sujet de la présence de la famille de manière large, la nature exploratoire des questions posées par ces auteures amène les participantes à relater divers points de vue, à savoir comme infirmière, patient ou proche, et certains peuvent s'entremêler.

De plus, les résultats de plusieurs recherches (Helmer et al., 2000; Knott & Kee, 2005; McClement et al., 2009; Mian et al., 2007) ne font état d'aucune nuance entre ce qui découle réellement du vécu et ce qui vient des croyances des infirmières. En fait, ces études peuvent contribuer à perpétuer les idées préconçues des soignants et, de la sorte, maintenir plusieurs craintes qui s'avèrent non fondées lorsque la situation est expérimentée. Par

exemple, les infirmières questionnées dans l'étude de Knott et Kee (2005) expriment craindre que la famille soit traumatisée si elle assiste à l'épisode critique de soins alors que deux études (Pasquale et al., 2010; Robinson et al., 1998) ayant évalué l'expérience des familles lors de situations concrètes ont relaté le contraire.

De leur côté, Fallis et al. (2008) ont conduit une enquête auprès de 450 infirmières faisant partie de la *Canadian Association of Critical Care Nurses* (CACCN) afin d'identifier les pratiques et les préférences de ces infirmières au regard de la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire. Cette enquête a permis d'obtenir un reflet de la pratique de ces infirmières en 2008 en plus d'identifier si leur unité de soins critiques possédait une politique écrite à ce sujet. Cette recherche contribue essentiellement à documenter la pratique des infirmières sans explorer les motifs de leurs habitudes ou la manière dont elles vivent la situation, limitant d'autant les connaissances générées sur le sujet.

Pour sa part Lowry (2012) a mené une étude qualitative descriptive auprès de 14 infirmières vivant régulièrement la présence de la famille en situation critique de soins dans une unité d'urgence comportant 36 civières et bénéficiant d'un protocole favorisant la présence de la famille depuis 1992. Les résultats de cette recherche ont conclu que la totalité des infirmières questionnées croient que la présence de la famille représente une expérience positive amenant de nombreux avantages et aucun inconvénient. Par ailleurs, cette étude amène une vision nouvelle de la présence de la famille exempte d'aspects négatifs ou d'incertitude face à cette pratique.

Enfin, l'étude descriptive de Meyers et al. (2000) a utilisé à la fois l'approche qualitative et l'approche quantitative auprès de 39 membres de famille et de 96 professionnels, soit 60 infirmières, 14 médecins et 22 résidents, afin de justifier l'implantation d'un protocole favorisant la présence de la famille dans une unité d'urgence. Elles ont ainsi recueilli des données par questionnaire et par entrevue et ont par la suite rapporté les expériences des membres de la famille et des intervenants, en plus de recueillir les préoccupations de ces derniers. Cette étude de grande envergure réalisée en 2000 a par la suite constitué une référence pour plusieurs autres chercheurs, notamment Fallis et al. (2008), Knott et Kee (2005), Lowry (2012), Mian et al. (2007) et Miller et Stiles (2010). En conclusion, dans les études réalisées auprès des infirmières ayant vécu la présence de la famille lors de situations critiques de soins, les aspects positifs de l'expérience sont davantage mis en relief et les craintes sont moins nombreuses que lorsque les recherches ne font état que des opinions des répondantes, sans qu'elles aient été confrontées à la situation dans les faits.

Ainsi se termine le chapitre de la recension des écrits. La partie suivante expose la méthode de recherche utilisée afin de mener la présente étude.

CHAPITRE III

MÉTHODE

Ce chapitre présente les éléments en lien avec la méthode utilisée pour mener à bien cette recherche. S'y succèdent donc le devis, la justification de la méthode choisie, la définition des termes utilisés, la mise en contexte, le déroulement de l'étude, le milieu choisi, la sélection des participantes, les outils de collecte des données et le déroulement de celle-ci, le plan d'analyse des données, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques.

Devis

Cette recherche qualitative est basée sur l'approche phénoménologique descriptive. En considérant le vécu des êtres humains comme sujets de recherche, l'utilisation de la phénoménologie permet de décrire les impressions et les sentiments vécus, en plus d'explorer ce que la personne perçoit, croit et conçoit face à l'expérimentation d'une situation donnée. L'approche phénoménologique sonde des expériences de l'existence humaine et est particulièrement profitable lorsqu'un phénomène est méconnu ou incompris (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007). L'utilisation de cette approche nécessite que le chercheur se centre sur les perceptions des participantes et non sur les siennes propres (Loiselle et al., 2007). Afin de clarifier en quoi consiste ce type de devis, la section qui suit en présente quelques éléments.

La phénoménologie descriptive, attribuée à Edmond Husserl, tente d'engendrer une description consciencieuse et approfondie du phénomène à l'étude et d'en dégager un savoir (Holloway & Wheeler, 2010). En phénoménologie, les données recueillies proviennent des entretiens entre le chercheur et les participants qui s'avèrent être des entrevues en

profondeur lors desquelles chaque sujet peut s'exprimer librement sur la manière dont il a expérimenté le phénomène à l'étude (Loiselle et al., 2007; Lopez & Willis, 2004).

Le chercheur en phénoménologie croit que les aspects indispensables de la réalité s'arriment dans l'expérimentation de la vie de tous les jours. Il croit également que la perception de chaque être humain d'un phénomène donné découle des expériences qui lui sont propres. L'objectif de ces chercheurs est donc de comprendre, de décrire et de démystifier une expérience vécue consciemment par une ou plusieurs personnes dans toute sa complexité et sa richesse (Finlay, 2009; Holloway & Wheeler, 2010). Enfin, le chercheur en phénoménologie considère tout phénomène de l'existence humaine comme pouvant être marquant, captivant et digne d'intérêt car l'être humain est conscient de tous les phénomènes qui l'entourent (Loiselle et al., 2007).

Justification de la méthode

Selon Husserl (1970), l'humain est conscient de ses expériences et cette conscience de la réalité mérite de faire l'objet d'une étude scientifique (Husserl, 1970; Lopez & Willis, 2004). La phénoménologie descriptive vise, entre autres, à décrire comment le monde apparaît à l'humain dans sa conscience (Finlay, 2009). Autrement dit, cette approche tente de définir un phénomène tel qu'il a été vécu par le sujet. L'utilisation de ce type de devis s'avère d'ailleurs bénéfique pour les scientifiques qui cherchent à comprendre les motivations humaines car celles-ci sont influencées par ce que chaque personne perçoit comme réel (Lopez & Willis, 2004).

Dans cette optique, les informations subjectives obtenues par le chercheur lors des entrevues effectuées auprès de chaque participant prennent tout leur sens car elles précisent leur conscience de la réalité selon leur vécu, leur perception et leur réaction par rapport au phénomène étudié (Lopez & Willis, 2004).

Cependant, bien que chaque individu soit unique et ait des réactions potentiellement différentes pour une situation donnée, plusieurs particularités analogues sont tout de même vécues par l'ensemble de ces individus. Ces caractéristiques homologues représentent l'essence du phénomène et doivent être ressorties par le chercheur. Il s'avère essentiel que l'ensemble de ces caractéristiques se retrouvent à l'intérieur de la description approfondie du phénomène (Lopez & Willis, 2004). La force des études phénoménologiques se situe dans la façon dont les chercheurs capturent l'essence d'un phénomène et en établissent une description détaillée afin que le lecteur puisse concevoir le phénomène d'un point de vue global et enrichi (Finlay, 2009).

Dans ce projet de recherche, l'approche basée sur ce type de devis a permis de décrire le vécu des infirmières en présence d'un membre de la famille au chevet du patient en salle de stabilisation en tant que soignantes, mais aussi en tant que personnes vivant une expérience nouvelle. En effet, au moment de la réalisation des entrevues, cette pratique n'avait cours que depuis quelques mois à l'urgence du CSSSC. Enfin, se baser sur cette approche a permis une description en profondeur de l'objet de recherche afin que des infirmières vivant des situations similaires puissent s'y reconnaître ou que tout autre lecteur puisse comprendre la réalité d'infirmières d'urgence lorsqu'elles vivent la présence d'un membre de la famille du patient en salle de stabilisation.

Définition des termes utilisés

La section suivante énonce la définition des principaux termes utilisés soit : famille, situation critique de soins, soins critiques, présence de la famille en salle de stabilisation, protocole favorisant et balisant la présence de la famille, vécu et assistante infirmière chef.

Famille

Indique toute personne se définissant comme en faisant partie et ayant un lien significatif avec le patient (Leske, 2002; Wright & Leahey, 2007).

Situation critique de soins

Comprend toute situation telle la réanimation cardiorespiratoire et les procédures invasives de soins (Meyers et al., 2000). Dans cette étude, ces situations se déroulent en salle de stabilisation à l'urgence.

Soins critiques

Englobent les milieux des soins intensifs : pédiatriques, généraux, neurologiques, cardiaques et l'urgence.

Présence de la famille en salle de stabilisation

Implique la présence d'un membre de la famille au chevet du patient lors des situations critiques de soins en salle de stabilisation à l'urgence du CSSSC.

Protocole favorisant et balisant la présence de la famille

Réfère au protocole suivant les lignes directrices de l'ENA, mis en place au CSSSC en juin 2011 et rédigé par l'étudiante (Appendice 1). Ce protocole vise à baliser cette nouvelle façon de faire et à encadrer la pratique des membres de l'équipe qui prennent la décision d'inviter la famille en salle de stabilisation.

Vécu

Se rapporte, chez l'infirmière, au contenu expérientiel relié à la présence de la famille en salle de stabilisation.

Assistante infirmière chef (AIC)

Désigne l'infirmière assistante du supérieur immédiat. Elle supervise l'ensemble des activités se déroulant à l'urgence, en plus d'être la référence clinique pour les autres infirmières.

Mise en contexte

La mise en contexte expose les rôles des infirmières en salle de stabilisation et la répartition de leurs tâches auprès du patient. Elle précise également le déroulement de l'implantation du protocole favorisant la présence de la famille en salle de stabilisation à l'urgence du CSSSC.

Rôles des infirmières en salle de stabilisation

Une équipe formée de trois infirmières est mobilisée afin d'intervenir auprès du patient lorsque ce dernier est acheminé en salle de stabilisation. Leur implication dans l'épisode de soins diffère et chacune assume des fonctions préétablies afin d'assurer un maximum d'efficacité et d'efficience dans la dispensation des soins.

Ainsi, l'infirmière numéro 1 coordonne l'ensemble des soins effectués au patient selon les directives du médecin traitant. Elle est responsable du dossier et doit être au fait de tout ce qui entoure de près ou de loin la situation. Elle est par ailleurs la personne ressource qui accompagne le patient dans tous ses déplacements et ce, jusqu'à ce que son état se soit stabilisé ou qu'il soit admis sur une unité de soins. L'infirmière numéro 2 est responsable de l'installation des accès veineux, de l'administration de la médication et de la surveillance des protocoles thérapeutiques. Elle doit également assister le médecin lors des techniques invasives. Enfin, l'infirmière numéro 3 assure l'installation du moniteur cardiaque au patient et débute la prise des signes vitaux tels la tension artérielle, la saturation et la température. Elle doit, au besoin, ventiler manuellement le patient au moyen du ballon-masque en attendant l'inhalothérapeute, préparer le plateau à intubation ou le moniteur défibrillateur. De plus, elle doit assister le médecin au besoin (Tremblay, 2012).

Mise en place du protocole

Jusqu'en juin 2011, lorsqu'un patient se retrouvait en salle de stabilisation, sa famille devait demeurer dans la salle des familles et attendre qu'un membre de l'équipe vienne lui donner des nouvelles du patient. Depuis l'instauration d'un protocole offrant la possibilité

de la présence de la famille en salle de stabilisation (Appendice 1), celle-ci se voit maintenant généralement offrir cette opportunité par les infirmières qui y sont attirées. Elle est toutefois libre d'accepter ou de refuser cette proposition. Lorsqu'elle accepte, cette pratique s'effectue conformément au protocole établi. Si elle refuse, elle est invitée à s'asseoir dans la salle des familles et un membre du personnel vient lui faire état de la situation régulièrement, en plus de lui offrir à nouveau la possibilité d'entrer.

Préalablement à l'implantation officielle du protocole, l'infirmière chef et le médecin chef de l'urgence ont donné leur appui et collaboré à sa mise en place. De plus, les personnes responsables à la Direction des soins infirmiers ont été informées de la rédaction et de la mise en vigueur imminente du protocole favorisant la présence de la famille en salle de stabilisation à l'urgence. Par la suite, les intervenants concernés, médecins et infirmières, ont reçu l'information relative au protocole. Bien que les écrits recommandent de former tous les intervenants, pour des raisons organisationnelles, seules les infirmières désirant obtenir une formation à ce sujet l'ont reçue.

Pour leur part, les médecins pratiquant alors à l'urgence du CSSSC ont tous été informés de la mise en place du protocole par courriel. Une séance d'information a également eu lieu et huit médecins sur 30 étaient présents. Les infirmières ont été informées de la mise en place du protocole par une note de service intra départementale et une affiche a été apposée dans la salle de collation. Une formation de 45 minutes leur a ensuite été offerte, sur base volontaire mais rémunérée, selon une possibilité de neuf plages horaire réparties sur 3 jours. La formation portait sur les besoins de la famille dans ce contexte, les

avantages à autoriser la présence de la famille en salle de stabilisation, la démystification des principales craintes des intervenants et, enfin, le protocole leur a été expliqué.

Déroulement de l'étude

Une fois le protocole instauré, l'étude a pu débuter. Le recrutement a été enclenché et les entrevues ont été planifiées. Les lignes qui suivent présentent donc le milieu, les participantes à l'étude et la manière dont elles ont été recrutées.

Milieu

Le milieu dans lequel cette recherche s'est déroulée est l'urgence du CSSSC qui est un centre universitaire régional. Les installations du CSSSC permettent de dispenser des soins spécialisés et surspécialisés aux plans sous-régional, régional et suprarégional. Le CSSSC est également l'un des centres du Québec regroupant le plus grand nombre de spécialités médicales (CSSSC, 2008). Il est aussi le centre de référence pour la région du Saguenay Lac Saint-Jean, en plus d'être un corridor de service pour les Centres de santé de Chibougamau et des Escoumins (CSSSC, 2008).

L'urgence du CSSSC est considérée comme l'une des urgences majeures au Québec et elle accueille environ 50 000 visiteurs chaque année. La clientèle y est très diversifiée. En effet, elle est composée de personnes de tous les groupes d'âge et présentant une multitude de pathologies. L'urgence est équipée de deux salles de stabilisation possédant le matériel nécessaire pour intervenir en toutes situations. La salle de stabilisation principale s'étend sur 54,8 mètres² (9,45 m X 5,8 m) et elle peut accueillir deux patients

simultanément, alors que la salle de stabilisation secondaire a une dimension de 33,28 mètres² (6,4 m X 5,2 m) et ne peut accueillir qu'un seul patient à la fois. L'aménagement physique de ces salles est adapté, ergonomique et à la fine pointe de la technologie moderne (CSSSC, 2008).

Plusieurs patients en situation critique s'y retrouvent, à savoir environ 43 par semaine selon les rapports internes des AIC, et l'équipe soignante doit souvent gérer à la fois un patient physiquement instable en salle de stabilisation et sa famille en crise qui attend dans la salle des familles située à proximité. La salle des familles est en fait un local privé et intime réservé aux familles de patients dont l'état de santé, précaire et instable, nécessite des soins immédiats et qui se situe devant la porte d'accès de la salle de stabilisation principale.

Participant^{es} à l'étude

La population cible pour cette recherche est l'équipe d'infirmières de l'urgence du CSSSC formées à intervenir lors des situations critiques de soins en salle de stabilisation et ayant reçu la formation sur le protocole offrant la possibilité de la présence de la famille en salle de stabilisation, soit environ une quarantaine d'infirmières, quelques unes n'ayant pas attesté leur présence sur la feuille à cet effet. Le recrutement de 10 participantes sur une base volontaire afin de constituer l'échantillon a donc semblé réaliste, dans le but de correspondre aux standards habituels en recherche qualitative visant à atteindre la saturation théorique des données, soit le fait que la collecte de données des dernières participantes n'introduise plus de faits nouveaux (Loiselle et al., 2007). Cependant,

seulement huit infirmières sur les 10 ayant émis le désir de participer au projet de recherche répondaient aux critères d'inclusion.

La méthode d'échantillonnage a été non probabiliste. Un échantillon de convenance a été constitué en recrutant les infirmières qui répondaient aux critères d'inclusion au fur et à mesure qu'elles émettaient le désir de participer à la recherche. De plus, dans cette étude, il ne s'agissait pas d'établir un échantillon représentatif de la population mais bien de recruter, sur une base volontaire, des participantes ayant vécu la situation représentant le phénomène à l'étude (Loiselle et al., 2007). Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être à l'emploi du CSSSC et pratiquer régulièrement à l'urgence soit un minimum de deux jours par semaine;
- Vouloir participer à la recherche;
- Avoir au minimum deux ans d'expérience clinique dans une unité d'urgence, au CSSSC ou ailleurs;
- Avoir reçu la formation relative au protocole favorisant la présence de la famille en salle de stabilisation lors d'un épisode critique de soins;
- Avoir vécu au moins trois situations critiques de soins en salle de stabilisation avec la présence de la famille.

Recrutement. Suite à la réception des approbations éthiques du CSSSC en juin 2011 (Appendice 2) et de l'UQAC en septembre 2011 (Appendice 3) et aux fins de recrutement, une affiche (Appendice 4) a été placée dans la salle de collation du 9 septembre au 14 novembre 2011. Elle invitait les infirmières intéressées à participer à l'étude à contacter l'étudiante.

Outil de collecte de données

L'étudiante a disposé d'un guide d'entrevue comportant une question principale et quelques questions de précision (Appendice 5). La validation de ce canevas d'entrevue a été faite par la directrice et la co-directrice du mémoire et par un comité constitué de trois professeures en sciences infirmières. Les questions de ce guide ont servi à encourager chaque participante à verbaliser à propos de son vécu et facilité l'exploration de diverses facettes du phénomène (Loiselle et al., 2007). Cependant, au cours de chaque entretien, l'étudiante a ajouté au besoin des questions plus spécifiques dans le but d'amener les participantes à préciser leur pensée.

Collecte des données

Les infirmières intéressées ont reçu des explications détaillées sur la recherche en cours et sur les particularités entourant leur éventuelle participation. Par la suite, les entrevues initiales ont été planifiées, réalisées et enregistrées. Elles se sont déroulées du 26 septembre au 14 octobre 2011.

Dans cette recherche, l'entrevue en profondeur a été utilisée. Elle a été essentielle afin de connaître le vécu et l'opinion des participantes (Loiselle et al., 2007; Lopez & Willis, 2004). Dans un premier temps, un questionnaire sociodémographique a permis de recueillir certains renseignements dont le nom, l'âge, le niveau de scolarité, le nombre d'années d'expérience comme infirmière, le nombre d'années de pratique dans une unité d'urgence au CSSSC ou ailleurs, le statut d'emploi et le nombre de situations vécues avec la famille en salle de stabilisation.

L'étudiante responsable du projet de recherche a effectué elle-même la totalité des entrevues après avoir fait préalablement signer un formulaire d'information et de consentement (Appendice 6) à chaque participante et répondu à toutes ses questions. Les entrevues initiales ont duré entre 30 et 45 minutes et ont été planifiées selon les disponibilités de chacune d'entre elles. Les répondantes ont pu parler librement de leur vécu sans que l'étudiante oriente la nature des réponses.

Chacune des entrevues s'est déroulée au moment et au lieu choisi selon les préférences de chaque participante. Par ailleurs, l'intimité et la confidentialité ont été assurées lors de tous les entretiens. Pour les entrevues initiales, six se sont déroulées dans un local fermé du CSSSC, une au domicile d'une participante et une dernière au domicile de l'étudiante chercheure. Les entrevues initiales ont été enregistrées grâce à un enregistreur audio numérique faisant en sorte que l'étudiante puisse se concentrer sur l'entretien en cours et sur les participantes. De plus, afin de favoriser chez l'étudiante une approche réflexive et de lui permettre de se détacher de son propre vécu pour se centrer sur celui des participantes (Burns & Grove, 2009), un journal de bord a été rédigé tout au long de l'étude.

La transcription des données a été réalisée immédiatement après chaque entrevue par l'étudiante chercheure. Ces dernières ont été analysées au fur et à mesure et une première série de thèmes a été présentée aux participantes pour validation en janvier 2012. Les thèmes ont par la suite été revus par la directrice et la co-directrice et une seconde validation a été réalisée auprès des participantes en février 2012. Les thèmes proposés ont reçu l'aval des répondantes car ceux-ci s'avéraient représentatifs de leur vécu tel qu'elles

l'avaient relaté. Les entrevues de validation ont toutes eu lieu au CSSSC, dans un local fermé.

Plan d'analyse des données

Tous les enregistrements des entrevues ont été écoutés et retranscrits par l'étudiante. Pour ce faire, chaque entrevue a d'abord été écoutée dans sa totalité puis réécoutée par segment afin d'en réaliser la transcription. Par la suite, afin de s'assurer que la retranscription représentait fidèlement l'enregistrement, une dernière écoute simultanée à la lecture a été effectuée.

Les données de ce projet de recherche ont été analysées selon les sept étapes de la méthode de Colaizzi (Colaizzi, 1978). Premièrement, chaque transcription a été lue afin d'en avoir une idée générale. Deuxièmement, tous les énoncés significatifs de chacune des entrevues ont été extraits. Troisièmement, le sens des énoncés a été formulé et ceux-ci ont été regroupés en thèmes représentant les résultats de la recherche à la quatrième étape. Cinquièmement, les résultats ont été articulés en une description approfondie du phénomène. Sixièmement, cette description approfondie a été formulée en un énoncé clair et succinct. Enfin, la septième et dernière étape a consisté en la validation, auprès de toutes les participantes, des conclusions tirées de l'étape cinq (Colaizzi, 1978).

Le logiciel QDA-Miner a été utilisé en soutien à l'analyse des entrevues. Chaque transcription a donc été lue dans son intégralité puis les énoncés riches de sens ont été soulignés. Une fois les énoncés regroupés, cinq thèmes émergents sont ainsi ressortis de cette analyse et une première validation a alors eu lieu auprès des participantes en janvier

2012. Une description large et approfondie a ensuite été formulée à l'aide des cinq thèmes principaux et des 49 sous-thèmes retrouvés. À partir de cette description approfondie, un énoncé succinct et clair a été formulé afin de définir brièvement le phénomène à l'étude.

Enfin, tel que suggéré par Lincoln et Guba (1985) (Bradbury-Jones, Irvine & Sambrook, 2010), et conformément à la dernière étape de la méthode de Colaizzi (1978) (Holloway & Wheeler, 2010; Loiselle et al., 2007), les thèmes émergents de même que les énoncés significatifs ressortis de sa propre entrevue ont été validés auprès de chaque participante afin de s'assurer que les résultats représentaient bien son vécu. Cette étape a été réalisée lors de la seconde entrevue de validation réalisée en février 2012.

Les participantes ont alors pu valider la représentativité et la véracité des thèmes par rapport à leur vécu tel qu'elles l'ont exprimé. Lors de cette rencontre, chaque participante a émis son avis sur les thèmes émergents à savoir s'ils représentaient bien le sens de son vécu selon sa perspective propre. De plus, elles ont également validé si les formulations riches de sens extraites des verbatim par l'étudiante étaient pertinentes (Loiselle et al., 2007). Aucun thème n'a été modifié suite aux entrevues de validation et les verbatim choisis ont été confirmés comme significatif par les participantes. Enfin, au fil des corrections, un thème a été retranché et les deux sous-thèmes qu'il regroupait ont été codifiés autrement, sans en altérer le sens. Le résultat final s'articule donc autour de quatre thèmes principaux.

Critères de rigueur scientifique

Une recherche qualitative est évaluée en fonction de quatre critères de rigueur scientifique, soit la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité (Loiselle et al., 2007).

Crédibilité

Dans une recherche qualitative, la crédibilité fait référence à la confiance en la véracité des données et en leur interprétation. Afin d'assurer la crédibilité de cette recherche, une vérification de l'analyse de chaque entrevue a été effectuée par la participante qui a fourni les données de l'entrevue (Loiselle et al., 2007). Cette approche est considérée par Guba et Lincoln « comme la technique la plus importante pour établir la crédibilité » (Fortin, 2010, p. 285). La méthode d'analyse de Colaizzi a été choisie car elle nécessite la validation des données par les participantes (Loiselle et al., 2007). De plus, la triangulation des résultats a été assurée par l'analyse effectuée par trois personnes, soit l'étudiante, la directrice et la co-directrice. En effet, la directrice a analysé trois entrevues et la co-directrice a analysé deux de ces trois entrevues. De plus, l'étudiante et la directrice ont analysé conjointement une quatrième entrevue.

Fiabilité

La fiabilité des données qualitatives fait référence « à l'exactitude avec laquelle on suit l'évolution d'un phénomène et on rend compte des différentes perceptions exprimées par les participants. » (Fortin, 2010, p. 257). L'analyse des données a été effectuée parallèlement à

la recherche en cours par l'étudiante. La triangulation réalisée pour assurer la crédibilité des résultats est également garante de leur fiabilité.

Confirmabilité

Ce critère de rigueur évalue la qualité de la recherche en permettant, par différents moyens, d'en confirmer l'analyse et l'interprétation (Loiselle et al., 2007). Il « vise à s'assurer que les résultats représentent bien les données et non le point de vue du chercheur » (Fortin, 2010, p. 285). Pour ce faire, l'étudiante a utilisé un journal de bord afin d'y consigner ses réflexions et son vécu mais également ses pistes de décisions (Loiselle et al., 2007). De plus, une validation externe des thèmes émergents a été effectuée par la directrice et la co-directrice de l'étudiante qui ont toutes deux procédé à l'analyse d'entrevues.

Transférabilité

La transférabilité représente le fait que les conclusions peuvent être transférables à d'autres milieux où des infirmières vivent des situations similaires (Loiselle et al., 2007). Afin d'assurer la transférabilité de cette recherche, les données descriptives telles la description exhaustive des caractéristiques de l'échantillon, du milieu et du contexte sont incluses dans la rédaction du mémoire. Ces descriptions permettront au lecteur d'évaluer si sa propre situation s'apparente à celles vécues par les infirmières qui ont participé à la présente recherche.

Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé à la fois par les Comités scientifique et d'éthique de la recherche du CSSSC (Appendice 2) puisque le milieu où se déroulait cette étude était l'urgence de ce centre et par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC (Appendice 3), puisqu'il a été réalisé dans le cadre d'un programme d'étude de deuxième cycle dans cet établissement. Cette recherche a respecté les règles éthiques relatives à la recherche sur des sujets humains et a représenté un risque minimal pour ses participantes (UQAC, 2006). La confidentialité a été respectée tout au long de ce projet de recherche.

Les données sont anonymes puisque chaque participante s'est vue attribuer, au hasard, un numéro de codification; la liste de correspondance entre les noms et les numéros de codification attribués est conservée sous clé. De plus, certains patois ou expressions pouvant mener à l'identification d'une personne n'ont pas été retranscrits. Une attention particulière a également été portée afin de retirer les extraits d'entrevue pouvant permettre d'identifier toute participante.

Un service de soutien psychologique assuré par une équipe de travailleurs sociaux a également été mis à contribution afin d'intervenir rapidement auprès des membres de la famille et du personnel en cas de besoin lors des situations où la famille était présente en salle de stabilisation. Le service était également accessible pour les infirmières qui ont participé à l'étude. En effet, si elles avaient éprouvé un malaise ou un quelconque besoin de soutien suite aux entretiens, la même référence aurait pu être utilisée rapidement. Cependant, personne, ni professionnel, ni membre d'une famille, n'a eu recours à ce service pendant toute la durée de l'étude.

Voici ce qui achève le chapitre de la méthode. Le chapitre suivant présente les thèmes émergents qui constituent les résultats de cette recherche.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Ce chapitre rapporte les résultats relatant le vécu des infirmières lorsqu'un membre de la famille est présent en salle de stabilisation, tel qu'elles l'ont verbalisé. Dans un premier temps, les caractéristiques sociodémographiques des participantes et les types de situations critiques de soins vécues sont présentés. Par la suite, les résultats sont regroupés sous quatre thèmes émergeant des entrevues, afin de décrire le phénomène à l'étude. Le premier thème aborde *les avantages de la présence de la famille*. Le second thème présente *les effets de la présence de la famille chez l'infirmière*. Le troisième thème relevé est que l'adoption de cette nouvelle pratique *nécessite une période d'adaptation*. Enfin, le quatrième et dernier thème explore les *conditions de succès* d'implantation et de réalisation de cette nouvelle approche. Une explication plus approfondie de chacun des quatre thèmes principaux est par ailleurs effectuée grâce à de nombreux sous-thèmes et à l'aide des verbatim les plus explicites des participantes.

Caractéristiques socio démographiques des participantes

De l'ensemble des infirmières qui œuvrent en salle de stabilisation à l'urgence du CSSSC et qui avaient reçu la formation sur le protocole favorisant la présence de la famille, soit une quarantaine, huit ont volontairement consenti à participer au projet de recherche. L'échantillon était composé uniquement de femmes et la moyenne d'âge des participantes était de 32 ans, la plus jeune ayant 23 ans et la plus âgée, 40 ans. Le nombre d'années d'expérience comme infirmière variait de 2 à 20 ans, la moyenne se situant à 9 ans. Le nombre d'années d'expérience comme infirmière à l'urgence était similaire à celui présenté précédemment soit de 2 à 20 ans avec une moyenne de 8 années d'expérience à l'urgence. Les statuts d'emploi étaient répartis selon les trois possibilités existantes, soit deux

participantes qui occupaient un poste à temps partiel régulier, trois à temps partiel occasionnel et les trois dernières détenaient un poste à temps complet. Enfin, la majorité des participantes, soit six d'entre elles, détenaient une formation de premier cycle universitaire en sciences infirmières.

Au moment de la réalisation des entrevues, les participantes devaient donner le nombre approximatif de situations qu'elles avaient vécues en présence de la famille. Deux participantes avaient vécu de trois à cinq situations de soins impliquant la famille, une participante en avait vécu entre six à 10, une autre entre 21 à 30, trois participantes en avaient vécu de 31 à 50 situations et une seule participante avait vécu plus de 50 situations de soins impliquant la présence de la famille. Ainsi, au total, environ 200 situations de soins impliquant la famille ont donc été vécues par l'ensemble des participantes.

Types de situations vécues

Les situations critiques de soins impliquant la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation vécues par les participantes ont été nombreuses et diversifiées. En effet, les participantes ont vécu la présence d'un membre de la famille lorsque le patient présentait : un arrêt cardio-respiratoire, une douleur rétro-sternale, un infarctus, une altération de l'état de conscience, un accident vasculaire cérébral, un saignement intracrânien, un traumatisme majeur dû à un accident d'auto, de moto ou de vélo, une réaction allergique sévère, une hypoglycémie ou une hyperglycémie, une détresse respiratoire, une arythmie cardiaque, une noyade, une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale et une méningococcémie. Il est à noter que cette liste découle du contenu des

entrevues des participantes. Une liste complète est impossible à constituer car les situations de soins impliquant les membres de la famille n'ont pas été comptabilisées.

Il en va de même pour la nature des interventions réalisées chez les patients et dont les membres de la famille ont été témoins. Il s'agit notamment des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire, d'intubation endotrachéale, d'installation d'un dispositif aidant à la respiration tel un ventilateur non invasif (Bi-Pap), de la mise en place d'un accès veineux ou artériel ou d'une voie centrale, d'installation d'un accès intra-osseux, de la pose d'un tube nasogastrique, de la réalisation de pansements complexes ou d'immobilisation d'un membre, d'administration de médication et de la réalisation d'examens diagnostiques non invasifs tels un électrocardiogramme ou une échographie.

La Figure 1, présentée à la page suivante, expose, sous forme schématique, les quatre thèmes répertoriés de même que les sous-thèmes et les composantes qui les caractérisent. Elle permettra au lecteur de repérer visuellement l'information et d'identifier plus facilement les liens entre les divers éléments qui ont émergé des entrevues des participantes.

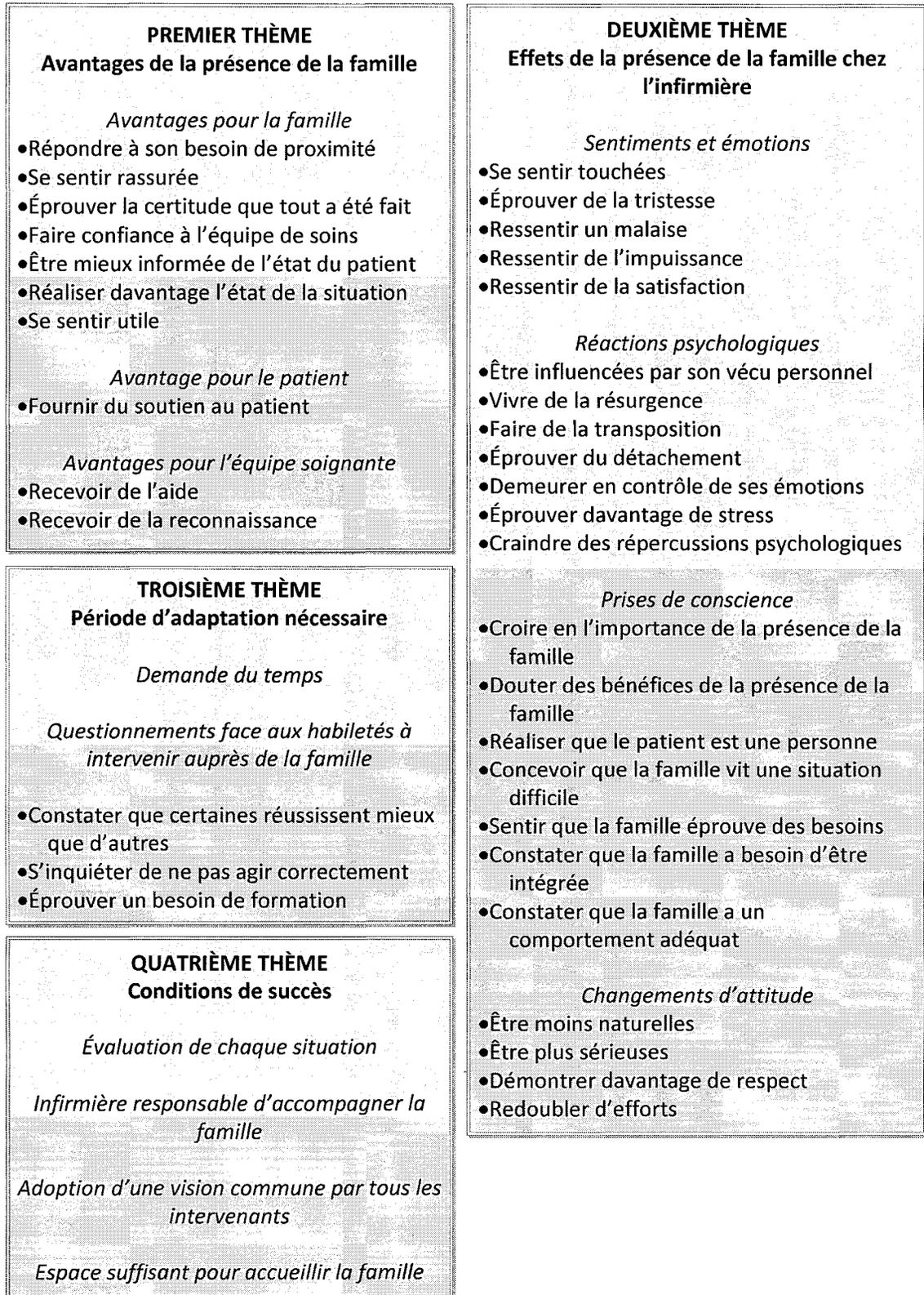


Figure 1. Schéma représentatif des thèmes, des sous-thèmes et de leurs composantes.

Avantages de la présence de la famille

Lors des entretiens, les répondantes ont eu l'opportunité de s'exprimer sur leur vécu relatif à la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation. Les avantages reliés à la présence de la famille sont regroupés sous le **premier thème** qui a émergé des entretiens. Toutes les participantes ont mentionné des éléments relatifs à ce thème et ceux-ci s'avèrent les plus nombreux. Ils sont divisés en trois sous-thèmes soit les avantages de la présence de la famille pour cette dernière, celui rapporté pour le patient et ceux perçus pour l'équipe soignante.

Avantages pour la famille

À partir de l'analyse des entretiens, sept sous-thèmes sont regroupés sous ce titre, à savoir : répondre à son besoin de proximité, se sentir rassurée, éprouver la certitude que tout a été fait, faire confiance à l'équipe de soins, être mieux informée de l'état du patient, réaliser davantage l'état de la situation et se sentir utile.

D'entrée de jeu, plusieurs participantes croient que les membres de la famille apprécient l'opportunité d'être présents en salle de stabilisation et de demeurer auprès du patient. Bien que les membres des familles n'aient pas directement verbalisé cette affirmation, les participantes racontent : *«Moi j'pense que, j'pense que les, les familles aiment ça être là, j'pense.»* (2-D), *«...j'pense que la famille aussi c'est apprécié, j'ai pas eu là de, de relique d'emblée d'la famille, mais, euh, j'pense que ça doit être apprécié...»* (3-B), *«...de ce que j'ai retenu des familles, y aiment être présents pis y aiment ça voir qu'est-ce qu'on fait...»* (7-J).

Répondre à son besoin de proximité. Faire entrer les membres de la famille en salle de stabilisation semble être en lien avec ce que ceux-ci désirent. En effet, les participantes ont rapporté que la famille désire être présente. Cet aspect a notamment été verbalisé comme suit par les participantes : «...sa femme a voulu rentrer pis venir.» (2-D), «...parce que souvent les gens qui veulent vraiment entrer, tu sens qu'y sont énervés là, y s'assistent même pas, y sont sur l'coin d'la porte d'la salle de stab...» (4-E), «...quand qu'y sont dans salle des familles pis qu'y voient passer aussi tout le monde qui rentrent qui sortent t'sais, y sont drette en face pis là, des fois, y en a qui viennent pousser la porte, y veulent voir...» (3-B), «Y en a qui l'demandent d'emblée quand tu vas les voir. Avant même d'les faire rentrer, y en a qui l'demandent... Pis à chaque fois qu'on va leur demander, de toute façon, tout l'monde fait comme, oui j'veux y aller faque t'sais, tout l'monde veut être avec sa famille pis avec la personne là...» (3-B).

Par ailleurs, une participante révèle avoir revu la conjointe d'un patient ayant vécu un arrêt cardiaque et lui avoir demandé comment elle avait trouvé l'expérience d'avoir été présente lors des manœuvres de réanimations de son mari. Elle dit avoir ressenti le besoin de valider auprès de cette dame car, bien que cette participante croie que la famille a sa place en salle de stabilisation, elle voulait toutefois s'assurer que la famille appréciait également cette opportunité :

...chu même allée vérifier avec elle (la conjointe), parce que c'était quelque chose de ben triste elle là, son monsieur y se réveillait pas même si l'cœur marchait là, pis heu, elle avait dit que si c'était à recommencer, malgré que c'est ben dur pis c'est ben triste là, ben qu'elle voudrait être là encore. (2-D).

De plus, après que les membres de la famille soient entrés, il est arrivé à quelques reprises que le personnel leur ait demandé de quitter, car le médecin alors présent désirait

procéder à des actes techniques sans eux. Les membres de la famille se sont alors montrés réticents et désiraient demeurer auprès du patient : «...*lui* (le conjoint de la patiente), y *voulait pas sortir pis* (le docteur), *a voulu absolument qu'y sorte là...*» (2-D), «...*faque* y (les médecins) *l'ont intubé* (le patient) *mais là, y ont été obligés de sortir* (les parents) *pis... euh, j'trouvais, ben, t'sais, y ont eu d'la misère à sortir là, parce qu'y voulaient rester.*» (6-C).

Se sentir rassurée. Un autre avantage perçu est que les membres de la famille semblent également éprouver un certain réconfort en voyant ce qui se passe, en plus de vivre moins d'anxiété. Cette participante affirme : «... y (les membres de la famille) *ont l'air plus calmes quand qu'y sont dans salle de stab avec nous autres que quand, admettons, sont l'autre bord d'la porte pis qu'y savent pas qu'est-ce qui se passe...*» (6-C). Et elle poursuit «...*ouais, c'est ça, y sont moins anxieux... t'sais, y voient qu'on prend bien soin de lui... ceux-là que j'ai vécus euh, j'trouvais que la famille avait l'air plus calme.* » (6-C). Enfin elle termine avec le sentiment de réassurance qu'éprouve la famille qui assiste à l'épisode de soins en disant :

...parce que des fois on les fait rentrer (les membres de la famille) comme à fin là, mais là, euh, y ont tellement eu peur que là, là y voient le patient pis là, y partent à pleurer pis euh, t'sais, y ont tellement eu peur pis y... y étaient tellement insécures t'sais, y savaient pas qu'est-ce qui ce passait l'autre bord là... mais là, y ont tout vu, faque y se rassurent à mesure là. (6-C).

Cette dernière participante poursuit, toujours sur le thème de la réassurance, en affirmant :

...comme j'disais tantôt, peut être une réassurance là un peu, l'anxiété est là quand-même sauf que j'pense que c'est une réassurance pour eux autres de pas être laissés pour compte sans avoir de nouvelles de la personne qu'y aiment dans l'fond là. Pis, euh, oui, j'pense que ça leur apporte un peu de réassurance. (8-G).

Éprouver la certitude que tout a été fait. La présence des membres de la famille permet à ceux-ci de constater tous les efforts fournis par l'équipe et d'avoir la certitude que tous les soins possibles et nécessaires ont été administrés au patient. L'extrait suivant expose le fait que la présence des parents d'un enfant a contribué à cette certitude :

...t'sais y (les parents) ont vu en même temps qu'on (l'équipe soignante) était toutes là pis... t'sais, y savaient aussi tout le travail qui avait été fait faque, y, mettons, y (le patient) s'mettait pas à aller mal parce qu'on avait rien fait ou... J'pense que dans c'temps là, ça les aide aussi par après à dire ben, t'sais, euh, y ont vraiment travaillé après euh.... t'sais euh.... ça été génial pis t'sais, ça a mené, y s'en est sorti ou ben t'sais... j'étais là, là, j'voyais ben qu'y ont tout fait là, pis qui avait pu rien à faire, là. (3-B).

Cet élément a notamment été verbalisé comme suit :

...y (les membres de la famille) voient que... on (l'équipe soignante), t'sais, on est toutes après pis on y donne tous les soins pas possibles là, t'sais, y voient que on pouvait, t'sais, si y arrive de quoi, y savent que, on pouvait pas faire plus là... (6-C).

Faire confiance à l'équipe de soins. Plusieurs participantes ont perçu un plus grand niveau de confiance de la part de la famille lorsque celle-ci a pu demeurer auprès du patient et être témoin des soins administrés. *«...l'monde se sent plus heu, en confiance peut être.» (2-D).* Cette autre participante confirme ce point : *«...y avait une plus grande confiance le fait que là y (les membres de la famille) nous (les infirmières) voient travailler...» (4-E).*

Être mieux informée de l'état du patient. Un autre avantage perçu par les participantes est que les membres de la famille semblent mieux informés au sujet du patient lorsqu'ils sont présents en salle de stabilisation. Par ailleurs, les informations s'avèrent plus faciles à assimiler pour ces derniers lorsqu'elles sont fournies au fur et à mesure de l'épisode de soins. Cette participante affirme que l'information est aussi plus facile à transmettre : *«...de leur dire à mesure les étapes qu'on fait pis de leur expliquer aussi, y'ont une*

meilleure connaissance de la situation que d'aller les voir (dans la salle des familles) pis toute leur garrocher en même temps l'information...» (8-G).

En plus d'être renseignés davantage au sujet de la condition du patient, les membres de la famille sont également au fait des traitements effectués ou à venir. De plus, par leur présence, les membres de la famille sont mieux outillés afin de comprendre la situation.

Cette participante confie :

...peut être que le fait que le papa reste dans, dans l'salon des familles ben, t'sais, y voit pas, y pense à tout plein d'choses qui peut arriver tandis que là, y voyait ce qui se passait pis que ça allait bien pis t'sais, que son garçon nous parlait puis on (l'équipe soignante) y donnait c'qui fallait faque ça heu, c'est mieux pour eux peut-être d'être là à ce moment là. C'est ça. (1-I).

Une autre participante, pour sa part, confirme que la présence d'un membre de la famille aide ce dernier à être bien renseigné et à avoir ainsi les outils nécessaires afin de comprendre la situation : *«...moi c'que j'retiens en général c'est que quand on les fait venir, la famille, y comprennent plus vite, y comprennent mieux ce qu'on fait, y sont moins en attente.» (7-J).* Et elle ajoute que la famille veut être informée de ce qui se passe *«...j'pense que le diagnostique; qu'y soit bon ou pas bon, y veulent être présents pour savoir. Oui ça leur donne un choc aussi, mais y savent à quoi s'attendre après ça.» (7-J).* Et elle complète: *«...y savent ce qui se passe pis y, euh, y s'posent moins de questions pourquoi on fait ci, pourquoi on fait ça...» (7-J).* Enfin, elle termine sur cet exemple :

...une madame qui avait un néo, pis la famille était présente pis tout ça. La madame qui avait un néo ne voulait plus poursuivre, ne voulait plus de traitement, plus de chimio pis la famille elle, au contraire, voulait qu'on poursuive les traitements pis tout ça. Ben la famille était présente dans cette salle de stab là pis le docteur a expliqué à la madame ce qu'y fallait donner comme traitement pis tout ça, pis la madame s'est tournée vers le docteur et la famille : Je ne veux plus rien. Pis on a vu, là, je l'ai vraiment vu avec la famille, c'était la sœur de la madame, la face y'a changé totalement pis a fait : Ok, oui, j'comprends. (7-J).

Sur la base de cet extrait, il appert que la présence des membres de la famille leur permet non seulement d'être bien informés mais également d'accepter ou de comprendre davantage les décisions de soins prises par le patient dans la situation et de les respecter.

Réaliser davantage l'état de la situation. En plus d'être mieux informés, les membres de la famille semblent également réaliser davantage l'état de la situation lorsqu'ils assistent à la dispensation des soins. En effet, cette présence en salle de stabilisation leur permet de se rendre compte soit de la gravité de la situation, soit du niveau élevé de soins que requiert la situation, ou, au contraire, que le patient est tout de même dans un état stable.

Une participante affirme avoir vu un cheminement au niveau des sentiments vécus par les parents d'un jeune polytraumatisé dont les manœuvres de réanimation ont été infructueuses. Ce cheminement a été possible, selon elle, en partie en raison de leur présence et compte tenu du fait qu'ils ont été bien renseignés sur la condition du patient.

...le cheminement que la famille ont fait. Parce que on a proposé justement d'entrer, de, de venir voir dans la salle tout ça, au début, non, non, non, ça voulait pas, euh ensuite ça l'a été oui, on est entré, j'avais expliqué bien comme il faut ce à quoi ils s'attendaient, euh, écoute, on est entré pis ça l'a été, mon Dieu, chu pas certaine que ça l'a été 10 secondes, y sont ressortis là, c'était comme, c'était le, le drame de voir ça là, c'est inhabituel là de voir une scène comme ça là mais on était vraiment en réanimation cardiaque chez un trauma là, faque ça massait là, ... À leur demande : est-ce qu'on pourrait retourner? On est entré, j'ai expliqué comme il faut, on a parlé, euh, j'leur expliquais aussi un peu en retrait ce qui ce passait, pis là, tu vois, plutôt le sentiment ben Bats-toi, Bats-toi t'sais là, faque ensuite, bon, un peu de fatigue, faque y sortent, y s'en retournent dans la salle (des familles) après ça ben ... c'était une réanimation qui était longue pis qui avait pas d'espoir en fait, faque ... (nom du médecin) qui leur a dit : Bon ben écoutez, si vous voulez, on peut euh, on va arrêter les manœuvres si vous voulez, on peut l'faire en votre présence, on peut attendre encore un peu si vous voulez bon, y leur a laissé le choix, ... y sont rentrés pis là, finalement, ah non, non, non, elle (la mère) était pas capable de prendre la décision pis euh, a l'a laissé ... Parce que justement, y ont eu l'temps de faire leur deuil, puis, parce qu'y l'ont vu, des fois, être témoin de ça, ça aide, hein... (10-F).

Le témoignage suivant illustre le fait que voir le patient aide les membres de la famille à bien réaliser la situation, «...*un moment donné y (les enfants du patient) ont juste mis un pied juste pour voir de quoi y (le patient) avait l'air t'sais juste pour se donner une idée. Ça les fait accepter un peu ce qui se passe peut-être...*» (2-D). L'extrait qui suit démontre que les membres de la famille peuvent prendre conscience de l'ampleur de la situation en plus de réaliser pleinement ce qu'une réanimation cardio-respiratoire engendre en assistant à l'épisode de soins :

...on a fait rentrer la famille pour comme qu'y réalisent un moment donné, parce que les médecins essayaient d'leur faire comprendre que euh, ça s'enlignait pas super bien pis la famille voulait pas, y voulait qu'on persévère à masser pis tout ça, faque le médecin les a fait rentrer pis là, la famille elle a vraiment réalisé là, en pleurs, pis c'est là-dessus qu'y ont décidé d'arrêter les manœuvres... (3-B).

Cet aspect a aussi été verbalisé comme suit :

...j'pense que tout ça les fait réaliser euh... même si tu leur dis ben, s'cusez, c'est parce que là, y (le patient) a les orteils bleus, les mains bleues, les lèvres t'sais, ouais mets-moi une image là, montre-moi-le, qui va pas bien, là. J'pense que t'sais, ça (voir le patient), ça les fait réaliser pis dire : c'est vrai que, finalement... Ça feel pas. (3-B).

Se sentir utile. En plus de vouloir être présents, les infirmières croient que les membres de la famille peuvent se sentir utiles. En effet, ils peuvent apporter du réconfort et du soutien au patient, en plus de pouvoir répondre aux questions de l'équipe. De ce fait, ils pourraient se sentir impliqués dans l'épisode de soins et avoir le sentiment d'apporter leur contribution. Les extraits d'entrevues suivants sont particulièrement évocateurs de cet aspect :

...déjà que c'est dramatique quand ça s'passe dans des circonstances comme ça, quand y (les membres de la familles) sont un peu inclus, pas dans les soins mais dans le processus, j'imagine qu'y doivent se sentir un petit peu moins euh, mis de côté euh, ... la situation est là, là, pis y peuvent rien faire là, t'sais, (lorsque la famille est présente) y ont l'impression de, au moins pouvoir dire c'qu'y pensent... (10-F).

...j'pense qu'y (les membres de la famille) se sentent utiles aussi peut-être, t'sais, juste le fait d'avoir heu, que ton, que ta famille, que la personne qui est malade là, sache que toi t'es là pour lui là, tu dois te sentir ben plus utile dans tout ça, là. (2-D).

...j'ai l'impression qu'y doivent faire, qu'y doivent avoir le sentiment de faire partie aussi de... t'sais d'avoir été importants dans la, la salle de réanimation, pis d'avoir apporté, les médecins les questionnent beaucoup, même nous autres, des fois, on a des questions faque t'sais, y interagissent aussi avec nous autres... (3-B).

Les participantes ont donc ainsi verbalisé leur perception des avantages pour la famille d'être au chevet du patient en salle de stabilisation.

Avantage pour le patient

Le seul sous-thème rapporté ici touche le soutien que la présence de la famille apporte au patient.

Fournir du soutien au patient. Plusieurs participantes ont fait remarquer que la présence de la famille semblait apporter du soutien au patient. L'énoncé suivant en fait foi : *«pour le patient, ça l'apporte vraiment beaucoup de savoir qu'y a quelqu'un qui est à côté de lui qu'il connaît» (4-E).* Une autre participante a ainsi décrit cette idée : *«...le monsieur tout un peu paniqué de voir toute l'équipe qui y saute dessus pis mon Dieu, son visage qui s'éclaire parce qu'y voit quelqu'un qu'y connaît...» (10-F).* Cette même participante poursuit : *«...pis tu vois moins de panique chez le patient, pis ça, moi, j'trouve ça super important...» (10-F).* Par exemple, cette autre participante a relaté : *«j'trouve que ça a bien fait parce que, t'sais, y l'calmaient (les parents calmaient le patient) pis nous autres, durant ce temps là, on n'avait pas besoin nécessairement de l'rassurer» (6-C).*

Une autre participante fait également état de sa perception de ce phénomène en indiquant qu'une présence familière amène du réconfort au patient : *«...c'est réconfortant*

aussi d'avoir quelqu'un qui est proche là ... le patient qui a pas de famille dans salle de stab, quand y voit rentrer quelqu'un de sa famille, on voit l'étincelle dans ses yeux.» (7-J). Elle exprime ainsi sa perception de ce qu'éprouve un patient lorsqu'il voit un de ses proches entrer auprès de lui dans une situation difficile. Elle perçoit donc un changement dans l'expression faciale du patient selon que la personne près de lui s'avère être un membre de sa famille ou non.

Par ailleurs, une présence familière contribue à apaiser le patient : *«...moi j'pense que ça les calme, là, les patients en général, là...» (6-C), «...souvent, ça nous est d'une grande aide à nous autres aussi pis si, des fois, y sont agités, y (les membres de la famille) réussissent souvent des fois à les calmer.» (4-E).*

L'extrait suivant aborde la perception de l'infirmière de la diminution de l'anxiété chez un patient grâce à la présence de ses parents.

...c'est sûr que sur l'coup euh, t'sais, les parents étaient comme sur l'choc pis y étaient paniqués, mais t'sais, y'ont tout de suite été vers le jeune homme, t'sais, qui était encore conscient. Pis t'sais, y l'ont comme rassuré, mais, t'sais, euh... y était comme paniqué un peu là, le jeune homme. Faque y l'ont comme rassuré. (6-C).

Elle explique aussi que le patient démontrait au départ beaucoup d'anxiété et d'agitation malgré les nombreuses interventions des infirmières. L'entrée de ses parents en salle de stabilisation et leur présence auprès de lui l'ont grandement aidé à être plus calme tout en se laissant davantage soigner.

Dans l'extrait suivant, l'infirmière a perçu que la présence de la famille a fourni du courage au patient afin d'affronter la situation critique de soins.

...ça les aide justement à... être capables de dire bon ben, c'est beau là... des fois même trouver le courage à, aux techniques qui s'en viennent ou à la situation qui s'en vient ou à l'annonce qui va leur être faite aussi là, des fois, c'est des annonces qui peuvent être faites. (10-F).

Elle considère également que la salle de stabilisation représente un milieu étranger pour le patient et que la présence d'un proche s'avère, là encore, bénéfique. Ainsi, elle explique : «...t'sais y (les patients) perdent tous leurs repères étant dans une... un environnement qu'y connaissent pas, des gens qu'y connaissent pas, au moins avoir un repère, justement d'avoir une personne significative près d'eux, j'pense que ça les aide...» (10-F).

Dans le même ordre d'idées, une participante a témoigné ainsi de l'aspect inconnu de la situation et de la réassurance qu'une personne significative peut apporter au patient :

...t'sais mettons un ACV qui est pas capable de parler pis qu'on l' bombarde de questions, monsieur lève ton bras, madame tassez-vous, température rectale sans rien dire, baisse les culottes, enlève le soutien-gorge, y'a quinze personnes, t'es (le patient) un peu démuni. Faque j'pense que d'avoir un membre d'la famille pis t'sais, un visage qui se, de s'dire elle, au moins, j'la connais, chu pas tout seul t'sais ... ça doit être rassurant là, pour les personnes qui sont là pis brassées d'un bord pis d'l'autre. (3-B).

Enfin, dans des moments difficiles tels que vécus par les patients lors de situations critiques de soins, la présence de personnes de leur entourage semble leur faire du bien.

Une dernière participante a ainsi décrit ce phénomène :

...c'est bénéfique pour le patient aussi, t'sais, quand t'es malade, tu fais un infarctus ou... pas ceux qui sont inconscients parce que là, je l'sais pas, mais... t'sais, ceux qui vont s'faire opérer ou euh... t'sais, qui vont en hémodynamie, j'pense que c'est bénéfique vraiment pour eux autres aussi d'avoir des personnes qu'y aiment dans des problématiques de santé comme ça. (8-G).

Avantages pour l'équipe soignante

Les infirmières interrogées ont exprimé certains avantages de la présence de la famille en salle de stabilisation et ce, pour l'équipe en place. Elles rapportent que cette présence leur permet de recevoir de l'aide et également de la reconnaissance.

Recevoir de l'aide. Le premier avantage perçu est que la famille peut apporter de l'aide à l'équipe soignante. Ainsi, plusieurs observations relatives à ce sujet sont ressorties des entrevues. La famille peut notamment répondre aux questions posées par l'équipe soignante, comme en témoigne l'extrait suivant :

...lui (le père du patient), y était à côté là pis on y posait des questions faque, t'sais, ça pouvait à limite être un peu aidant là... y répondait à nos questions, mais y était pas énervé là faque ça, euh, dans l'fond, j'trouvais ça aidant. (1-I).

Cette autre participante aborde le même sujet :

...des fois lui (le patient) y'é, à cause de la souffrance ou d'la douleur, yé pas nécessairement capable de nous répondre à certaines questions, la personne qui l'accompagne ben, a peut répondre à ces questions là euh... souvent, ça nous est d'une grande aide à nous autres aussi... (4-E).

Pour une autre participante, le côté aidant vient du fait que la présence d'un membre de la famille permet l'établissement d'un lien avec cette dernière, facilitant ainsi les interactions entre l'équipe soignante et la famille : «...ça crée un lien avec nous avec la famille, l'accès est plus facile après» (4-E).

Recevoir de la reconnaissance. Des participantes ont également admis recevoir davantage de reconnaissance de la part des membres de la famille lorsqu'ils ont été présents auprès du patient. Voici ce que cette participante en a dit : «Y sont toujours reconnaissants d'avoir été là, Merci, Merci», «... y sont plus capables de reconnaître t'sais, de nous dire merci pis de reconnaître ce qu'on a fait, là.» (7-J). Pour cette autre participante, la présence de la famille lui permet d'obtenir une reconnaissance qu'elle n'aurait pas autrement :

...pis la reconnaissance aussi, hein, t'sais, on entend tellement tout l'temps là critiquer euh, l'domaine d'la santé... t'sais y'a jamais rien de correct là. Du positif, on en a pas gros dans notre vie mais en tout cas si, quand le monde (les membres de la famille) y voient qu'on (l'équipe soignante) a tout fait pour euh, la personne, ben, en tout cas, t'sais, y peuvent dire, t'sais, garde, ils ont fait leur travail, pis t'sais, une

reconnaissance. C'est rare qu'on s'fait dire merci là. Mais t'sais, en salle de stab j'pense qu'on, c'est là qu'on se l'fait plus dire. (6-C).

Effets de la présence de la famille chez l'infirmière

Le **second thème** porte sur le fait que la présence de la famille en salle de stabilisation amène divers effets chez l'infirmière. Dans un premier temps, les participantes ont vécu davantage de sentiments et d'émotions en présence des membres de la famille. De plus, cette présence en salle de stabilisation amène différentes réactions chez l'infirmière. Les participantes ont par la suite fait plusieurs prises de conscience. Enfin, des changements d'attitude chez les infirmières ont été perçus.

Sentiments et émotions

La totalité des participantes a verbalisé le fait que voir la famille vivre des situations difficiles les amène à ressentir plus d'émotions et de sentiments lors de l'épisode de soins en salle de stabilisation. Elles se sont senties touchées, ont éprouvé de la tristesse, se sont senties mal à l'aise et ont ressenti à la fois de l'impuissance et de la satisfaction.

Se sentir touchées. Une participante s'est ainsi exprimée à ce sujet : *«Quand la famille est là, ..., ça vient nous chercher dans nos sentiments à nous personnels, dans nos vies proches,...»* (10-F). Cette autre participante relate sa première expérience de la présence de la famille en salle de stabilisation :

...la première en fait que j'ai vécue vraiment avec la famille c'est euh, c'est sur un arrêt cardiaque, c'est, euh, c'était pas facile ... c'était spécial à vivre là, de voir la famille qui était totalement euh, déconnectée de la réalité, qui voulait qu'y revienne mais qui se rendait compte en fin de compte que c'était impossible pis qu'y était décédé là ça, ça l'a été, euh, très particulier... (1-I).

Cette participante exprime bien le fait que la présence des membres de la famille est parfois plus difficile à vivre que la seule présence du patient : *« Ben, c'est sûr que moi là, une famille qui est là, chu plus sensible. Pis chu, tout de suite, c'est sûr que les émotions montent là... »*, *« C'est sûr que c'est plus dur sur l'cœur là. Tant qu'à ça, j'aime autant travailler pis heu, t'sais, c'est sûr que le plus facile c'est de laisser toute la famille pis de jamais la voir la famille. »*, *« ...ça me touche plus de voir les familles... »* (2-D).

Les participantes se disent davantage touchées par les situations vécues en présence de la famille. En effet, elles sont sensibles à la détresse que peuvent vivre le patient et ses proches. Les extraits suivant illustrent également bien cette idée : *« ...la personne que j'disais là de 46 ans qui est, qui est, qui a fait un arrêt, la fille (du patient) est comme venue nous voir (les infirmières) pis qu'on a toutes restées un peu déstabilisées, les filles (les infirmières) sont venues les yeux dans l'eau... »* (3-B), *« ...j'trouve que quand la famille est pas là, on est plus froid un peu, on est euh, on est moins sensible pis on dirait que quand la famille est là, ça vient peut être plus nous chercher. »*, *« Pis t'sais, c'est pas évident non plus d'entendre.... moi ça vient me chercher, ça vient me toucher d'entendre ce que la famille dit... »* (7-J).

...quand la famille est là on est toujours plus, euh, ça nous touche tout le temps plus de voir la réaction de la famille qui pleure ou qui euh, vit des choses, pis de voir aussi le patient qui voit ses enfants pis qu'y pleurent... mais y'a... c'est euh, des fois, ça fait presque pleurer là, des fois on s'dit mon Dieu, c'est tellement touchant qu'on a l'goût d'pleurer mais dans l'fond, c'est bénéfique t'sais... » (8-G).

« ...quand qu'y a des débordements d'émotions là, c'est ce qui est le plus difficile à gérer en fait, quand qu'y a des débordements d'émotions à eux (la famille), des fois ça nous touche euh, très, très profondément... » (10-F). Cette dernière participante relate son vécu lors d'une situation critique de soins où un jeune patient était en arrêt cardio-respiratoire :

«...faque c'était impressionnant à voir et touchant surtout, mais j'veux pas dire que c'était négatif là...» (8-G). Et elle poursuit : «...les membres de l'équipe étaient un peu euh, bouleversés là. Pis surtout là, c'était touchant là pis dur à vivre là.» (8-G).

Deux participantes ont exprimé ressentir de l'empathie : «T'sais, c'est plus difficile, tu vois la famille pleurer pis là tu fais, tu viens comme, t'es plus empathique moi j'trouve là.» (6-C), «...t'sais... j'pense que c'est de l'empathie...» (7-J). Une autre participante a avoué ressentir de la sympathie : «...j'avais beaucoup de sympathie...» (1-I).

Éprouver de la tristesse. Le fait de vivre plus d'émotions se traduit notamment par la tristesse qu'ont éprouvée les participantes. Les extraits suivants décrivent ce chagrin : «...les sentiments là j'me suis sentie euh, je... écoute j'avais l'cœur fendu en 15, ça me faisait mal au cœur de voir ça là, j'avais d'la peine...» (1-I), «...mais moi c'est vraiment d'la tristesse là ça vient me chercher...», «...t'sais on est humain aussi là, mais t'sais moi c'est beaucoup de tristesse.» (7-J).

Cet autre exemple relate une situation particulièrement difficile où plusieurs membres d'une même famille étaient décédés et où les infirmières ont laissé libre cours à cette tristesse: «...qu'y (le patient et la famille) avaient vécu quelque chose de terrible t'sais, on (l'équipe soignante) laissait rentrer tout l'monde, pis ça voyageait, pis c'était avec (nom du médecin), pis c'était parfait, écoute, on pleurait toutes là mais, c'était correct là.» (2-D).

Ressentir un malaise. Un sentiment qui a abondamment été verbalisé est le sentiment de malaise. D'une part, les participantes ont ressenti un malaise vis-à-vis cette nouvelle présence que représente la famille. Ainsi, la totalité des répondantes a admis vivre, à un certain moment, un malaise lors de la présence de la famille et ce, principalement lors des premières expériences vécues : «...quand t'as pas l'habitude, au

début t'es un peu mal-à- l'aise là, d'avoir une famille...» (4-E), «...chacun ça c'passe bien, mais j'pense que tout l'monde va ressentir aussi un malaise un moment donné sans que ça soit du début à la fin là, pis t'sais, j'dis pas que mes malaises sont créés du début à la fin. Mais à un certain moment donné, y en a un...» (3-B). D'autre part, le fait d'assister aux échanges et aux moments intimes vécus par le patient et la famille génère également un inconfort chez certaines infirmières : «...parce que d'être témoin de d'ça des fois on s'sent, y'a comme un malaise hein...», «...c'est intime, on est comme euh, des fois, on se sent comme voyeur en fait là, d'être présent, mais en même temps, on a une job à faire.» (10-F).

Ressentir de l'impuissance. Le sentiment d'impuissance vécu par certaines participantes face aux espoirs que fonde la famille quant au rétablissement du patient, alors que l'équipe soignante sait pertinemment qu'il n'y a plus d'espoir pour ce dernier, est également ressorti de certaines entrevues. Cette participante témoigne ainsi de cet aspect en utilisant l'exemple d'un patient en arrêt cardio-respiratoire. À cette occasion, l'équipe soignante savait qu'il y avait très peu de chances que les manœuvres fonctionnent alors que la famille espérait que le patient revienne à lui : *«...ça, j'trouve ça plus difficile parce que leur espoir eux autres (les membres de la famille), c'est que, euh, y regardent le moniteur pis y veulent que l'cœur reparte...» (4-E).* Cette même participante a ainsi décrit cette dichotomie entre l'espoir de la famille et les connaissances de l'équipe soignante : *«... c'est de voir notre réalité pis leur réalité que c'est pas la même là. ... C'est comme si y'avait deux, on est tous dans la même pièce, mais pas avec la même vision de... ça, j'trouve ça dur.» (4-E).* Enfin, une autre participante a également dépeint son sentiment d'impuissance face à la situation difficile vécue par la famille : *«Ou t'sais, t'as pas de bonne place à être,*

t'as pas de bons mots à dire, mais tu voudrais juste être petite sans trop prendre de place, mais, en même temps, t'es en train de masser, t'as pas l'choix,...» (3-B).

Ressentir de la satisfaction. Enfin, en favorisant la présence de la famille, toutes les répondantes ont ressenti une certaine forme de contentement. Elles se disent satisfaites ou heureuses d'avoir agi de la sorte. Cette première participante en a témoigné de la façon suivante : *«...bon, on a rien pu faire pour lui (le patient), mais on peut faire quelque chose pour la famille au moins t'sais, histoire de pas avoir l'impression d'avoir échoué partout si on peut dire, pourtant là, c'est pas échouer là, mais...», «...moi j'trouve que c'est euh, encore un sentiment de travail fait de notre mieux là, vraiment, être allé chercher tous les sens, ... l'humanisation des soins là, moi j'trouve ça hyper important.», «...quand on fait des accompagnements comme ça, j'ai l'impression de me rapprocher de mes objectifs de pratique.» (10-F).*

Les autres participantes ont notamment mentionné : *«...t'sais, moi j'adore ça là, j'trouve ça correct là (la présence de la famille). Pis moi je serais... moi, c'est quelque chose que j'aimerais faire (accompagner la famille)» (2-D), «Pis après ça, y'a le sentiment d'avoir accompli quelque chose là, peu importe le verdict de comment ça tourne...» (7-J), «C'est vraiment touchant... mais en même temps, on a comme une satisfaction que euh, le patient, bon, c'est mieux pour lui d'être avec ses proches...» (8-G).*

...chu retournée chercher le monsieur parce que j'voulais qu'y vienne parce que, t'sais, a l'ouvrait ses yeux sauf que t'sais, j'voulais qu'à l'entende la voix de son heu, de son conjoint pis t'sais, lui, y l'a rassurée en même temps mais t'sais j'étais contente de faire ça là (1-I).

Réactions psychologiques

La présence de la famille en salle de stabilisation amène de nouvelles réactions chez les infirmières. Plusieurs sont liées au vécu personnel de celles-ci. Deux participantes ont rapporté une résurgence de souvenirs en lien avec d'anciennes situations alors que plusieurs semblent faire de la transposition et que quelques-unes tentent de se détacher des émotions qu'elles vivent. De plus, les participantes avouent devoir demeurer en contrôle des nouvelles émotions vécues afin d'administrer des soins de qualité. Également, la moitié des participantes déclare vivre davantage de stress en raison de la présence de la famille. Enfin, une participante craint les possibles répercussions psychologiques que cette pratique pourrait induire.

Être influencées par son vécu personnel. Les réactions des participantes sont souvent en lien avec leurs propres expériences personnelles. En effet, selon leur vécu, certaines participantes peuvent vivre plus difficilement une situation donnée comparativement à leurs collègues qui, pour la même situation, ne sont pas particulièrement touchées : *«...j'peux trouver que c'est difficile quand le personnel a pu vivre quelque chose de similaire à la situation, le comportement envers la famille, t'es plus empathique, voire sympathique...»*, *«Tout l'monde a son vécu là, pis c'est d'apprendre à vivre avec tout ça.»* (4-E). Cette participante relate une situation où une infirmière était particulièrement éprouvée par la situation du fait qu'elle avait vécu une situation analogue : *«Pis là, j'voyais que, elle était impliquée émotionnellement là, pis elle avait hâte que la famille rentre (dans la salle de stabilisation) tu comprends.»* (2-D). Enfin le dernier extrait confirme cette idée :

...ça dépend de chaque vécu de chaque personne dépendamment. Exemple si toi, dans ta famille, ton père a fait une crise de cœur, quand quelqu'un va rentrer en infarctus, ça va te rappeler des souvenirs pis ça va te rendre émotive, pis les salles de stabilisation sont plus difficiles. Quand t'arrive face à la famille... t'es émotive. (4-E).

Vivre de la résurgence. La résurgence fait référence ici à la réapparition d'anciens souvenirs. Ainsi, le fait de participer aux entrevues a amené deux participantes à se rappeler chacune une situation vécue avant la mise en place du protocole favorisant la présence de la famille. Suite à cette remémoration, ces participantes se sont questionnées à savoir si elles avaient agi pour le mieux lors de ces situations. Voici ce que la première participante en a dit:

...y'a déjà eu un enfant qui s'était fait euh, écraser par une voiture, dont le père, euh c'était le père à qui c'était arrivé. Hum, y (les parents) ont pas rentré en salle de stabilisation... c'était l'père qui l'avait écrasé avec sa voiture. Les parents ont pas entré en salle de stabilisation à l'arrivée, y ont fini par rentrer, mais je le sais pas si la voir dans l'état qu'elle était (la jeune patiente), si ça leur aurait apporté quelque chose de plus ou de moins là. J'me dis : est-ce que si on les avait fait entrer un peu avant, ça aurait changé l'état quand y ont rentré? Je le sais pas, je les ai pas fait entrer pis dans c'te moment là, le processus des familles était pas encore enclenché. Est-ce que ça l'aurait fait une différence qu'y soient là tout le long des soins parce que j'pense qu'on les a fait rentrer juste vers la fin. Est-ce que y'aurait eu une différence dans leur attitude qu'y soient auprès d'elle pendant qu'on continue, que le pédiatre leur parle à travers nos soins, qu'y les dirige, qu'a (la mère) voit qu'on lui donne du sang, qu'a comprenne pourquoi.... On les avait pas fait rentrer. ... Vivre la même situation aujourd'hui, probablement que j'les ferais rentrer tout de suite pis j'pourrais comparer. ... Est-ce que ça l'aurait été plus euh.... parce que c'était une dure situation pis ça, c'était difficile pour tout le personnel là, faque j'me dis, est-ce que ça nous aurait aidé que la famille soit là? Est-ce que, en apportant du confort aux parents, ça nous aurait aidé nous autres aussi à trouver ça moins difficile, pis les parents nous voir avec, y'auraient-tu trouvé ça plus facile, ça reste un point d'interrogation là. (4-E).

Dans cet extrait, cette participante se demande si, à cette occasion, la présence des membres de la famille aurait pu apporter du réconfort non seulement aux parents, mais également à l'équipe soignante. Elle indique également que si la même situation se représentait

maintenant, elle inviterait les parents et pourrait ainsi, d'expérience, convenir de la meilleure façon d'agir dans ce genre de situation.

Pour sa part, toujours pendant l'entrevue, une deuxième participante a également fait une rétrospective d'événements survenus en lien avec une situation précise. Comme à la situation précédente, la famille n'a pas été invitée à demeurer auprès du patient en salle de stabilisation car cette procédure n'était pas encore mise en place mais la participante croit qu'elle aurait dû être présente. Elle évoque ainsi ses souvenirs :

...une des grosses réanimations que j'ai eu à vivre dans ma vie c'est (nom du patient), il avait 11 mois, c'était un polytraumatisé, où on a dû euh, apprendre à la famille qui était en mort cérébrale, ... , c'était une situation qui, ça, moi, j'trouvais tellement terrible, pis d'être un peu comme témoin de ça pis un peu toute seule retirée dans mon coin ... J'étais avec l'enfant depuis 18H30 euh, t'sais j'avais vu la famille, parlé un petit peu, répondu un peu à leurs questions, mais y rentraient, y sortaient pis à ce moment là justement, y ont pas été très présents dans la salle, beaucoup moins qu'on l'a fait maintenant. Pourtant, y'auraient pu là, on faisait pas de techniques euh, ben extraordinaires, c'était beaucoup euh, de l'échange là, de discussions faque, et puis euh, j'trouve, t'sais des fois, même dans cette situation, j'ai un peu l'impression d'avoir volé les derniers moments avec cet enfant-là. C'est moi qui a eu là, t'sais alors que ça l'aurait dû être plus leur rôle à eux (les parents) là. (10-F).

Bien que les questions posées à ces deux participantes aient été en lien avec leur vécu de la présence de la famille, elles ont spontanément parlé de situations vécues sans la famille en verbalisant leurs interrogations et en se questionnant sur leur pratique.

Faire de la transposition. Un autre effet de la présence de la famille chez l'infirmière est la transposition effectuée par les participantes lors de certaines situations. En effet, certaines ont parfois tendance à se mettre à la place de la famille, se transposant ainsi dans la situation vécue par le patient et sa famille. Dans l'extrait suivant, la présence de la famille incite l'infirmière à penser qu'une situation dramatique pourrait survenir à n'importe qui,

même aux siens : *«Tu vas un peu plus vers eux autres (les membres de la famille) parce que ça pourrait nous arriver à tous»* (4-E).

Plusieurs se questionnent également à savoir comment elles réagiraient dans la même situation ou comment leurs proches se comporteraient. L'extrait suivant en témoigne : *«Quand la famille est là, on a une petite tendance à se mettre à leur place..»* (10-F). Ce sentiment a également été verbalisé comme suit : *«Quand j'les ai dans la face (la famille) ben là, on dirait que j'me transpose un peu dans eux autres pis j'me dis ha, pauvre eux autres..», «J'me disais : si c'était ma mère à moi là, ben j'aimerais ça que quelqu'un vienne y parler pis la rassurer...»* (2-D). Une autre participante aborde le sujet ainsi :

...pis t'sais, à la limite, c'est correct là, j'trouve ça ben correct là (que la famille soit présente), parce que j'voudrais être là moi aussi là, ma mère rentrerait ou mon père dans salle de stab ou peu importe là, n'importe quel de ma famille là... (3-B).

Pour cette participante, se mettre à la place de la famille l'incite à lui offrir cette opportunité : *«...pis j'essaie beaucoup de mettre dans leur peau que probablement que moi, j'voudrais être là, souvent ça l'aide à dire: Oui c'est vrai (on fait entrer la famille).»* (4-E). Enfin, cette participante éprouve également le sentiment qu'elle-même voudrait être auprès de l'être cher : *«...moi j'pense que en, t'sais, si ça serait moi qui, qui aurait un membre de ma famille, j'aimerais ça être là...»* (6-C).

Éprouver du détachement. Les propos de quelques participantes démontrent une certaine capacité de se détacher de leurs émotions face à la présence de la famille en salle de stabilisation, c'est-à-dire qu'elles sont capables de ne pas vivre la détresse du patient et de ses proches. Cette première participante confie : *«Faque faut être capable d'apprendre à, de faire la part des choses dans tout ça ... mais j'te dirais que, en général, les gens vivent bien ça, t'sais, on est préparé à ça...»* (10-F). Deux autres confirment : *«... je vis bien avec*

ça ... ça reste toujours dans moi, mais ça m'empêche pas de vivre...», «J pense qu'on est capable de vivre avec ça.» (2-D), «Mais côté sentiment là, honnêtement, j'trouve que ça va, ça va bien» (4-E). Et une dernière de poursuivre : «...chu capable de m'en détacher ... j'ai pas de problème émotionnel pour l'instant, à avoir vécu ça.» (3-B).

Demeurer en contrôle de ses émotions. Bien que les participantes estiment avoir le droit de vivre des émotions en lien avec les situations de soins, elles croient également qu'elles ne doivent pas se laisser envahir par ces dernières : *«Tu travailles pis t'as la boule là, tu veux aider les parents, mais écoute, t'as l'goût de brailler avec eux autres. ... Faut comme être capable de mettre une barrière, mais, en même temps, on est humain...», «...y faut... pas cacher nos émotions, mais y faut pas pleurer plus que la famille ... On est humain là, on a droit, mais y faut être capable de prendre sur nous autres.» (4-E).*

...mais en même temps on a une job à faire pis euh, c'est ça faut être capable de faire notre job, les techniques, les choses qu'on a à faire..., sans trop se laisser affecter ... on peut avoir d'la peine, on peut trouver ça ben terrible, mais si t'es en train pleurer pendant que t'es en train de piquer, c'est pas très efficace là. (10-F).

Par ailleurs, certaines participantes ont rapporté avoir développé une stratégie d'adaptation afin de ne pas focaliser uniquement sur la détresse vécue par les membres de la famille. Ainsi, elles se concentrent sur les tâches à effectuer, tel que le démontre l'extrait suivant : *«Faut que t'essaie de gérer (les émotions ressenties), on dirait que tu peux pas t'arrêter pis regarder la madame (membre de la famille) là, moi j'essaie de m'trouver quelque chose à faire là pour pas... euh, pour pas pleurer là.» (6-C).*

Cependant, les participantes semblent pouvoir comprendre qu'une situation touche plus particulièrement une infirmière. Elles sont ainsi solidaires en accordant un répit à l'infirmière visée ou en prenant sa place. Voici comment les participantes se sont exprimées

à ce sujet : *«T'sais une situation que t'es pas capable heu, tu t'en vas, tu dis, tu peux-tu m'remplacer là, chu pu capable ... c'est correct.»* (2-D), *«...les filles (les infirmières) sont venues les yeux dans l'eau. Ben t'sais, si y feelent pas ou qu'ça les touche plus, y sortent.»* (3-B).

Éprouver davantage de stress. Pour la moitié des participantes, la présence de la famille leur a occasionné un stress supplémentaire. Les extraits suivants illustrent ce point : *«...t'sais, on est comme pas habituées mettons de s'faire regarder par la famille. Déjà que des fois, c'est stressant un peu...»*, *«...pis t'sais, ça augmente un stress heu, moi ça augmente un stress dans mon travail là, ça c'est sûr.»* (1-I), *«J'dirais que chu plus stressée quand-même quand la famille est là. Oui.»* (3-B).

Pour cette participante, le stress ressenti en lien avec la présence d'un membre de la famille se traduit par le désir de se montrer en contrôle et d'être en pleine possession de ses moyens :

...de pas avoir l'air t'sais, de pas "shaker" avec les tubes (de prise de sang) pis, t'sais, tu veux, t'sais, tu l'sais, pis souvent, t'sais, on s'prépare,..., faque j'pense que ça aussi effectivement, y'a un côté de stress là qui rentre là. (3-B).

De plus, dans trois situations rapportées, le niveau d'anxiété élevé que démontrait la famille a contribué à augmenter le stress ressenti par les infirmières. Ces participantes ont rapporté avoir vécu plus difficilement la présence de la famille car elles ont dû, en plus de s'occuper du patient, subir l'anxiété du membre de la famille et vivre plus de stress lors de ces situations. L'exemple suivant en fait foi :

...la conjointe est comme rentrée. Mais la conjointe, tellement que l'infirmière l'avait comme paniquée,... la conjointe était vraiment t'sais, comme euh, paniquée. "Occupez-vous en!" pis là, a l'arrêtait pas de crier pis là euh, t'sais, nous autres, on essayait de faire nos choses t'sais, piquer, ... Ça faisait comme paniquer le patient en même temps faque là, tout l'monde... c'était comme une salle de panique là. (6-C).

Enfin, cette participante s'est ainsi exprimée sur son niveau de stress :

Ben en fait, c'est sûr que j'trouve ça plate que moi ça, ça me stresse comme ça d'avoir la famille parce que j'me dis, t'sais, sûrement y'a des études comme heu tu parlais qui a été fait que ça les aide eux (les membres de la famille) à faire un deuil. (1-I).

Craindre des répercussions psychologiques. Un dernier aspect des réactions psychologiques porte sur la préoccupation d'une participante face aux possibles conséquences psychologiques pour les infirmières. En effet, elle craint ces conséquences car, selon elle, celles-ci éprouvent plus d'émotions en présence de la famille sans pour autant bénéficier d'une quelconque aide par la suite. Elle exprime : «...*sauf que ça me fait peur justement à cause que ça vient me chercher (fait vivre plus d'émotions), pis que le fait qu'on est un peu laissées à nous-mêmes là-dedans pis qu'on n'a pas de support psychologique dans tout ça.*», «...*mais y faut... va falloir aussi qu'on fasse une approche à l'équipe.*» (10-F). Dans cet extrait, un parallèle est fait avec les autres professions vivant également des situations difficiles sur le plan humain et émotionnel :

...les pompiers vont avoir des rencontres avec des psychologues dès qu'y ont des histoires comme ça (décès de personnes), les policiers aussi, les ambulanciers dès qu'y ont un cas, y sont retirés de la route et y sont rencontrés immédiatement, pis nous, c'est comme, ben non ça fait partie d'la job... suivant... (10-F).

Prises de conscience

Pour les participantes, vivre des situations critiques de soins fait partie de la routine. Cependant, la présence d'un membre de la famille amène un caractère nouveau à l'épisode de soins en salle de stabilisation et pousse les infirmières à faire diverses prises de conscience : «*en même temps, on sait que c'est triste, mais j'pense que ça nous fait réaliser des choses...*» (8-G). Les participantes affirment croire en l'importance de la présence de la

famille, bien que certaines doutent de ses bénéfiques, constater que l'épisode de soins représente une situation difficile pour la famille, que le patient est une personne, que la famille éprouve des besoins, qu'il est nécessaire d'intégrer la famille et que cette dernière adopte un comportement adéquat.

Croire en l'importance de la présence de la famille. Les extraits suivants illustrent bien l'opinion des participantes à propos du fait de croire en l'importance de la présence de la famille en salle de stabilisation : «...j'trouve que pour la famille, c'est super bien.», «...j'trouve ça merveilleux, j'trouve ça super c'est vraiment une belle approche...» (10-F), «...fallait que la famille rentre...», « ...j'trouve ça, sincèrement important là, j'trouve que ça apporte du bien au monde...» (2-D), «...j'vas toujours les faire rentrer...», «Ils (les membres de la famille) savent qu'y (le patient) va pas ben, y veulent le voir, là. Si c'est pour être leur dernier moment, ben y vont au moins l'voir conscient là.» (3-B), «C'est sûr que la présence de sa femme qui pleurait pis qui euh... sauf qu'y fallait qu'a voit ce qui ce passe...», «on les fait rentrer parce que faut qu'y voient, faut qu'y vivent ça...», «...j'trouve qu'y (les membres de la famille) ont vraiment leur place par exemple. Y doivent être là dans des situations comme ça. Pour pas qu'y... pour qu'y voient vraiment tout ce qu'on peut faire pour euh... redonner la vie à quelqu'un.» (4-E), «...c'est vraiment, y (les membres de la famille) ont leur place.» (6-C), «...j'trouve que c'est bien, ouais, y ont vraiment leur place là.», «Pis j'trouve que c'est même essentiel que la famille soit là...» (8-G).

L'extrait suivant cible cet élément de manière particulièrement représentative :

...c'est une approche qui est proche de moi, qui vient me chercher, moi, parce que j'trouve que c'est pas juste un individu souvent qu'on traite, c'est une famille, c'est l'individu dans son ensemble pis son ensemble, c'est souvent son entourage. (10-F).

Cette même participante ajoute également que si le patient était en phase terminale chez lui ou sur un autre département, sa famille serait fort probablement auprès de lui. Pour le patient, c'est un moment qui, lorsqu'il ne découle pas d'une situation dramatique ou subite, se vit généralement entouré de ses proches.

Pour cette participante, l'importance de la présence de la famille s'est traduite, entre autres, lors d'une situation précise alors qu'elle a priorisé le besoin de proximité de la conjointe bien que celle-ci ait souffert de la maladie d'Alzheimer et démontré une grande anxiété. Elle explique :

...peut être qu'on n'aurait pas dû la faire entrer, mais, en même temps, on sait jamais ce qui peut se passer en hémodynamie, si c'est peut-être leur dernier moment, ... C'est peut être la dernière fois qu'a l'voyait, faque y fallait la faire entrer. Ça l'a été très difficile pis j'ai eu... pas de regrets mais, en même temps, j'pouvais pas la laisser toute seule dans l'salon. T'sais, je l'ai fait entrer là parce que.... mais y fallait se concentrer (l'équipe soignante) pis là, a nous posait d'autres questions. Pis là, a l'allait voir son mari, pis là, a nous disait hum exemple, "Ha! Mon doux! Si y fallait qu'y ressorte pas, j'peux pas me débrouiller tout seule." Pis là, les médecins ont commencé à trouver ça lourd. Sauf que moi, je l'ai fait rentrer tout de suite au début parce que j'voyais qu'elle avait besoin de lui. (4-E).

L'équipe soignante a alors perçu sa présence comme une surcharge et un stress supplémentaire car elle posait beaucoup de questions et monopolisait l'attention de l'infirmière qui l'accompagnait. Cependant, elle est tout de même demeurée en salle de stabilisation.

Douter des bénéfices de la présence de la famille. Bien que toutes les participantes croient en l'importance de la présence de la famille, certaines se questionnent tout de même à savoir s'il est vraiment bon pour la famille d'être témoin de ce qui se passe en salle de stabilisation, particulièrement lorsque le patient a des blessures corporelles impressionnantes et que son intégrité physique est altérée : «...quand y'a un polytrauma qui

arrive pis que t'sais, y est croche là t'sais, y'a l'bras d'un côté, y saigne de partout pis t'sais, je l'sais pas si c'est vraiment là... humain de montrer ça.», « *Pour pas qu'y (les membres de la famille) aient un souvenir non plus, un mauvais souvenir heu, t'sais, quand y'a du sang partout, y (le patient) est défiguré là, je l'sais pas là... j'pense que ça, c'est pas adéquat non plus, là.»* (1-I).

Elles se questionnent également à savoir s'il est approprié pour les membres de la famille d'assister aux soins invasifs administrés au patient. L'exemple suivant explique : «*T'sais quand que des fois y (les médecins) ont d'la misère à intuber aussi là. T'sais, c'est pas drôle là, pour des parents là, qui... y, on a d'la misère à intuber là...»* (6-C).

Plusieurs participantes sont également préoccupées à savoir si la présence des membres de la famille est bénéfique pour eux et si cette présence aura un impact positif sur leur cheminement : «*J'pense que l'impact va être peut-être plus tard. Je l'sais pas si avoir cette image là, c'est bien ou pas.»* (8-G). Pour cette participante, son questionnement est en lien avec la présence de la conjointe d'un patient en arrêt cardiaque au moment où les manœuvres de réanimation étaient en cours :

...elle l'a vraiment vécue, la situation que nous autres on a dans la salle de stabilisation, de l'voir comme ça là, faque moi, je l'sais pas si, t'sais, si c'est moi là, t'sais, mon sentiment là moi, si j'restais avec un petit heu... petite mauvaise heu, mauvaise idée là. (1-I).

Par ailleurs, les participantes éprouvent une certaine ambivalence entre leur désir de favoriser la présence de la famille et leur appréhension des possibles effets sur cette dernière. Cet extrait exprime bien l'ambivalence éprouvée par certaines participantes :

...c'était impressionnant à voir et touchant surtout, mais j'veux pas dire que c'était négatif là, j'pense que pour eux autres là, c'est ça que ça prenait là pour euh... j'pense que ça va probablement les aider à accepter, pas accepter, mais à comprendre qu'on a vraiment fait tout ce qu'y fallait. ... tu viens à te faire une raison que tout a été fait

pis que t'as pas de doute que tout a été fait. Mais euh, je sais pas euh, là c'était tellement le déni (les membres de la famille), c'était tellement la panique, la grosse crise, la grosse colère, c'était une réaction excessive là comparée à d'autre décès que j'ai pu voir là. Cette expérience là fait que je le sais pas comment eux autres y vont se sentir après, comment y vont vivre ça plus tard. (8-G).

Réaliser que le patient est une personne. La présence de la famille rappelle aux participantes que le patient est avant tout une personne. De ce fait, les participantes perçoivent davantage le patient comme une personne dans son ensemble lorsque la famille est présente, comme en fait foi l'extrait suivant : «...c'est pas juste un ordinateur que tu réanimés là, t'sais, c'est quand même une personne...» (3-B).

De plus, lors de son entrevue, cette participante a verbalisé effectuer une forme de chosification envers le patient lorsque la famille n'est pas présente :

...mais quand c'est juste une madame là, pour moi, personnellement, c'est comme un morceau de viande que je soigne. Heu oui, oui j'ai tendance à... à prendre soin pareil des patients pis à être empathique, mais moins quand j'vois pas la famille... (2-D).

Concevoir que la famille vit une situation difficile. En étant témoins du vécu de la famille lors d'un épisode de soins en salle de stabilisation, les participantes expriment comprendre que cet épisode représente une situation considérablement difficile. Elles réalisent que cette situation en est une de crise qui s'avère subit et même tragique pour ceux qui le vivent, comme en témoignent les extraits suivants : «...mais cette fois-là, c'était effectivement bon euh, encore un jeune de 18 ans, c'est dramatique, c'est subit, personne s'attendait à ça...» (10-F), «...mais tu comprends là, eux autres (les membres de la famille) là, pour eux autres là, c'est grave là.» (2-D).

De plus, certaines participantes ont réalisé l'ampleur du vécu des proches lorsqu'ils assistent à une situation critique de soins. En effet, alors que ces évènements font partie du

quotidien des infirmières, ceux-ci constituent un épisode dramatique pour les membres de la famille d'un patient qui reçoit des soins en salle de stabilisation : *«...mais ça te rappelle que y'a quand-même une famille qui vit quelque chose de gros, que tu peux pas juste faire comme si de rien n'était là, t'sais...»* (3-B).

La présence de la famille fait aussi réaliser aux participantes que la situation critique de soins peut représenter la peur de la perte d'un être cher et amène les membres de la famille à éprouver des émotions telles du stress ou de l'anxiété. Les extraits d'entrevues suivants expriment comment les participantes ont perçu les sentiments vécus chez les membres de la famille : *«C'est sûr qu'on sent qu'y sont anxieux, mais y sont anxieux dans la salle des familles aussi là...»* (8-G), *«...j'imagine que ça doit être facilement déstabilisant là de voir heu, ton chum en arrêt là»* (2-D), *«...parce que c'est pas juste un corps pis des techniques là, y'a toujours des sentiments au travers ça, pis de les (les familles) inclure là... autant pour le patient que pour la famille, d'inclure tout ça dans nos soins là, si on peut dire.»* (10-F).

Sentir que la famille éprouve des besoins. En étant conscientes de la situation difficile vécue par les membres de la famille, les participantes semblent davantage portées à leur offrir du soutien ou en ressentent le besoin. Elles verbalisent par ailleurs à plusieurs reprises vouloir rassurer la famille. Cette prise de conscience pousse donc les participantes à déployer de nombreux efforts afin de fournir du soutien à la famille en salle de stabilisation. Les participantes ont décrit ressentir le besoin de rassurer la famille en se montrant disponibles envers cette dernière, en souhaitant leur permettre une certaine proximité avec le patient, en désirant améliorer leur aptitude à intervenir auprès de la

famille, et en expliquant à la famille le déroulement de l'épisode de soins et ce à quoi elle assiste.

Les participantes éprouvent également le besoin d'offrir du soutien à la famille et se sentent préoccupées de son bien-être. Par exemple, cette participante désirait que la famille demeure au chevet de la patiente alors que le médecin proposait qu'elle quitte momentanément l'aire de soins. Cependant, il aurait été important, selon elle, de garder sur place le conjoint de la patiente : *«...j'avais comme le sentiment que j voulais le rassurer (le conjoint), pis j'ai comme essayé à plusieurs reprises de le faire rentrer de nouveau.»* (1-I). Dans une autre situation, malgré les réticences du médecin à faire entrer la famille, les infirmières ont tout de même pris la décision de proposer à la famille d'entrer : *«...finalement, un moment donné, on a pris sur nous autres pis on est allé les chercher pareil...»* (2-D).

Pour une participante, la conscientisation s'est traduite à travers son désir d'améliorer son approche à la famille et de tenter d'apprendre des autres infirmières qui, à son sens, ont de bonnes interactions avec la famille : *«...j'essaie de voir aussi eux (les autres infirmières), comment qu'y sont avec eux autres (les membres de la famille), pour aller relever des "cue". T'sais (nom de l'infirmière) avait resté avec la famille, a les tenait, t'sais, elle était beaucoup... euh, avec elle (la famille).»* (3-B).

Par ailleurs, même si la famille n'entre pas systématiquement lors de tous les épisodes critiques de soins, certaines participantes émettent la préoccupation d'aller régulièrement rassurer la famille lorsque cette dernière se retrouve dans la salle des familles : *«...quand quelqu'un m'dit : la famille est dans l'salon, d'au moins d'aller les rassurer...»* (4-E), *«...si c'est inadéquat, on a beau vouloir qu'y soient présents, si l'comportement est inadéquat pis*

que ça déstabilise tout l'monde, vaut mieux que j'sorte à toutes les cinq minutes pour les rassurer à l'extérieur.» (4-E).

Lorsque la famille est présente en salle de stabilisation, les participantes ressentent également le besoin de lui parler afin de la rassurer sur ce qu'elle voit et de bien lui expliquer ce qui se passe : *«...j'essaie tout le temps de rassurer la famille le plus possible là, pour euh, parce j'me dis que c'est, de pas savoir pis nous voir faire, ça doit être, euh, t'sais, leur dire qu'on est en contrôle.» (8-G), «...moi, en temps qu'assistante, un de mes premiers rôles c'est justement d'appuyer la famille.» (4-E).* Par ailleurs, il importe d'expliquer en des termes clairs à la famille ce qui se passe afin qu'elle comprenne clairement la situation *«...nous (les membres de l'équipe), on s'parle entre nous-autres, là, mais y (les membres de la famille) comprennent pas nécessairement là, des fois, y faut faire un peu de traduction là.» (10-F).*

Enfin, il appert qu'il est plus facile d'offrir du soutien à la famille lorsqu'elle est auprès du patient et de l'équipe que lorsqu'elle est dans une autre pièce. *«...pis quand y sont dans salle des familles, on peut pas. On peut pas les rassurer, y sont tous seuls là, pis y'attendent, y savent même pas...» (8-G).*

Constater que la famille a besoin d'être intégrée. Dans la même lignée, les participantes sont conscientes de la nécessité d'intégrer la famille à l'épisode de soins et de lui démontrer de la considération : *«...on les met pas comme à part dans un salon où on les oublie pendant une demi-heure, là.» (4-E), «... j'fais pas comme si qu'y sont pas là.» (6-C).* Cette participante tente d'intégrer la famille en lui accordant une place et en lui expliquant les soins qu'elle effectue : *«...j'leur souris pis euh, ha t'sais, vous pouvez vous mettre là, pis allez le voir plus proche, pis y'a pas d'problème, pis euh... t'sais... ou mettons, ah, j'vais y*

refaire une autre prise de sang, t'sais j leur parle quand-même, là.» (6-C). Cette autre participante décrit comment elle a intégré le père du patient :

...on faisait pas comme si y était pas là, on l regardait souvent, on y demandait si ça allait bien, j lui ai même demandé un moment donné si y voulait s'asseoir, j voulais pas qu'y perde connaissance si y s sentait pas bien là, mais euh, sinon, ça a bien été là, on a juste essayé de l'introduire plus, là. 1-I.

Enfin, pour cette participante, il est plus facile d'intégrer la famille lorsque cette dernière entre en salle de stabilisation en même temps que le patient :

...mais j pense que c'est plus facile quand la famille rentre euh, d'emblée, qu'y font partie d la game. Pis qu'y voient qu'est-ce qui est fait pis qu'y nous suivent aussi. Qu'y voient où ce que l médecin s'enligne pis où ce que... Pis y viennent te poser des questions des fois, t'sais, tu l vois que... y sont plus dans game, y sont plus là, faque l'interaction, a c fait mieux aussi. (3-B).

Par ailleurs, pour toutes les participantes ayant vécu des salles de stabilisation où le patient est un enfant, il s'avère plus facile d'intégrer la famille. Pour ces participantes, la présence des parents au chevet de leur enfant semble naturelle. Ainsi, cette première participante raconte : *«...comme plus accepté hein, en réanimation d'enfant, d'inclure la famille...» (10-F). Une autre va dans le même sens : «Beaucoup avec les enfants aussi, on fait rentrer les parents, y sont tout l temps là...» (3-B). Il en va de même pour cette troisième participante :*

...les enfants, c'est facile de faire entrer les parents, c'est un automatisme pour tout l monde ... tu te poses même pas la question à dire on va vous faire attendre là, y rentrent avec l'enfant là ... c'est comme tous les gestes qui sont naturels. (4-E).

Et elle poursuit : *«C'est comme si la mère pis l père là c'est... pas inné là, mais naturel là, qu'y soient en présence en salle de stabilisation, pis c'est leur droit ... y faut qu'y soient là...» (4-E). Une autre participante continue dans la même ligne de pensée :*

...des salles de stab avec les enfants euh, ça va toujours mieux avec les parents là, t'sais, disons que j'verrais pas euh, euh, les, les parents non présents là parce que

quand qu'y pleurent, t'sais, c'est eux autres qui les consolent pis, euh, t'sais, on les pique pis les parents les tiennent ... Moi, sérieux, c'est sûr que un enfant peut pas rentrer en salle de stabilisation euh, sans ses parents là. (6-C).

Cette dernière participante confirme : «...chez les enfants, j pense que c'est indispensable (que les parents soient présents)...» (8-G). Par ailleurs, cette acceptation générale de la présence des parents d'enfants en salle de stabilisation touche tous les professionnels : «...c'est comme un souci tant au niveau des médecins ... même l'inhalothérapeute.» (4-E).

Constater que la famille a un comportement adéquat. Lors des expériences vécues par les participantes, la majorité des familles a démontré un comportement non perturbateur au déroulement de l'épisode de soins. En effet, la famille a généralement semblé présenter un comportement adéquat et sa présence n'a pas entravé la collaboration entre les membres de l'équipe de soignante. Par ailleurs, la famille a agi de façon à ne pas nuire aux soins et elle a semblé plus calme lorsqu'elle se trouvait en salle de stabilisation que lorsqu'elle attendait dans la salle des familles.

Ainsi, toutes infirmières rencontrées ont rapporté le fait que la famille présentait habituellement un comportement adéquat ou que sa présence ne nuisait pas aux soins administrés. Le témoignage suivant illustre cette affirmation :

...le papa est rentré avec le garçon pis c'était quand même, c'était pas une anaphylaxie, mais c'était une bonne réaction allergique, mais t'sais, le père, à ce moment là, lui, y était très calme, moi ça m'a pas empêchée de faire mon travail là... c'était pas grave qu'y soit là, là, ça me dérangeait pas dans mes soins, là... (1-I).

Cette idée a également été verbalisée comme suit par cette autre participante : «j'en ai pas de famille, moi, qui ont, qui ont vraiment pas aimé ça ou qui ont pété une coche ou qu'y m'ont traumatisée.» (2-D).

...c'était un monsieur qui était en arrêt cardiaque, cardio-respiratoire, pis sa femme a voulu rentrer pis venir. Pis heu... en fait j'ai ben apprécié, j'me rappelle la madame a ben fait ça aussi par exemple... (2-D).

Dans le même ordre d'idées, une autre participante s'est ainsi exprimée :

...j'pense pas que dans l'travail, ça nuise, vraiment pas, à moins que qu'un membre de la famille nous empêche de faire notre travail, ce qui m'est jamais arrivé, ... non ça l'a jamais nui... non, j'pense pas que ça change le travail. (8-G).

Par ailleurs, la présence de la famille ne modifie pas la collaboration entre les infirmières lors des soins et des interventions effectués auprès du patient. Cet extrait en témoigne : «...t'sais la collaboration s'est quand même bien faite...» (1-I).

Cette participante, pour sa part, relate le fait que la famille, en plus d'être adéquate, ne veut pas déranger l'équipe soignante:

...mais t'sais la famille était tellement adéquate ... j'ai l'impression que eux, y'ont un malaise vis-à-vis de nous autres, que, t'sais, bon, y veulent pas être dans nos jambes, y avancent tranquillement ... qui rentrent avec un malaise de pas vouloir nous déranger dans notre job pour nous laisser la place pis, t'sais, apporter les soins qu'y faut apporter. (3-B).

Elle explique également que, parfois, les familles sont réservées et qu'elle doit les inciter à se rapprocher du patient. Elle ajoute :

...les familles ont toujours été adéquates là, y'a jamais eu de famille déplacée ... j'ai pas eu personne de déplacé ... mais l'équipe, les soins changent pas, en tout cas moi, ça pas été marqué là. Les soins ont pas changé là, là, les rôles non plus... (3-B).

Deux participantes ont fait remarquer que la famille est plus calme lorsqu'elle se trouve en salle de stabilisation que lorsqu'elle attend dans la salle des familles. «J'trouve que la réaction des familles est plus appropriée quand qu'y voient ce qu'on fait...» (7-J), «...y (les membres de la famille) sont plus calmes pis euh... c'est moins pire, sont moins en crise...» (6-C).

Changements d'attitude

Le contenu des entrevues a révélé que les participantes adoptaient des attitudes différentes lorsque la famille était présente. En effet, plusieurs répondantes ont confié modifier leur comportement et leur façon d'agir : *«...mais quand la famille est là, faut que tu t'laisses euh, t'sais, faut que tu t'rappelles que euh, tu peux pas non plus agir pis parler comme si de rien n'était.»* (3-B). Bien qu'elles aient parfois eu de la difficulté à bien exprimer comment la présence de la famille modifiait leur comportement, elles croient tout de même qu'elles agissent différemment :

...t'oses pu agir, peut-être qu'on... pas qu'on est plus sérieuse, parce que t'sais, une salle de stabilisation, c'est quand même quelque chose de sérieux, mais euh, on dirait... ça change pas nos soins non plus, mais on dirait que le comportement là, on est pas encore assez habitué, on a comme un comportement différent. (4-E).

«...c'est sûr on n'a pas le même comportement non plus avec une famille en salle de stabilisation là, c'est, c'est pas la fête quand y sont pas là là, mais, euh, on n'a pas le même comportement...» (4-E). Il semble donc que le fait de se sentir regardées modifie les comportements et les attitudes qu'adoptent les participantes lors de la prestation des soins au patient en salle de stabilisation.

Être moins naturelles. Ce changement d'attitude se traduit premièrement par le fait que les participantes se disent moins naturelles : *«...on dirait qu'on devient un peu euh, on acte un peu plus, j'pense. Ben moi, que j'me sens moins euh, moins naturelle, veut, veut pas là, tout est moins naturel aussi là, j'ai l'impression.»* (3-B), *«...quand la famille est là, on élabore pis j'trouve que le vocabulaire du monde change. On parle pas comme au naturel.»* (7-J).

Être plus sérieuses. Également, plusieurs participantes ont verbalisé agir plus sérieusement en présence de la famille et démontrer davantage de professionnalisme : «...pis on dit moins d'affaires simples aussi, c'est sûr là. Tu te gardes une petite gêne là, t'sais.» (2-D), «T'essayes de marcher plus droit, d'être un peu plus professionnelle.», «...t'sais, c'est sûr qu'on crie peut-être moins...» (3-B), «...on est plus euh, plus discipliné également là, ouais...» (6-C), «Peut-être qu'y va avoir un peu plus de sérieux, peut-être qu'on va faire un petit peu plus attention...» (8-G).

...on dirait qu'y a un décorum. On dirait que, à cause que la famille est là là, euh, ça fait un peu... cérémonie, t'sais, un peu militaire, l'infirmière 1 pose ses questions pis t'sais, on dirait vraiment qu'on joue une pièce de théâtre si on veut là. (7-J).

Démontrer davantage de respect. De plus, les participantes ont démontré plus de respect envers le patient lorsqu'un membre de sa famille se trouvait à ses côtés, notamment en le couvrant davantage afin de préserver son intimité. Les extraits suivants démontrent bien cette idée : «...j'la décacherai pas, j'la mettrai pas toute nue devant toute sa famille... j'vas faire attention...» (2-D),

...on est tellement habitués dans notre petite euh, routine, t'sais que euh, on décaché le patient t'sais sans le cacher... admettons la patiente a les seins à l'air ou quoi que ce soit mais t'sais, quand qu'y a d'la famille, on dirait qu'on fait plus attention. (6-C).

Redoubler d'efforts. Enfin, la modification de comportement est également représentée par le besoin qu'éprouvent certaines participantes de redoubler d'efforts lors de la prestation des soins au patient. Elles expriment aussi le besoin de manifester qu'elles sont soucieuses de la situation. Ces participantes se sont ainsi exprimées à ce sujet: «Pis on s'donne encore plus là, moi j'trouve...» (6-C),

...c'est vrai qu'on a, qu'on a tendance encore à... plus prendre soin de la personne plutôt que faire juste ton travail heu, pique, pique, pis j'donne d'la médication pis

toute là. T'sais, t'as tendance à, si, si l'monsieur y est à côté pis y me regarde travailler ben, si j'ai l'air d'un robot pis chu pas, chu pas fine là, ben, j'me trouve pas super là t'sais, faque on dirait que j'en mets plus encore. (2-D).

Cette participante, pour sa part, veut prouver à la famille que, malgré son jeune âge, elle peut tout de même bien effectuer le travail :

...j'imagine me voir arriver t'sais, la petite de 28 ans, t'sais la petite infirmière 28ans, ..., T'sais d'la vision j'me disais : Ah mon Dieu! T'sais, y (les membres de la famille) s'disent tu des fois "Hé! La p'tite jeune là! C'é que tu veux" parce que t'sais, les, les réactions des fois des familles sont plus réticentes, sont plus, bon, pis y sont pas tout l'temps gentilles là, des fois, on s'fait répondre bête aussi, t'sais. D'se faire tasser faque là j'me disais... j'avais l'impression de devoir en beurrer deux fois plus. (3-B).

Période d'adaptation nécessaire

Le **troisième thème** traite de la nécessité d'une période d'adaptation pour intégrer la famille en salle de stabilisation car les entrevues ont fait ressortir que cette nouvelle façon de faire bouleverse le quotidien des infirmières. Ainsi, les participantes ont dû s'adapter et s'habituer à la présence des membres de la famille en salle de stabilisation. Lors des entrevues, les participantes ont rapporté le fait que cette pratique demande du temps avant qu'elle soit bien intégrée dans leur routine de soins. De plus, la présence de la famille suscite un questionnement face aux habiletés des infirmières à intervenir auprès des familles. Ce questionnement se traduit notamment par le fait que les participantes croient que certaines réussissent mieux que d'autres ou que les infirmières expérimentées ont plus de facilité que les infirmières débutantes. D'autres ont peur de ne pas agir correctement. Par ailleurs, plusieurs croient qu'il n'y a pas suffisamment eu d'interactions entre les infirmières et la famille lors de certaines situations. Enfin, quelques participantes ont exprimé avoir encore besoin de formation relativement à cette pratique.

Demande du temps

Alors que l'adoption de cette nouvelle pratique provoque chez les infirmières surprise et malaise au début, celles-ci croient qu'avec la répétition, elles deviendront plus à l'aise et l'intégreront plus facilement dans leur pratique quotidienne. Les extraits suivants démontrent bien le choc qu'ont pu vivre les participantes lors de leur première expérience avec la famille : *«Quand y (les infirmières) commencent là, y font l'saut...»* (4-E), *«...j'me rappelle j'donnais un médicament, ah, t'sais, j'faisais l'saut d'voir euh, t'sais le papa debout dans l'coin qui nous regardait, t'sais, on est comme pas habitué, mettons, de s'faire regarder par la famille.»* (1-I).

Une participante rapporte l'effet de surprise qu'occasionne la présence de la famille et son contrecoup sur celle-ci alors qu'elle vivait pour la première fois cette expérience :

...mais moi, c'était ma première fois vraiment là, dans une situation critique dans salle de stab là, que la famille rentrait quand on était encore en train de faire les manœuvres. Faque la famille est rentrée puis euh, c'est ça, tout l'monde continuait à faire leurs choses mais en fait moi, ça m'a complètement gelée là... (1-I).

Cette autre participante, pour sa part, s'exprime ainsi à propos de ses premières expériences :

...c'est sûr que les premières, y'avait toujours plus un malaise que maintenant pis c'était vraiment un malaise de...hi, la famille est là, qu'est-ce qu'on fait, pis là, on était comme toutes plastiques euh, comme des barbies. (3-B).

Bien que les premières expériences puissent créer un effet de surprise, les participantes croient que plus elles seront exposées à ces situations, plus elles deviendront à l'aise avec cette pratique : *«...moi euh, chu, t'sais, ça va bien, chu vraiment pour (de faire entrer les familles), le reste ça va rester d'être, bon, plus habituée.»* (3-B), *«...j'trouve que c'est de mieux en mieux là, mais au début, même moi j'me suis frappée un peu à un mur, pis*

un peu le côté gênant aussi là...» (4-E), «...j'pense que j'serais capable de l'intégrer là, j'pense que plus t'en fait, pis mieux ça va être...», «...j'pense que moi, j'aurais pas d'misère à m'adapter, pis ça me stresserait pas plus, là.» (6-C). Ces participantes croient qu'avec le temps et la pratique, elles seront à même d'intégrer les membres de la famille sans que cette présence ne leur occasionne un stress supplémentaire. Enfin, les deux extraits suivants évoquent le besoin de vivre plusieurs expériences impliquant la famille afin de se sentir à l'aise en ces circonstances :

...c'est sûr que t'sais, pour la première fois que j'introduisais la famille dans salle de stab là, j'ai tombée sur une grosse situation qui m'a euh, t'sais, je sais pas si c'est parce que chu plus sensible... Mais oui, peut être que la prochaine fois ben, t'sais, j'vas savoir à quoi m'en tenir pis j'pourrais réagir autrement. (1-I).

...j'pense aussi que si on était plus exposé à ça, peut-être que justement ce, ce petit malaise là qu'y a peut-être des fois là, un peu un inconfort que certaines peuvent avoir, j'pense que si on l'faisait plus souvent, on en viendrait à, ça ferait partie de notre vie, de notre travail. (8-G).

Pour cette participante, une partie de son adaptation est représentée par le fait de devoir penser à proposer à la famille d'entrer. En effet, lorsque l'équipe soignante a de grandes préoccupations cliniques à l'égard du patient, penser à faire entrer la famille en salle de stabilisation devient alors moins spontané :

...c'est sûr que des fois, c'est d'y penser parce que des fois c'est... dépendamment des salles de stabilisation, c'est plus euh, y en a des plus grosses pis on a euh, on fait comme oublier à travers nos soins d'les faire rentrer, pis là, un moment donné, on fait comme ok, c'est vrai là, y'a d'la famille, y faut y aller. ... j'essaie de, d'y penser dès le début. (4-E).

Pour certaines, cette pratique nécessite encore du temps avant qu'elle ne soit complètement intégrée au quotidien dans leur routine : *«J'pense qu'on a du chemin gros à faire pis, avant d'être capable.» (7-J), «...on est pas habitué, c'est pas quelque chose qui fait partie de notre vie encore.» (8-G). Cependant, selon d'autres participantes, faire entrer la*

famille en salle de stabilisation est de plus en plus ancré dans leur mode de pensée et l'automatisme d'inviter la famille est plus développé. *«Mais de plus en plus quand-même, moi j'trouve que d'emblée c'est rendu euh... plus euh... plus rare qu'on les fait pas rentrer là, en fait, de plus en plus, on les cherche.»* (3-B).

De plus, il ressort que plus les participantes vivent la présence de la famille, plus elles en voient les avantages : *«...on voit de plus en plus de points positifs face à ça parce qu'on les intègre de plus en plus là.»* (4-E).

Questionnements face aux habiletés à intervenir auprès de la famille

Le caractère singulier de cette pratique incite certaines participantes à croire que toutes les infirmières ne sont pas nécessairement habilitées à intervenir auprès de la famille. Ainsi, cette nouvelle façon de faire peut les déstabiliser dans leur sentiment de confiance, à savoir être capables d'intervenir correctement avec la famille, tel que le souligne l'énoncé suivant :

...c'est vraiment quand ça va pas bien (état de santé instable du patient) de dire : Aie, là, là nous autres (les infirmières), on est pu pantoute dans nos sentiers battus, on est toutes déstabilisées, faut gérer la famille aussi mais j'ai aucune idée qu'est-ce qui est bon à faire pour la famille. (3-B).

Constater que certaines réussissent mieux que d'autres. Certaines participantes se sentent moins à l'aise et se perçoivent moins qualifiées par rapport à d'autres infirmières.

En voici un exemple :

...j'pense qu'y en a d'autres peut-être qui se sentent moins mal à l'aise parce que j'me rappelle un moment donné que (nom de l'infirmière) avait fait rentrer une famille... pis à la limite, j'trouvais que elle, elle l'avait, t'sais. Peut être que j'ai juste l'impression de moi, moins l'avoir avec les familles aussi, là, t'sais, ça c'peut là. (3-B).

Cette même participante poursuit : *«...j'pense pas là que tout l'monde soit apte non plus à accompagner une famille.»* (3-B).

Pour certaines participantes, les infirmières chevronnées sont plus à l'aise avec la présence de la famille par rapport aux infirmières moins expérimentées : *«...j'trouve que plus le personnel a de l'expérience en salle de stabilisation, plus y sont à l'aise avec la famille.»* (4-E). Selon elles, les infirmières avec plus d'expérience clinique sont plus habiles à conjuguer soins critiques et présence de la famille. Cette participante s'est ainsi exprimée sur ce sujet : *«...c'est pas tout l'monde qui est à l'aise, ... pis c'est quelque chose qu'on va voir un peu quand les, les gens ont un petit peu moins d'expérience.»* (10-F).

Certaines participantes se sentent donc moins aptes à intervenir auprès des familles. En résultante, de ce qu'elles ont perçu, elles croient qu'il n'y a pas suffisamment d'interactions entre l'équipe soignante et les membres de la famille présents lorsque ceux-ci ne sont pas accompagnés par une infirmière désignée dont le rôle spécifique est de leur assurer du soutien. *«Oui, y manquait peut-être un petit peu là, d'interactions là, au niveau des infirmières euh, pour aider la famille là, à ce moment-là, là.»* (1-I),

...justement, y ont pas interagi beaucoup quand tu parles de l'arrêt cardiaque, moi j'me sentais pas aucunement capable de t'sais, probablement qu'on les a comme laissés un petit peu à eux-mêmes là ... on les regardait, on trouvait ça comme horrible, pis y'a personne qui a interagi vraiment ou qui leur a pris la main ou t'sais qui a... On a, on a absolument rien fait. (1-I).

Par ailleurs, il peut s'avérer difficile d'entrer en contact avec la famille lorsque les infirmières sont affairées aux soins à prodiguer au patient tel qu'exprimé par cette participante : *«...ce qui est plus difficile un peu, là, interagir avec la famille quand que t'es débordée pis euh, faut que tu fasses plein de trucs là euh, c'est comme plus difficile.»*, *«...j'trouve ça difficile ouais, parce qu'on est toutes focussées euh, sur l'patient là, t'sais, là*

c'est notre priorité faque la famille, j'trouve qu'à, qu'à s'fait tasser peut-être un peu de c'côté là.» (6-C),

...sauf que c'que j'trouvais dur, c'est d'expliquer aux parents qu'est-ce qu'on faisait à mesure. T'sais, quand qu'on est en situation euh, t'sais de stress, ou veut, veut pas, t'sais, que les médecins nous demandent tout en même temps, ... euh, t'sais, tu fais tes affaires pis tu t'en occupes pas des parents, là. (6-C).

S'inquiéter de ne pas agir correctement. De plus, certaines participantes ont parfois peur de ne pas intervenir correctement ou d'agir de façon inappropriée envers la famille. Elles préfèrent parfois restreindre les interactions avec la famille plutôt que d'agir gauchement selon elles. Cet exemple en fait foi:

...j'ai d'la misère des fois à trouver les mots, quoi leur dire parce que des fois, y'a pas euh, y'a pas grand chose à dire là, t'sais. Faque t'sais, y'a pas de mots à dire faque ça, j'trouve ça difficile pour ça, ... tant qu'à dire n'importe quoi, j'dis rien pis euh... t'sais, tant qu'à être mal à l'aise pis euh, de comme m'avoir mis dans l'embarras pis euh, non j'aime mieux euh, ouais, m'abstenir. (6-C).

Par ailleurs, bien qu'elles puissent être intimidées par la famille, elles ont toutefois le souci d'intervenir correctement tout en ayant peur de tenir des propos qui pourraient être déplacés, tel que le rapporte l'extrait suivant:

...t'es comme un peu timide d'aller vers la famille pis tu veux pas faire de gestes déplacés qui feraient en sorte, parce que c'est... on est toutes en lien direct là, c'est...c'est live là, c'est euh, faque tu veux pas faire de mauvaises... ou dire un mot qui, qui pourrait être déplacé pour la famille. (4-E).

Éprouver un besoin de formation. En plus du temps d'adaptation nécessaire à l'instauration de cette pratique, le besoin de formation quant à l'approche à privilégier à l'égard de la famille est également ressorti des réponses aux entrevues. Ainsi, certaines participantes ont communiqué le besoin d'être mieux outillées afin de se sentir aptes à intervenir correctement lors de ces situations : *«J'pense que ça serait bon d'essayer d'outiller un petit peu plus face à ça, là, j'pense que ça, ça serait bon.» (3-B).*

... pis avoir une petite formation face t'sais, comment intervenir parce que euh, que tu sois numéro 2 ou numéro 3, pis qu'la famille a rentre versus que tu sois numéro 1 pis que ça soit toi qui reste tout long avec, que la famille rentre ou que tu sois AIC, t'agis pas pareil avec la famille pis t'as un rôle différent face à la famille. (3-B).

Conditions de succès

Le **quatrième** et dernier **thème** aborde les conditions nécessaires afin d'assurer le succès de cette nouvelle pratique. Les participantes ont rapporté qu'il était plus aisé de vivre la présence de la famille dans certaines situations et que chacune d'elle devait être évaluée. Elles ont également souligné qu'il était préférable qu'une personne soit responsable d'accompagner la famille tout au long de sa présence en salle de stabilisation. De plus, il semble important de rallier tous les intervenants à une conduite commune. Enfin, une participante a fait allusion à la nécessité de disposer d'un espace suffisant afin de bien accueillir la famille.

Évaluation de chaque situation

Bien que, tout au long de cette recherche, la famille ait été invitée en salle de stabilisation lors de multiples situations de soins, que celles-ci aient été de nature plus ou moins critiques, il s'avère que, pour plusieurs participantes, la présence de la famille se vit plus aisément lors des situations de soins moins complexes et plus communes pour lesquelles elles sont en contrôle et à l'aise avec les interventions à effectuer. Lorsque la situation nécessite un plus haut niveau technique et que le patient est dans un état très instable, il devient plus laborieux pour les infirmières de vivre la présence de la famille, d'où l'importance d'évaluer chaque situation. À cet égard, les participantes ont notamment

mentionné : *«...on s'entend qu'une réaction allergique là, la mère va venir là, est capable de voir un peu qu'est-ce qu'on fait pis heu, t'sais, on est capable de l' gérer à l'interne là...»*

(2-D), *«...y'a un malaise, mais moins grand quand-même dépendamment de l'ampleur d'la salle de stab.»* (3-B), *«... moi j'pense que c'est du cas par cas.»* (6-C),

...mais j'pense que dans des gros cas là critiques, c'est plus difficile d'avoir la famille dans salle de stabilisation. Ou c'est peut être parce qu'on n'est pas habitué là, on l'a toujours fait quand la famille était pas là faque on s'est habitué à ça, mais c'est quand-même un stress de plus pour moi là, de les avoir dans des gros cas là. (1-I).

Infirmière responsable d'accompagner la famille

Compte tenu de la nature de la situation, la famille éprouve généralement un plus grand besoin de soutien lors d'épisodes de soins plus critiques. Cependant, il est à ce moment plus difficile de leur assurer cet appui car tous les membres de l'équipe sont occupés auprès du patient :

...la famille, dans les moments où ce qu'a en a le plus besoin ben, veut, veut pas, ça va avec l'ampleur d'la stab faque plus y est mal (le patient), moins ça va bien (la situation de critique de soins), plus la famille a besoin de nous autres mais, en même temps, plus que nous autres on a besoin de l'infirmière qui tient l'épaule à l'autre. (3-B).

Bien que la famille semble en général démontrer un comportement jugé adéquat par les infirmières, la totalité des répondantes considère préférable que la famille soit accompagnée par une infirmière n'ayant pas d'attribution de tâche auprès du patient :

«...faudrait vraiment que soit, que la famille soit prise vraiment en charge là par euh, par quelqu'un là.» (6-C). La personne désignée pour accompagner la famille doit lui expliquer les soins effectués et ce qui se passe, en plus de lui offrir du réconfort. Plusieurs participantes l'ont clairement exprimé : *«Mais c'est pour ça que c'est bien d'avoir une*

personne pis a reste avec (la famille), pis elle, a y explique. Comme ça les autres (infirmières), y peuvent faire leur job...» (2-D), «On devrait vraiment avoir quelqu'un d'attitré, de dire t'sais, vous restez avec la famille.» (3-B).

Avant d'offrir la possibilité à la famille d'entrer en salle de stabilisation, l'infirmière devrait s'assurer que celle-ci est apte et prête à assister à l'épisode critique de soins. Ainsi, l'infirmière pourrait s'adapter au comportement de la famille afin d'intervenir selon ses besoins spécifiques. Par exemple, voici ce que cette participante en a dit :

...j'pense que je devrais, j'parle pour moi là, euh, dans mon rôle, j'devrais prendre le temps d'aller... quitte a prendre un bon trois-quatre minutes juste pour parler un peu avec la famille pour savoir, seriez-vous à l'aise de rentrer, pis à travers ça, j'pourrais peut-être voir un peu rapidement comment y se sentent. Sont-tu nerveux, pis là, ça m'permettrait de dire : Ah oui, c'est une bonne idée, j'les fais rentrer ... J'pense que si on prendrait l'temps de juger le comportement d'la famille, ça nous donnerait une bonne idée de quoi faire pour intervenir d'la bonne façon. (4-E).

Adoption d'une vision commune par tous les intervenants

Les participantes croient qu'il serait aidant que tous les professionnels œuvrant en salle de stabilisation soient en accord avec une ligne de conduite commune. Ainsi, pour cette participante, il s'avère important d'intégrer la famille à l'ensemble des soins et de l'épisode critique de soins :

...pis y'en a d'autres (des membres de l'équipe soignante) qui trouvent que selon certaines techniques que c'est pas, c'est pas adéquat qu'y soient là. Sauf que tu peux pas... moi, ce que j'trouve, c'est que tu peux pas les faire rentrer (les membres de la famille) pour une telle technique pis les faire sortir pour installer une sonde, pis les faire e'renter, t'sais, un moment donné c'est, c'est comme un soin total, pis on les installe avec nous (les membres de la famille), pis on les intègre. (4-E).

Pour cette autre participante, les intervenants en place influencent également son vécu en lien avec la présence de la famille. En effet, elle croit qu'une certaine situation aurait été

toute autre avec une équipe soignante différente : «...probablement que ça dépend ... des... infirmières aussi qui sont là avec les médecins.», «...j'me mets avec d'autres personnes là, pis là, ça aurait été probablement un grand bordel là-dedans là, t'sais.» (1-I).

Cette autre participante poursuit sur ce thème en indiquant qu'il est facilitant que le médecin soit favorable à la présence de la famille :

...mais j'trouve aussi que t'sais, des fois ça dépend avec quel médecin on travaille. Y'a des médecins qui sont plus ouverts à ça, y'a des médecins qui sont moins ouverts à ça. Quand l'médecin est ben ouvert là, la famille a rentre dans les quelques minutes après que l'dossier soit ouvert. Mais des fois, y'a des médecins qui ont des soins qui veulent pas être là, faque ça, c'est dur ... On fait un pas, on avance là, mais des fois, c'est difficile aussi. (4-E).

En effet, l'attitude du médecin a une grande influence sur la décision d'offrir à la famille d'entrer ou non. Bien souvent, lorsque toutes les infirmières en place souhaitent la présence de la famille mais que le médecin est en désaccord, la famille ne sera pas invitée à entrer en salle de stabilisation. À l'inverse, si une infirmière ne désire pas la présence de la famille et que le reste de l'équipe, dont le médecin, est en faveur, la famille se verra offrir l'opportunité d'entrer en salle de stabilisation.

...parce que des fois, tu demandes au docteur ... On pourrait-tu la faire rentrer (la famille)? Ah! On va attendre un peu, on va attendre un peu... D'ailleurs, ce qu'on parlait tantôt, elle (le médecin), a veut jamais. Ah, on va attendre, on va attendre. Ben non, faudrait pas toujours attendre comme ça, t'sais. (2-D).

...la dernière que j'ai parlé là avec le médecin, j'ai comme été choquée là quand y'a fallu sortir le monsieur. Parce que lui, y voulait juste du bien pour sa madame pis y'était pas dérangerant à un point tel de l'sortir. Pis j'avais comme le sentiment que j'voulais le rassurer, pis j'ai comme essayé à plusieurs reprises de le faire rentrer, pis l'médecin voulait pas trop là, sur l'coup, le faire rentrer là. Faque ça, j'étais comme un peu choquée là à ce moment là... pour cette situation là. (1-I).

Espace suffisant pour accueillir la famille

Une participante a fait allusion à l'effet que la salle de stabilisation numéro deux à l'urgence du CSSS de Chicoutimi présentait un espace de travail restreint offrant peu de place à la famille : *«...parce que déjà que dans la stab deux, on est quand même assez tassées là, euh, disons que y'a pas ben ben d'espace pour toutes nous autres, faque imagine une autre personne de plus là.»* (6-C). Ainsi, l'équipe soignante doit pouvoir bénéficier d'un espace suffisant afin d'intervenir comme il se doit auprès du patient tout en s'assurant que la famille puisse également y trouver place.

En résumé, quatre thèmes principaux ont émergé des entrevues soit les avantages de la présence de la famille, les effets de la présence de la famille chez l'infirmière, la nécessité d'une période d'adaptation et, enfin, les conditions de succès. Le chapitre suivant aborde la discussion des résultats, à la lumière des principaux éléments de la recension des écrits.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Ce chapitre présente la critique de la méthode de recherche utilisée et la discussion relative aux résultats obtenus, en lien avec la recension des écrits. Les forces et les limites de l'étude y sont également exposées. Viennent ensuite les recommandations pour la pratique, la recherche et l'enseignement et, finalement, la contribution de la recherche pour la pratique est abordée.

Dans un premier temps, cette recherche visait à répondre à la question suivante : Quel est le vécu des infirmières de l'urgence du CSSSC lorsqu'un membre de la famille est présent auprès du patient qui vit un épisode critique de soins en salle de stabilisation? En réponse à cette question, les résultats exposent une description détaillée du phénomène à l'étude. Toutefois, afin de répondre de manière concise, claire et succincte, cette description large et approfondie doit se résumer en un énoncé (Holloway & Wheeler, 2010; Loiselle et al., 2007) que voici : Lorsqu'un membre de la famille du patient est présent en salle de stabilisation à l'urgence, les infirmières ont vécu davantage de sentiments et d'émotions, ont éprouvé des réactions psychologiques, ont été poussées à faire maintes prises de conscience et ont adopté des attitudes différentes. Après avoir vécu diverses situations critiques de soins en présence d'un membre de la famille, les infirmières interviewées ont souligné les avantages à opter pour cette pratique, se sont questionnées face à leur habileté à intervenir auprès de la famille, ont constaté la nécessité d'une période d'adaptation et, enfin, ont abordé des éléments qu'elles considèrent comme des conditions pour favoriser le succès de cette nouvelle pratique.

Critique de la méthode

Cette partie présente la critique de la méthode utilisée, du milieu choisi, de l'échantillon recruté, de la manière dont les données ont été recueillies et de la méthode d'analyse des données. L'importance et la pertinence de l'utilisation du journal de bord y sont également abordées.

Dans cette recherche, l'objet d'étude était d'explorer le vécu des infirmières relatif à la présence d'un membre de la famille du patient en situation critique de soins en salle de stabilisation puisque cette approche avait été implantée depuis quatre mois seulement. En effet, la présence d'un membre de la famille du patient en salle de stabilisation à l'urgence constituait une nouvelle façon de faire qui a chambardé la pratique quotidienne des infirmières impliquées. Dans les écrits recensés, le fait de permettre la présence de la famille représente un changement de paradigme et confronte les valeurs des infirmières en tant que soignantes, mais également en tant que personnes (Fallis et al., 2008; MacLean et al., 2003). À prime abord, selon la perception de certaines infirmières, cette pratique implique plus de désagréments et de désavantages que de bénéfices (Helmer et al., 2000; Jensen & Kosowan, 2011; Knott & Kee, 2005; McClement et al., 2009; Mian et al., 2007). Ainsi, afin de connaître le vécu des infirmières lors de la présence de la famille dans des situations concrètes, une approche basée sur la phénoménologie descriptive a semblé toute indiquée (Loiselle et al., 2007).

L'analyse des données a permis de dégager l'essence du phénomène, soit de décrire le vécu des infirmières lors de la présence d'un membre de la famille du patient en salle de stabilisation (Holloway & Wheeler, 2010). En effet, lors des entrevues, les participantes ont

eu l'opportunité de se questionner sur la manière dont elles vivaient le phénomène sur les effets physiques et psychologiques qui pouvaient en découler. Elles ont ainsi rapporté leurs perceptions face à cette expérience et, par le fait même, exprimé leur vécu du phénomène.

L'urgence du CSSSC a constitué un milieu favorable afin de mener la recherche car il a permis l'expérimentation de la présence de la famille du patient en salle de stabilisation lors d'une multitude de situations critiques de soins. En effet, le CSSSC est le centre de référence pour sa région socio-sanitaire en plus d'être un centre de traumatologie (CSSSC, 2008). Selon les données recueillies à la lecture des rapports quotidiens des différentes assistantes infirmière chef, environ 43 patients ont été traités hebdomadairement en salle de stabilisation. Ce milieu a donc été propice afin d'être le théâtre de plusieurs situations critiques de soins impliquant la présence de la famille.

L'objectif, lors du recrutement des participantes, était de constituer un échantillon d'au moins 10 infirmières, selon les recommandations habituelles en recherche qualitative, afin d'obtenir la saturation théorique des données (Loiselle et al., 2007). Lors du recrutement, 10 infirmières ont émis le désir de participer, mais seulement huit répondaient aux critères d'inclusion. Aucune relance n'a été effectuée auprès des infirmières pouvant potentiellement participer dans le but de ne faire aucune pression sur ces dernières et afin qu'elles se sentent totalement libres de participer. Cependant, une tierce personne aurait pu être mandatée afin d'effectuer le recrutement ou une affiche de relance aurait pu être produite. Il aurait été intéressant de recruter le nombre de participantes nécessaire afin de valider l'atteinte de la saturation théorique des données. Il importe cependant de préciser qu'un seul nouveau sous-thème a été ajouté lors de l'entrevue de la dernière participante.

Bien que l'échantillon ne soit composé que de huit infirmières, la diversité de celui-ci pourrait représenter un atout dans la profondeur de la description du phénomène. En effet, l'échantillon est constitué de participantes ayant une grande différence d'âge, d'années d'expérience et de nombre de situations vécues impliquant la famille. Par ailleurs, les infirmières recrutées ont vécu la présence de la famille alors qu'elles occupaient différentes fonctions auprès du patient soit infirmière numéro 1, 2 et 3, et trois d'entre elles ont également vécu la présence de la famille en tant qu'assistante infirmière chef. Cette diversité de vécu enrichit la description du phénomène et en permet une image plus détaillée.

La méthode de collecte de données, soit l'entrevue en profondeur, a permis aux participantes de s'exprimer librement à l'aide de questions ouvertes formulées par l'étudiante (Loiselle et al., 2007). Bien que les participantes aient, selon leurs dires, partagé tous les aspects de leur vécu relatif au phénomène, les entrevues ont duré seulement de 30 à 45 minutes, ce qui pourrait sembler trop court pour des entrevues en profondeur. Il est à noter que les infirmières questionnées sont des infirmières travaillant à l'urgence ayant appris à être brèves et concises en toute situation. Toutefois, elles ont toutes exprimé leur vécu avec un débit verbal extrêmement rapide et pratiquement sans interruption. À la fin de chaque entrevue, l'étudiante a validé auprès de chaque participante le fait qu'elle n'ait plus de nouvel objet sur lequel elle désirait s'exprimer. Enfin, lors de la validation des thèmes, les participantes ont également eu à nouveau l'opportunité d'ajouter tout élément dont elles auraient désiré faire part à l'étudiante. Cependant, aucune participante n'a ajouté d'élément lors des deux rencontres de validation.

L'étudiante travaille comme infirmière et occupe un poste d'assistante infirmière chef dans le milieu où s'est déroulée la recherche. Elle connaît bien toutes les participantes, a été impliquée dans la mise en place du protocole favorisant la présence de la famille et vit le phénomène à l'étude au même titre que celles-ci. Il a donc été de la responsabilité de l'étudiante de bien distinguer les différents rôles qu'elle a eu à jouer, soit celui d'infirmière clinicienne assistante infirmière chef vivant des situations de soins impliquant la famille, celui de formatrice auprès des infirmières au sujet du protocole, celui de personne ressource pour la mise en place du protocole, et, enfin, celui de chercheure menant des entrevues et compilant des données afin de mettre en lumière le phénomène vécu.

Bien qu'il soit impossible pour une personne de se dissocier complètement en mettant de côté des parties d'elle-même, il demeure toutefois possible de se positionner différemment selon le rôle à tenir. Par exemple, lors de la réalisation des entrevues, l'étudiante a dû se concentrer sur le vécu des participantes sans commenter leur récit et sans faire état de ses propres expériences. Il a donc été du devoir de l'étudiante de bien camper chacun de ses rôles afin que les participantes reconnaissent son implication au sein de la recherche en cours et distinguent elles aussi les différents comportements de l'étudiante.

De plus, afin que l'étudiante prenne conscience de son propre vécu du phénomène et comme celui-ci aurait pu teinter les résultats, l'utilisation du *bracketing* au moyen d'un journal de bord a revêtu ici une très grande importance. En effet, le *bracketing* a permis à cette dernière de prendre conscience de ses propres idées et perceptions au sujet de la présence de la famille dans le but de les placer mentalement entre parenthèses afin de se concentrer sur le vécu des participantes (Finlay, 2009). Le journal de bord, pour sa part, lui

a permis de prendre des notes en toutes circonstances. Elle a ainsi pu les relire afin de bien distinguer ses émotions de celles des participantes en plus de l'aider à effectuer le *bracketing* nécessaire. Par ailleurs, les données recueillies dans le journal de bord ont permis à l'étudiante de prendre en compte les divers facteurs qui ont pu influencer son analyse en l'aidant à se distancer de son propre vécu afin de demeurer centrée sur celui des participantes. L'étudiante y a aussi inscrit plusieurs notes afin de bien distinguer son vécu d'infirmière et son vécu de chercheure.

Écrire dans le journal de bord lui a ainsi permis de comprendre que, lors de la réalisation des entrevues, elle a éprouvé le désir de rassurer les participantes qui ont émis des inquiétudes et des doutes face à la présence de la famille en salle de stabilisation. Cependant, elle a tenté de demeurer neutre en n'émettant aucune opinion à ce moment alors que son rôle consistait à faire verbaliser les participantes. De plus, l'utilisation du journal de bord a permis à l'étudiante de définir et comprendre les sentiments qu'elle a vécus, lui fournissant ainsi l'opportunité d'interpréter ses réactions et ses états d'esprits relatifs aux commentaires émis par les participantes, mais aussi par les autres infirmières de l'urgence.

Par ailleurs, le fait que l'étudiante connaisse bien toutes les participantes a peut-être influencé le déroulement des entrevues. D'une part, les participantes auraient pu se sentir gênées de verbaliser leur vécu à une collègue de travail malgré l'engagement à la confidentialité et, d'autre part, le lien de confiance déjà établi entre les participantes et l'étudiante aurait pu encourager ces dernières à dévoiler davantage de contenu. Les participantes ont cependant semblé à l'aise de parler librement de leur vécu en verbalisant

non seulement les côtés positifs de celui-ci, mais également leurs craintes, leurs réticences et leurs nombreuses émotions.

Une recension exhaustive des écrits réalisée afin de rédiger le protocole relatif à la présence de la famille en salle de stabilisation et de préparer la formation qui y était associée a été effectuée avant la collecte et l'analyse des données. Cette particularité pourrait avoir teinté la terminologie utilisée dans la formulation des résultats. En effet, plusieurs thèmes et sous-thèmes qui font état des résultats de la présente recherche s'apparentent à ceux retrouvés dans la recension. Cependant, cette similarité pourrait également exprimer l'aspect représentatif de la recherche. Il pourrait être plausible que, pour un même phénomène étudié, les résultats de différentes recherches soient convergents.

Cette recherche a rencontré les critères de rigueur scientifique tels la crédibilité, la confirmabilité, la fiabilité et la transférabilité (Loiselle et al., 2007). Ainsi, la crédibilité a été assurée par la validation des résultats effectuée auprès de chaque participante. Elles ont en effet approuvé le choix de leurs verbatim jugés significatifs en plus de déterminer si les différents thèmes et sous-thèmes étaient représentatifs de leur vécu. La confirmabilité a été assurée par la validation externe des thèmes émergents effectuée par deux chercheuses, soit la directrice et la co-directrice de l'étudiante et grâce à l'utilisation du journal de bord. En effet, la triangulation a été possible puisque la directrice a analysé trois entrevues alors que la co-directrice en a analysé deux. Cette triple analyse a permis la mise en accord des thèmes émergents.

La fiabilité ou l'uniformité des données au fil du temps pour différentes situations a été assurée puisque l'étudiante analysait les données au fur et à mesure de la collecte des

données de la recherche en cours c'est-à-dire que, dès qu'une entrevue était réalisée, celle-ci était retranscrite dans un bref délai par l'étudiante elle-même, puis analysée. Enfin, la description détaillée de l'échantillon, du milieu et des types de situations critiques de soins vécues impliquant la famille permet au lecteur de juger de la transférabilité.

Discussion

À la lumière des résultats, il appert que les données recueillies, malgré la taille relativement modeste de l'échantillon, aient contribué à faire émerger l'essence du phénomène étudié. En effet, par plusieurs aspects, le vécu des participantes de la présente recherche s'apparente à celui d'infirmières ayant été exposées à des conditions similaires et rapporté par de multiples auteurs (Knott & Kee, 2005; McClement et al., 2009; Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007; Miller & Stiles, 2009). Ces recherches ont pour leur part été menées dans différents types d'établissements hospitaliers situés dans des milieux ruraux et urbains, tant aux États-Unis qu'au Canada. Elles ont porté sur le vécu des infirmières de diverses unités de soins critiques tels l'urgence, les soins intensifs et des unités de chirurgie cardiaque.

De manière globale, le vécu exprimé par des infirmières de l'urgence du CSSSC concorde avec les propos rapportés par ces différents auteurs. Il est donc plausible de penser que le phénomène exploré, soit le vécu des infirmières en présence de la famille du patient lors de situations critiques de soins comporte de nombreux éléments communs et ce, peu importe les situations de soins rencontrées, le milieu de soins, le pays, la région ou la ville. Il s'agit là d'un constat qui fait état de l'unicité du phénomène à travers la complexité

des propos rapportés par différentes cohortes d'infirmières. La section qui suit aborde la discussion à la lumière des thèmes qui ont émergé dans le chapitre des résultats, en lien avec la recension des écrits.

Avantages de la présence de la famille

Être sensibilisées aux avantages que représente la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation constitue l'élément dominant qui ressort des récits des participantes. En effet, il représente le thème le plus souvent abordé par ces dernières, en plus de tenir lieu de fil conducteur à l'intérieur des entrevues de chacune d'elles. Il est légitime de s'interroger sur les raisons pour lesquelles les participantes, alors qu'elles étaient invitées à relater leur vécu en ce qui concerne la présence de la famille du patient en salle de stabilisation, en sont venues spontanément à parler des avantages de cette pratique. Il peut s'agir ici d'un biais de désirabilité sociale. En effet, les participantes ont dû relater leur vécu à la même personne qui a rédigé et mis en place le protocole favorisant la présence de la famille en salle de stabilisation à l'urgence. Il est ainsi possible qu'elles aient été désireuses, consciemment ou non, de rapporter les aspects positifs de cette pratique afin de faire plaisir à l'étudiante qui s'avère être aussi leur collègue.

Néanmoins, les infirmières questionnées dans trois types de recherches, deux études qualitatives descriptives (Lowry, 2012; Meyers et al., 2000), une enquête (Mian et al., 2007) et une recherche phénoménologique (Miller & Stiles, 2009), ont elles aussi rapporté les avantages de la présence de la famille. Il serait ainsi plausible de conclure qu'un des éléments relatifs au vécu des infirmières en présence de la famille lors de situations

critiques de soins se rapporte au fait d'être sensibilisées aux divers avantages de cette pratique.

De plus, les résultats de nombreuses études ont eux aussi rapporté les avantages qu'en retirent la famille, le patient de même que l'équipe soignante (Badir & Sepit, 2007; Davidson et al., 2007; Fallis et al., 2008; Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007). Les lignes suivantes abordent comment ces résultats sont corroborés en tous points par les participantes à cette recherche et font état des avantages pour le patient, la famille et l'équipe soignante.

Avantages pour la famille

Selon les participantes, le fait de répondre au besoin de proximité de la famille lui offre plusieurs avantages et ceux-ci sont largement recensés comme tels dans les écrits, notamment par Badir et Sepit (2007), Fallis et al. (2008), Meyers et al. (2000) et Mian et al. (2007). Tout d'abord, les participantes ont remarqué que les familles demandent à être présentes afin de demeurer auprès du patient et ce, peu importe la situation. Elles ont de plus affirmé que les membres de la famille avaient leur place en salle de stabilisation et semblaient apprécier l'opportunité qui leur était offerte. Ces résultats abondent dans le même sens que les données recueillies dans les études de Maxwell et al. (2007), Meyers et al. (2000) et Mian et al. (2007) qui soutiennent que la famille veut être au chevet du patient et en émet le désir et ce, même si ce dernier est dans un état critique (McClement et al., 2009; Redley et al., 2003).

Mian et al. (2007) ont également affirmé que les membres de la famille du patient réitéreraient l'expérience si la situation se présentait à nouveau. Lors de la collecte des données, cet aspect a notamment été abordé par une participante. Elle a en effet validé auprès de la conjointe d'un patient à savoir si elle désirerait être présente à nouveau lors des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire, question à laquelle cette personne a répondu par l'affirmative sans hésiter. Cette participante désirait valider par elle-même si la famille apprécie réellement être auprès du patient en salle de stabilisation.

Malgré la connaissance de données probantes et la perception du bien fondé de la présence de la famille en salle de stabilisation, il semble parfois nécessaire pour l'infirmière de valider auprès des proches comment ils ont vécu la situation. Cette attitude souligne la préoccupation profonde de l'infirmière à l'égard du bien-être de la famille.

Les participantes ont également constaté que, lorsque les membres de la famille sont présents, ils se sentent rassurés et éprouvent moins de stress et d'anxiété, ce que rapportent également Cluckey et al. (2009). De nombreux avantages peuvent découler de cette situation. Ainsi, il peut s'avérer plus facile pour la famille de gérer la situation de crise (Davidson, 2009), d'envisager la situation avec lucidité (Meyers et al., 2000) et, de ce fait, de collaborer activement aux décisions de soins (ENA, 2007; Griffin, 2003).

Selon les répondantes, demeurer au chevet du patient permet aussi à la famille de s'assurer que tous les soins nécessaires lui ont été procurés et de constater que l'équipe soignante s'occupe bien du patient. Ce constat provoque des effets positifs chez les membres de la famille et cette position est constante dans les écrits (Clukey et al., 2009; Egging et al., 2011; Meyers et al., 2000). De plus, peu importe l'issue et la finalité de

l'épisode de soins, les membres de la famille réalisent qu'aucun effort n'a été ménagé (Lowry, 2012; Meyers et al., 2000). Tous ces facteurs se retrouvent dans les entrevues des participantes. Un témoignage est particulièrement évocateur de cet aspect. Dans ce dernier, les parents d'un jeune patient ont pu constater de visu que l'état précaire de leur enfant ne résultait pas d'un manque de soins puisqu'ils étaient demeurés auprès de lui et avaient été témoins de tous les efforts déployés par l'équipe soignante.

Les participantes ont ressenti un plus grand niveau de confiance de la part de la famille à leur endroit lorsque celle-ci était présente en salle de stabilisation. Cet aspect est également relaté dans l'étude de Clukey et al. (2009) qui affirment que la famille apprécie pouvoir alors constater les habiletés multiples des infirmières et être témoin de leur professionnalisme lors de la prestation des soins (Clukey et al., 2009). Ainsi, comme l'équipe soignante répond à son besoin de proximité, qu'elle se sent rassurée et qu'elle a la certitude que le patient reçoit tous les soins nécessaires, il semble que la famille éprouve alors davantage de confiance envers les professionnels.

Les participantes ont aussi rapporté que la famille paraît être mieux informée de l'état du patient lorsqu'elle assiste à l'épisode critique de soins en salle de stabilisation. En effet, les membres de la famille ont besoin de connaître l'état réel du patient et désirent bénéficier d'un contact direct avec l'équipe soignante (Maxwell et al., 2007). Elles ont de plus affirmé que la famille est renseignée au fur et à mesure de l'évolution de l'état du patient, ce qui devrait lui assurer une meilleure rétention de l'information. La présence de la famille favorise donc les échanges entre cette dernière et les membres de l'équipe soignante et ce, en temps réel.

Pour les participantes, la présence des membres de la famille aide ces derniers à prendre pleinement conscience de la situation. Elles expriment en effet que les membres de la famille peuvent constater soit la gravité de la situation ou, au contraire, l'état relativement stable du patient. Ce fait est également relaté par Meyers et al. (2000) et Knott et Kee (2005) qui allèguent que la famille prend conscience de l'état de la situation du fait qu'elle peut y assister. En effet, il s'avère plus aisé pour la famille de concevoir et de réaliser la situation lorsqu'elle voit le patient et constate les soins qui lui sont administrés. De plus, tout comme le suggèrent les participantes de la présente étude, être témoin d'une réanimation cardio-respiratoire permet à la famille de concevoir le niveau de soins élevé que requiert une telle situation (Knott & Kee, 2005).

Par ailleurs, être mieux informée au sujet de l'état du patient et réaliser davantage la situation contribue grandement à aider la famille dans sa participation à la prise de décisions relatives aux soins à administrer au patient et ce, dans le meilleur intérêt de ce dernier. Une participante a d'ailleurs rapporté que la présence d'un membre de la famille avait contribué à la compréhension de ce dernier relativement à la décision de son proche ayant demandé la cessation des traitements alors que la famille désirait les poursuivre. La présence de la famille semble donc non seulement faciliter la transmission aux proches des volontés du patient, mais également les inciter à les respecter.

Les membres de la famille se sentent utiles lorsqu'ils sont à même d'offrir du soutien au patient (ENA, 2007; Meyers et al., 2000). Les propos recueillis dans cette étude abondent dans le même sens. En effet, selon les participantes, la famille n'agit pas seulement en tant que spectateur; elle a également son rôle à jouer dans l'épisode de soins

(ENA, 2007; Henneman & Cardin, 2002). Lorsque la famille n'a pas la possibilité d'être au chevet du patient, elle peut se sentir impuissante et vivre un stress considérable du fait de n'avoir aucun contrôle sur la situation (Davidson et al., 2007; Maxwell et al., 2007).

La présence de la famille lui donne également l'opportunité de faire ses adieux à leur proche lorsque la situation devient irréversible, tel que relaté lors du témoignage d'une participante et appuyé par les travaux Meyers et al. (2000). En effet, la fin de vie est un moment particulier où chaque personne désire généralement être entourée du réconfort et de l'amour de ses proches. Cette expérience de non retour exige des moments d'intimité qu'il est essentiel de privilégier.

La présence de la famille en salle de stabilisation semble donc répondre à ses différents besoins physique, psychologique et émotionnel, en plus de présenter un moyen favorable afin d'optimiser son processus d'adaptation à la situation de crise. Toutes les participantes ont d'ailleurs relaté les nombreux avantages qu'elles ont perçus face à cette pratique. Qu'il s'agisse d'un biais de désirabilité sociale ou non, les résultats de cette étude vont dans le même sens que ceux des différentes recherches présentées en ce qui concerne les avantages de la présence de la famille en situation critique de soins.

Il importe toutefois de souligner qu'aucune des informations recueillies dans la présente recherche ne provient de proches et les avantages pour la famille recensés ici sont issus de la perception des participantes. Elles semblent cependant constater les mêmes bénéfices que ceux rapportés par plusieurs familles ayant été présentes au chevet de leur proche en situation critique de soins (Gavaghan & Carroll, 2002; Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007). Ainsi, bien qu'il semble que, parfois, les infirmières ne soient pas conscientes

des besoins réels de la famille et du patient ou en sous-estiment l'importance (Davidson, 2009; Fisher et al., 2008), les propos des infirmières interrogées lors de cette étude expriment une préoccupation profonde de répondre aux besoins de la famille.

Avantage pour le patient

Les participantes ont fait remarquer qu'il semble important pour le patient de pouvoir bénéficier d'une présence familière à proximité et ce dernier semble la distinguer d'une présence étrangère. Il démontre moins d'anxiété et d'agitation lorsqu'une personne significative se trouve à ses côtés. Ces résultats corroborent ceux de différents auteurs qui affirment que la famille peut assurer un soutien physique et moral au patient, en plus de lui offrir du réconfort (McClement et al., 2009; Meyers et al., 2000). De plus, le soutien provenant de la famille est profitable au patient car il sait que quelqu'un veille sur lui et il se sent ainsi appuyé et apaisé (Ardley, 2003; Hupcey, 2001; Mian et al., 2007).

Un témoignage est particulièrement éloquent à ce sujet, soit celui d'une participante relatant un épisode où un jeune patient présentant un important traumatisme crânien démontrait beaucoup d'anxiété et d'agitation. À ce moment, il était très difficile pour le personnel soignant de rassurer le patient et de lui administrer les soins nécessaires. Lorsque ses parents sont arrivés auprès de lui, il s'est instantanément calmé, permettant ainsi à l'équipe soignante de procéder avec diligence. C'est dire que malgré les nombreuses interventions infirmières visant à rassurer le patient et à lui offrir du soutien, il s'avère essentiel pour ce dernier qu'il puisse également bénéficier de celui de sa famille. Sans rien enlever aux interventions infirmières, bien souvent, elles ne suffisent pas à reconforter

complètement le patient qui a besoin d'une présence familiale afin de diminuer son stress et son anxiété. Enfin, le soutien provenant de la famille influence positivement la réponse au traitement du patient (ENA, 2007).

Avantages pour l'équipe soignante

La présence de la famille permet à l'équipe soignante de lui communiquer des informations sans devoir quitter le chevet du patient, ce qui facilite sa tâche. Ainsi, la présence de la famille auprès du patient en salle de stabilisation permet à l'équipe d'expliquer l'état du patient en même temps que les soins sont prodigués, assurant ainsi un meilleur suivi à la famille et facilitant les échanges avec cette dernière (Hodge & Marshall, 2009; McGahey, 2002; Meyers et al., 2000). De plus, les infirmières et les médecins semblent davantage encouragés à communiquer avec la famille lorsqu'elle se trouve près d'eux que lorsqu'elle est reléguée dans une salle adjacente à la salle de stabilisation. Il semble en effet que le nombre d'échanges entre les membres de l'équipe soignante et la famille ait été nettement supérieur lorsque cette dernière était au chevet du patient. Ce constat n'a pas été rapporté lors des entrevues mais découle des observations de l'étudiante lorsqu'elle a agi à titre d'assistante infirmière chef et ne s'appuie sur aucune donnée statistique. Il avait été consigné au journal de bord.

Selon les participantes, la famille exprime davantage de reconnaissance envers l'équipe soignante lorsqu'elle a eu l'opportunité d'assister à l'épisode critique de soins. Toujours selon ces dernières, excluant les situations vécues en salle de stabilisation, il est généralement rare que les familles qui accompagnent les patients expriment des

remerciements à l'équipe soignante. Cependant, lorsque la famille est présente en salle de stabilisation, elle démontre largement sa reconnaissance et remercie l'équipe pour les bons soins reçus. La présence de la famille auprès du patient semble donc représenter un contexte propice afin que les membres de la famille expriment leur reconnaissance envers les infirmières et l'équipe soignante. Les infirmières interrogées dans l'étude de Miller et Stiles (2009) ont elles aussi rapporté cet aspect, en plus du fait que la reconnaissance provenant de la famille améliore le sentiment de compétence chez les infirmières (Miller & Stiles, 2009). Ce dernier aspect n'a toutefois pas été relevé dans les propos des participantes de cette étude.

Effets de la présence de la famille chez l'infirmière

Le deuxième thème émergent des entrevues aborde les effets de la présence de la famille chez l'infirmière. Les participantes ont ainsi rapporté ressentir davantage d'émotions et de sentiments, éprouver des réactions psychologiques et réaliser certaines prises de conscience. Par ailleurs, les participantes perçoivent également que la présence de la famille amène des changements d'attitudes chez l'infirmière.

Sentiments et émotions

Tous les verbatim rapportés dans le chapitre des résultats semblent empreints d'une charge émotive importante. Les situations critiques de soins vécues par les participantes ont amené ces dernières à ressentir de multiples émotions et sentiments, dont l'empathie et la sympathie. Une participante a en effet expliqué qu'elle est empathique envers le patient en

toute situation, mais plus encore lorsque sa famille est à son chevet. Il est toutefois possible de questionner les origines de ce surcroît d'empathie et de sympathie. Soit les infirmières désirent bien paraître devant les membres de la famille, soit elles réalisent davantage l'ampleur de la situation, ce qui génère ces sentiments.

Les participantes ont également admis éprouver de la tristesse pour les patients et leur famille en plus de se sentir touchées par les situations que vivent ces derniers. Il appert que la présence de la famille concède une certaine humanisation à la situation critique de soins, transformant ainsi l'expérience vécue par les infirmières. En effet, il semble que cette dimension soit beaucoup moins présente lorsque le patient n'est pas accompagné par un proche en salle de stabilisation.

Les participantes ont également expérimenté un malaise et un embarras vis-à-vis ces situations. Tout d'abord, elles se sont senties regardées et observées et ont ressenti un inconfort face à cette nouvelle pratique, particulièrement lors de leurs premières expériences. Ce dernier a toutefois semblé s'estomper au fur et à mesure que les infirmières s'habituèrent à la présence de la famille en salle de stabilisation. Elles ont aussi vécu un embarras lorsqu'elles ont été témoins d'instantanés d'intimité vécus entre le patient et sa famille. En effet, il est plutôt inhabituel d'assister à des moments de tendresse entre des personnes inconnues et dans un contexte de soins aigus. L'infirmière peut alors associer sa présence à du voyeurisme et douter de la pertinence d'assister à ces rapprochements.

Les participantes ont parfois éprouvé de l'impuissance vis-à-vis des familles qui espéraient le rétablissement du patient dans un contexte où il y avait peu d'éventualités que cela se produise. Elles ont aussi été conscientes de la tristesse et de la douleur

qu'éprouverait alors la famille lorsque l'espoir aurait disparu et que celle-ci ferait face à la perte d'un être cher.

Cependant, il est possible que ce sentiment d'impuissance ait également été présent chez les infirmières avant la mise en place du protocole favorisant la présence de la famille en salle de stabilisation, puisque des patients y décèdent régulièrement. Il est même possible de croire que ce sentiment d'impuissance, bien que présent, soit adouci par le sentiment de satisfaction qu'éprouvent également les participantes lorsqu'elles favorisent la présence de la famille. L'une d'entre elles s'est d'ailleurs exprimée en ce sens, affirmant que le fait de faire quelque chose pour la famille lui laissait au moins l'impression de ne pas avoir échoué partout, advenant le décès du patient.

Lors des entrevues, la totalité des répondantes a admis vivre de la satisfaction d'une part, en ayant favorisé la présence de la famille et, d'autre part, en lui ayant fourni du soutien. Elles ont ainsi éprouvé le sentiment d'avoir agi au mieux dans la situation, ce qu'ont également révélé les infirmières de l'étude de Miller et Stiles (2009). Ces infirmières ont en effet ressenti de la satisfaction en établissant un lien avec les familles et en influençant positivement l'expérience de la famille de la situation de crise. Une participante s'est d'ailleurs exprimée ainsi "*feeling good to have given them that moment*" (Miller & Stiles, 2009, p.1435).

Il est possible de présumer que les infirmières qui ressentent de la satisfaction lorsqu'elles vivent la présence de la famille auront tendance à répéter cette expérience. En effet, puisque les participantes verbalisent avoir agi au mieux dans la situation, avoir contribué au bien-être de la famille et exploité toutes les dimensions de leur pratique, elles

se disent satisfaites d'avoir pris cette décision. Elles croient par ailleurs avoir contribué positivement au cheminement de la famille dans son adaptation à la situation de crise et ce sentiment devrait fort probablement les pousser à inviter de nouveau la famille en salle de stabilisation.

Réactions psychologiques

Vivre de nouvelles situations telles la présence de la famille du patient en salle de stabilisation amène les infirmières à présenter différentes réactions psychologiques et, selon plusieurs d'entre elles, celles-ci sont influencées par leur vécu personnel et leurs expériences antérieures. Ce constat, bien que ne se retrouvant pas dans les écrits relatifs à la présence de la famille en salle de stabilisation, s'avère toutefois peu surprenant compte tenu que toute personne appréhende les situations quotidiennes à la lumière du référentiel que constitue son expérience globale d'être humain. Ainsi, Chalifour (1999) soutient que « Au cours de son développement, la personne acquiert progressivement une perception subjective d'elle-même qui aura un effet déterminant sur ses motivations et ses comportements » (p. 49). De plus, la personne vit son expérience au monde à travers trois dimensions, soit cognitive, affective et physiologique, à travers lesquelles elle « enregistre les différentes stimulations et les décode en fonction de leurs impacts potentiels sur sa survie » (Mongeau & Tremblay, 2002, p.130).

Lors de la présence de la famille en salle de stabilisation, deux participantes ont fait de la résurgence. Il s'agit par ailleurs des deux participantes ayant vécu le plus grand nombre de situations impliquant la famille. En se remémorant une situation où la famille

n'avait pas été invitée, et ce à une période antérieure à l'implantation du protocole, elles ont en effet questionné leur pratique de l'époque quant au fait d'avoir laissé la famille à l'écart. À ce propos, les participantes ont exprimé que, dorénavant, elles inviteraient la famille si la même situation se présentait.

La première est persuadée qu'il aurait été bénéfique, voire même essentiel pour les membres de la famille, qu'ils soient présents lors des dernières minutes de vie de leur enfant. Cette participante affirme même avoir eu l'impression de voler ce moment aux parents, alors qu'ils auraient dû être présents auprès de leur enfant en fin de vie. La seconde participante se questionne à savoir si la présence de la famille aurait contribué à offrir du réconfort au patient dans une situation difficile. Elle s'interroge également quant aux bénéfices qu'aurait retiré le personnel soignant d'offrir du soutien à la famille. Ce sous-thème consolide le fait que vivre plusieurs situations critiques de soins impliquant la famille peut faire prendre conscience de l'importance de cette pratique, tel que les résultats l'indiquent.

Les participantes ont également rapporté faire de la transposition, c'est-à-dire qu'elles ont tendance à ramener la situation à l'échelle de leur propre famille. En effet, elles semblent éprouver beaucoup de compassion pour les familles et les patients et toutes se sont questionnées à savoir : «Et si c'était moi, mon père, ma mère, mon enfant... voudraient-ils être présents ou désireraient-ils avoir un proche à leurs côtés s'ils étaient dans un état critique?». Elles réalisent alors qu'il importe d'offrir la possibilité à la famille d'être présente. Elles comprennent également que la famille veut demeurer auprès du patient et ce constat semble les aider à mieux accepter sa présence. Faire de la transposition s'avère ainsi

un argument de poids en faveur de la présence de la famille. Cependant, ce constat n'apparaît pas dans les recherches consultées et semble unique à cette étude.

Certaines participantes ont éprouvé une forme de détachement face aux situations impliquant la famille. Une partie d'entre elles ont mentionné être conscientes de la situation difficile vécue par la famille sans pour autant vivre d'intenses émotions. Elles disent ressentir certains sentiments sans en être pour autant très affectées. D'autres participantes ont par ailleurs affirmé que, bien qu'elles vivent beaucoup de sentiments et d'émotions et se sentent particulièrement touchées par ces situations, elles ne les ressassent pas sur une longue période. Elles sont ainsi capables de gérer les sentiments et émotions vécus et de s'en détacher par la suite. Des résultats similaires n'ont été retrouvés dans aucune des études recensées.

Tel que rapporté précédemment, les situations critiques de soins impliquant la famille du patient génèrent des émotions supplémentaires chez les intervenants. Lorsque certaines participantes se sont vues particulièrement touchées par une situation, elles ont détourné leur attention vers les tâches techniques à effectuer. Elles ont tenté de ne pas se laisser submerger par le flot d'émotions que leur procurait la vision de la dynamique familiale. Toutefois, tel que présenté dans les résultats au sous-thème des prises de conscience, les participantes n'ont pas adopté une attitude fermée envers la famille. En effet, bien qu'elles aient centré leurs pensées sur les soins techniques à réaliser, elles ont tout de même adopté une attitude compatissante en regardant à l'occasion la famille et en lui souriant. Elles ont conservé le souci d'être ouvertes et disponibles pour cette dernière afin de lui offrir du soutien au besoin.

Il appert ici encore que les participantes voient le positif de la présence de la famille alors qu'elles développent des stratégies afin de vivre plus aisément cette présence. Une participante a en effet exprimé qu'il serait plus facile de ne jamais intégrer la famille et de n'avoir aucun contact avec elle. Elle croit cependant que les bienfaits de cette pratique en supplantent les inconvénients. Certaines participantes développent donc des tactiques afin de se détacher de l'image qui leur procure de la tristesse en se concentrant sur les différentes tâches à effectuer.

Bien que les répondantes de l'étude de Stayt (2009) pratiquent dans les milieux des soins intensifs, leur vécu s'apparente à celui des infirmières de la présente étude, au sens où elles utilisent également une stratégie d'adaptation, bien que celle-ci soit différente, soit de l'évitement. En effet, celles-ci ont rapporté vouloir se protéger psychologiquement en adoptant une attitude renfermée et en se déroband délibérément aux contacts visuels et verbaux avec la famille. Elles évitent ainsi de s'impliquer émotionnellement lors des situations critiques de soins afin de ne pas vivre la détresse des autres.

Les participantes ont également expliqué devoir demeurer en contrôle de leurs émotions. Elles ont rapporté en effet qu'il leur apparaissait normal de vivre des émotions et des sentiments en lien avec les situations vécues, mais ont affirmé également qu'elles devaient savoir se contrôler. Il s'avère naturel qu'en tant qu'être humain, les participantes se sentent touchées lorsqu'elles sont témoins de la souffrance des autres. Cependant, il est de leur devoir professionnel, particulièrement en contexte de salle de stabilisation à l'urgence, d'être capables de conserver leur sang-froid en toute situation. C'est en partie dans ce but et pour cette raison que les participantes ont exprimé vivre une forme de détachement et

détourner leur attention vers les tâches à effectuer. Elles se doivent en effet de demeurer professionnelles et d'être opérationnelles et ce, peu importe ce qui peut se passer autour d'elles.

La moitié des participantes a éprouvé davantage de stress en présence de la famille. Ce stress est dû, entre autres, au fait de se sentir observées par la famille, de vivre une nouvelle expérience et de désirer performer. Les répondantes des études de Helmer et al. (2000), de Knott et Kee (2005) et de Mian et al. (2007), dont certaines ont expérimenté la présence et d'autres pas, ont également partagé le fait qu'elles craignaient que vivre un stress supplémentaire en présence de la famille porte atteinte à la prestation des soins au patient.

Alors que les résultats de la présente étude soulignent que la présence de la famille peut causer un stress supplémentaire aux infirmières, ces dernières affirment cependant que ce stress n'a influencé en rien le déroulement de l'épisode critique de soins, ne nuisant aucunement à leur concentration ou à leur capacité d'exécuter les interventions nécessaires. Bien qu'une participante ait soulevé une situation qu'elle a qualifiée de «salle de panique», dans les faits rapportés par cette même participante, tous les soins ont été donnés au patient malgré le stress supplémentaire vécu par l'équipe en place.

Prises de conscience

La présence de la famille a contribué à de nombreuses prises de conscience de la part des infirmières et toutes en ont réalisé l'importance. Elles ont ainsi constaté qu'un épisode critique de soins impliquait bien plus qu'un patient présentant un état de santé précaire. Les

infirmières questionnées dans trois recherches (Knott & Kee, 2005; Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007) ont verbalisé que la famille avait sa place auprès du patient lors de situations critiques de soins. Tout comme ces infirmières, les participantes de la présente étude ont toutes formulé différents commentaires portant sur l'importance de la présence de la famille. En effet, les participantes ont émis plusieurs énoncés significatifs à ce sujet et ce sous-thème est récurrent tout au long de leurs entrevues.

Ainsi, plus les infirmières vivent des situations critiques de soins en présence de la famille, plus elles y voient une expérience positive et en discernent les avantages, ce qui confirme les résultats de l'étude de Feagan et Fisher (2011). De fait, les participantes ayant vécu plusieurs situations impliquant la famille ont émis très peu de craintes comparativement à celles en ayant vécu moins. De plus, une participante a même dit que plus elle intégrait la famille, plus elle y voyait des avantages. Il semble donc que les bienfaits se font sentir avec la pratique et qu'il importe de persévérer en ce sens.

Bien que toutes les participantes croient en l'importance de la présence de la famille, certaines se questionnent tout de même à savoir s'il est vraiment bénéfique pour celle-ci d'assister à un épisode critique de soins, particulièrement lorsque le patient présente un état physique altéré ou lors de procédures invasives telles l'intubation endotrachéale. Elles craignent en effet que les membres de la famille vivent un stress post traumatique. Ainsi, une participante croit qu'il n'est pas approprié pour des parents d'assister à l'intubation endotrachéale de leur enfant, alors qu'une autre craint que les membres de la famille conservent comme dernier souvenir de leur proche l'image impressionnante des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire. Enfin, quelques participantes croient que l'aspect

physique d'un patient polytraumatisé n'est pas adéquat visuellement pour les membres de sa famille. Ces allégations reflètent essentiellement l'opinion des infirmières questionnées dans plusieurs études recensées, qu'elles aient ou non vécu l'expérience de la présence de la famille (Helmer et al., 2000; Knott & Kee, 2005; Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007; Miller & Stiles, 2009).

Cependant, il importe ici de rappeler que les résultats des recherches de Meyers et al. (2000), de Pasquale et al. (2010) et de Robinson et al. (1998), après avoir interrogé des proches, ont toutes trois rapporté que les familles assistant à un épisode critique de soins n'éprouvaient pas de stress post traumatique ou d'anxiété relativement au fait d'avoir été témoin de ces situations. De plus, aucune répercussion psychologique négative à court ou à long terme n'a été manifestée par ces dernières (Meyers et al., 2000; Pasquale et al., 2010; Robinson et al., 1998).

Les participantes de la présente étude éprouvent également de l'ambivalence entre leur désir de favoriser la présence de la famille et leur crainte de ses possibles effets. Elles disent concevoir que cette pratique soit bénéfique pour la famille, mais, du même souffle, affirment ne pas pouvoir valider concrètement si cette pratique est réellement avantageuse à long terme pour celle-ci. Ainsi, une participante a ressenti le besoin pressant de valider auprès de la conjointe d'un patient si elle avait tiré avantage de sa présence lors des manœuvres de réanimation effectuées auprès de son mari. Il semble que cette information était essentielle afin de lui confirmer qu'elle agissait au mieux en favorisant la présence de la famille. Les infirmières de l'étude de Miller et Stiles (2009) éprouvent elles aussi cette ambivalence.

Par ailleurs, les résultats des recherches de Feagan et Fisher (2011) et de Mian et al. (2007) ont démontré que les infirmières émettent moins de réticences et de craintes après avoir expérimenté la présence de la famille lors de situations concrètes, que celles qui n'ont jamais vécu la situation. En effet, celles-ci se forment une opinion quant aux avantages et aux inconvénients de la présence de la famille en salle de stabilisation. Cette opinion est teintée de leurs croyances, de leurs craintes et de leurs inquiétudes et se fonde rarement sur des données probantes ou des faits réels. Toutefois, au fur et à mesure qu'elles sont amenées à vivre une telle situation, elles modifient leur impression positivement et tendent à répéter l'expérience.

Après avoir vécu la présence de la famille, la vision qu'ont les participantes du patient s'est également largement modifiée. Au lieu de le percevoir comme un diagnostic ou un problème à traiter, elles le voient dorénavant essentiellement comme une personne. De ce fait, l'équipe soignante semble plus empathique envers lui en se préoccupant davantage de ses besoins psychologiques et émotionnels. C'est aussi le point de vue de Meyers et al. (2000) qui ont rapporté que la présence de la famille rappelle à l'équipe soignante que le patient est une personne et que ce changement de perspective est bénéfique à leur pratique.

Lorsque la famille est absente, certaines infirmières effectuent une forme de chosification et de déshumanisation du patient. Ainsi, une participante a même utilisé l'analogie d'un ordinateur en réparation. Toujours à ce propos, une autre participante a exprimé qu'en salle de stabilisation, le patient peut même devenir un simple morceau de viande à soigner. Ces termes expriment bien à quel point la dépersonnalisation est parfois importante, même involontairement. Il est aussi possible de faire le lien entre la

chosification du patient et le fait que, bien souvent, en situations critiques de soins, les soignants se préoccupent seulement de l'aspect physique. L'infirmière peut alors adopter une attitude plus détachée envers ce dernier s'il représente davantage une pathologie à traiter qu'une personne à soigner (Grebot, 2010). La présence de la famille s'avère donc bénéfique à ce propos alors qu'elle force l'équipe soignante à considérer le patient comme une personne, l'incitant à lui prodiguer des soins répondant tant à ses besoins physiques que psychologiques.

Pour les participantes, vivre quotidiennement des situations critiques de soins en salle de stabilisation s'avère normal et, à la limite, routinier. Cependant, suite à l'expérimentation de la présence d'un membre de la famille, ces épisodes ne sont désormais plus perçus comme tels, puisque les participantes saisissent le caractère unique de chaque situation et qu'elles comprennent dès lors la situation de crise vécue par la famille et le patient. Selon leurs dires, cette prise de conscience amène les infirmières à rééquilibrer leur perception de la situation et à en considérer la gravité pour les personnes qui la vivent. Les études de Davidson et al. (2007) et de Miracle (2006) rapportent également que la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation a permis aux participantes de réaliser qu'en situation critique de soins, la famille vit beaucoup de stress et d'anxiété. La famille peut également se sentir inquiète et impuissante (Stayt, 2009) et, pour les personnes touchées, il s'agit effectivement d'un événement tragique représentant une situation de crise (Davidson, 2009; Stayt, 2009).

De plus, la famille a besoin de se sentir appuyée lors des situations de crise telles qu'elle les vit en situation critique de soins (Leske, 2002; Maxwell et al., 2007). Toutefois,

afin d'offrir ce soutien, l'infirmière doit être consciente de ce besoin. La présence d'un membre de la famille a ainsi permis aux participantes de réaliser, dans un premier temps, que la famille a indéniablement besoin de soutien et, dans un second temps, qu'elles sont en mesure de l'assurer. En plus de prendre conscience qu'elles peuvent combler un besoin éprouvé par la famille, les participantes en ont verbalisé le désir. Il en va de même pour les répondantes de l'étude de Miller et Stiles (2009) qui considèrent qu'elles peuvent faire la différence pour la famille en lui offrant du soutien lors de cette étape difficile.

Il est ainsi possible de croire que la présence de la famille augmente les interventions infirmières effectuées auprès de cette dernière. En effet, lorsque la famille attend dans la salle des familles, elle n'entre généralement en relation qu'avec l'assistante infirmière chef et le médecin. Toutefois, lorsqu'elle est présente en salle de stabilisation, pratiquement toutes les infirmières sur place se préoccupent d'entrer en contact avec elle afin de lui offrir du soutien. Certaines infirmières ne font que lui sourire alors que d'autres entrent en communication directe avec elle, que ce soit verbalement ou par le toucher. Bien que ces infirmières démontrent différents degrés d'interaction, ces attitudes semblent tout de même grandement contribuer au sentiment d'être épaulée que la famille paraît éprouver dans ces circonstances.

Suite à leur prise de conscience du besoin de soutien qu'éprouve la famille, les participantes ont également reconnu la nécessité d'intégrer la famille à l'épisode critique de soins. Elles ont en effet révélé qu'il importe d'intégrer la famille en lui permettant d'être présente en salle de stabilisation en plus d'encourager sa participation. Cette dernière s'effectue d'une part, lorsque la famille offre du soutien et du réconfort au patient et, d'autre

part, lorsque l'équipe soignante lui démontre de la considération dans son rôle d'aidant et de soignant envers le patient. Ce thème est notamment formulé dans l'étude de Miller et Stiles (2009) alors que les infirmières interrogées évoquent l'importance de la participation de la famille dans les soins au patient. Ainsi, il est primordial que la famille n'agisse pas seulement en tant que spectateur mais bien qu'elle fasse partie intégrante de l'épisode de soins (ENA, 2007; Henneman & Cardin, 2002).

Parallèlement, les milieux pédiatriques sont en général plus ouverts à la présence de la famille lors d'épisodes critiques de soins (Miller & Stiles, 2009). Il en va de même pour les participantes qui affirment intégrer plus facilement les parents lorsque ce sont des enfants qui sont présents en salle de stabilisation; pour elles, cette inclusion s'effectue alors naturellement. Elles soutiennent également que la présence des parents d'enfants semble davantage acceptée par tous les intervenants. Il y a lieu de penser que les participantes et le personnel soignant en général sont plus empathiques envers les parents d'enfants en bas âge qu'envers les personnes ayant d'autres types de liens familiaux. Il est possible en effet que le caractère vulnérable d'un enfant affecte davantage les soignants et que ceux-ci se montrent alors plus ouverts à la présence des parents. Il serait également plausible, selon les verbatim analysés, que la présence des parents soit davantage acceptée parce qu'ils assurent une fonction "instrumentale", soit tenir l'enfant, ou encore parce qu'ils le calment, facilitant ainsi la réalisation de la procédure.

Enfin, une participante exprime sa crainte concernant les possibles répercussions psychologiques négatives sur les infirmières relativement au fait de vivre constamment des

situations à risque de les bouleverser émotionnellement. Elle considère en effet que le soutien psychologique disponible pour ces dernières est insuffisant.

Cette participante appuie ses dires en comparant le soutien offert aux infirmières à celui qu'elle croit être fourni aux ambulanciers, aux pompiers et aux policiers lorsqu'ils vivent des situations potentiellement traumatisantes. Selon elle, ils doivent alors rencontrer un psychologue rapidement afin d'être évalués par ce dernier et sont souvent retirés immédiatement de leur travail. Elle explique aussi que l'infirmière, de son côté, doit poursuivre son travail, peu importe ce dont elle est témoin et qu'elle doit, par la suite, de son propre chef, faire des démarches en cas de besoin de soutien. Il importe toutefois de souligner que, tout au long de l'étude, les participantes pouvaient bénéficier d'un service de soutien psychologique offert par l'équipe de travailleurs sociaux et qu'aucune d'elles ne s'en est prévalu, pour des raisons qui pourraient être nombreuses et variées mais qui n'ont pas été documentées ici.

Par ailleurs, la plupart des participantes se disent détachées du vécu des familles malgré qu'elles y soient sensibles, ce qui singularise d'autant cette demande de soutien. Toutefois, comme le phénomène est vécu de façon unique par chacune des personnes et que celui-ci est profondément teinté de leurs propres expériences, tant personnelles que professionnelles, une demande de soutien supplémentaire s'avère justifiée lorsque l'infirmière en éprouve le besoin.

Changements d'attitude

Les participantes ont communiqué avoir un comportement différent en présence de la famille, notamment être moins naturelles, demeurer plus sérieuses et démontrer davantage de respect envers le patient; cette situation est également rapportée dans plusieurs études recensées (Davidson et al., 2007; Hodge & Marshall, 2009; McGahey, 2002; Meyers et al., 2000).

En effet, suite à leur recherche, Meyers et al. (2000) ont constaté que les intervenants manifestaient davantage de sérieux dans leur comportement et arboraient une attitude plus respectueuse envers le patient lorsque la famille était présente. Les comportements des professionnels s'avéraient donc plus appropriés en présence de la famille et, selon ces auteurs, cet aspect constitue un avantage pour les soignants (Meyers et al., 2000). Les participantes de la présente recherche ont, elles aussi, selon leurs dires, démontré plus de sérieux, en plus de porter une attention particulière à l'intimité du patient. Cependant, contrairement à l'étude de Meyers et al. (2000) qui incluait ce thème dans les avantages de la présence pour les intervenants, dans la présente recherche, ces sous-thèmes se retrouvent à l'intérieur du thème des *effets de la présence de la famille chez l'infirmière* car les participantes ont exprimé avoir un comportement différent en présence de la famille sans préciser si, selon elles, cette modification de comportement représentait un avantage.

Il est cependant possible de penser que ce changement représente un avantage à la fois pour la famille, le patient et l'équipe soignante. Le patient est, pour sa part, considéré comme une personne et il est ainsi respecté. La famille, quant à elle, fait confiance à l'équipe soignante car elle constate qu'elle prend l'épisode critique de soins au sérieux et

voit que le patient reçoit de bons soins. Enfin, l'équipe soignante peut éprouver un sentiment de bien-être du fait d'avoir adopté un comportement hautement professionnel.

Dans les propos recueillis, certaines participantes ont rapporté redoubler d'efforts en présence de la famille. Il importe cependant de préciser que les participantes de la présente étude affirment que, en toutes situations, elles travaillent au meilleur de leurs connaissances et de leurs capacités, que la famille soit présente ou non. Toutefois, elles ont révélé qu'en présence d'un membre de la famille, elles portent une attention particulière à bien démontrer au patient et à sa famille tout le travail qu'elles effectuent. Elles se disent ainsi poussées à mettre l'accent sur les soins qu'elles exécutent afin que la famille perçoive tous les efforts réalisés par l'équipe soignante. Bien que cette attitude n'ait pas été expliquée par les participantes lors des entrevues, il est plausible de croire que l'infirmière se comporte ainsi afin de s'assurer que les membres de la famille aient la certitude, peu importe l'issue de l'épisode de soins, que tout a été mis en œuvre afin d'offrir à leur proche les meilleurs soins possibles. Par ailleurs, les familles questionnées dans l'étude de Meyers et al. (2000) ont indiqué croire qu'en raison de leur présence, les intervenants s'investissent davantage dans la prestation des soins au patient (Meyers et al., 2000).

Enfin, il est juste d'affirmer que la présence d'un membre de la famille amène chez les infirmières de l'urgence du CSSSC son lot de réactions psychologiques, d'émotions et de sentiments. Cependant, contrairement aux infirmières questionnées dans les recherches de Helmer et al. (2000) et de Knott et Kee (2005), les participantes témoins des émotions vécues par la famille disent ne pas avoir été déconcentrées dans les soins à fournir au patient par leurs propres émotions. Bien au contraire, tel que rapporté dans les sous-thèmes

des prises de conscience et des changements d'attitudes, les participantes se disent davantage sensibilisées à la situation, en plus de démontrer une attention particulière à la situation difficile vécue par la famille et le patient. Elles sont également désireuses d'offrir du soutien à la famille, en plus de faire davantage preuve de respect envers l'intimité du patient.

Il paraît toutefois nécessaire de questionner les raisons pour lesquelles la présence de la famille entraîne autant d'effets psychologiques chez l'infirmière. Dans un premier temps, l'infirmière œuvrant dans un contexte d'urgence se voit potentiellement confrontée à différents types de stress notamment liés au facteur temps, à la surcharge de travail souvent présente, aux horaires de travail irréguliers, à la responsabilité de prodiguer des soins complexes, à l'obligation d'éviter les erreurs de médicaments ou de traitements, à l'imprévisibilité des situations et à l'exposition constante de la détresse psychologique du patient et de sa famille (Grebot, 2010; Healy & Tyrrell, 2011). Tous ces facteurs contribuent à l'omniprésence quotidienne du stress chez l'infirmière qui exerce à l'urgence, la rendant ainsi plus vulnérable.

Dans un second temps, il peut devenir lourd pour l'infirmière d'être régulièrement témoin de situations de crises, d'annonces de diagnostics incurables, d'accidents graves, de cas de maltraitance et plus encore (Grebot, 2010; Healy & Tyrrell, 2011). L'infirmière semble donc développer plusieurs stratégies dans le but de se protéger psychologiquement en se distançant émotionnellement de ce dont elle est témoin. Elle peut ainsi vivre une forme de détachement, se centrer principalement sur les gestes techniques et même effectuer une certaine chosification du patient. Ainsi, de manière inconsciente, l'infirmière

finit par percevoir le patient uniquement comme un corps sans âme auquel elle doit fournir des soins essentiellement physiques, sans égards aux aspects psychologiques et humains (Grebot, 2010).

La présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation semble cependant faire tomber plusieurs barrières que l'infirmière avait réussi à ériger, afin de se protéger des conséquences reliées à la situation réelle, à l'état du patient et à la détresse de la famille. En effet, il s'avère nettement plus difficile pour l'infirmière de dépersonnaliser le patient lorsqu'elle est témoin de la dynamique familiale et des échanges entre ses membres. Elle peut alors expérimenter la panoplie de sentiments et d'émotions rapportés, présenter des réactions psychologiques, réaliser diverses prises de conscience et présenter des changements d'attitude.

Période d'adaptation nécessaire

Le troisième thème émergeant des entrevues est représenté par le besoin d'adaptation qu'ont éprouvé les participantes afin de s'habituer à cette nouvelle pratique. En effet, puisque favoriser la présence de la famille en salle de stabilisation représente un changement majeur, il s'avère légitime que les participantes aient besoin d'une période d'adaptation. Ces résultats corroborent d'ailleurs ceux présentés dans l'étude de Miller et Stiles (2009) qui formulent le thème "*Transition to acceptance*" (p. 1433).

Besoin de temps

Tel que mentionné précédemment, cette nouvelle ligne de conduite va à l'encontre de la pratique habituelle et représente un changement de paradigme pour les infirmières (Fallis et al., 2008; MacLean et al., 2003). Elle demande donc du temps afin de s'y acclimater.

Pour les participantes, l'adaptation requiert une période de temps et s'effectue notamment par l'expérimentation de plusieurs situations critiques de soins impliquant la présence d'un membre de la famille du patient en salle de stabilisation. En effet, les infirmières ayant vécu un plus grand nombre de situations impliquant la famille composent désormais plus aisément avec cette réalité comparativement à celles qui en ont vécu moins. En ce sens, celles-ci croient que plus elles seront exposées à ces situations, plus elles s'y habitueront. Il en va de même pour les infirmières questionnées dans l'étude de Miller et Stiles (2005).

Il semble donc que, comme lors de tout changement, une période d'adaptation soit nécessaire afin que les intervenants apprivoisent cette nouvelle réalité que constitue pour eux la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation. De plus, comme cette approche est ancrée dans un changement de philosophie et de culture et porte sur l'aspect relationnel des soins, le temps d'adaptation peut être majoré d'autant. Enfin, la nature des expériences vécues par l'infirmière peut également influencer son adhésion à la nouvelle procédure.

L'adaptation semble toutefois s'effectuer au fil de temps. En effet, les infirmières questionnées dans l'étude de Lowry (2012) perçoivent la présence de la famille comme faisant partie de leur pratique et n'émettent aucun commentaire négatif à ce sujet.

Majoritairement, elles vivent cette expérience depuis un à trois ans et travaillent dans un département d'urgence où se pratique la présence de la famille en situation critique de soins depuis 20 ans. Il est ainsi possible de penser qu'outre le besoin individuel d'adaptation qu'ont les intervenants, la culture du milieu où cette pratique est adoptée se doit elle aussi d'évoluer.

Questionnement face aux habiletés à intervenir auprès de la famille

Lors des entrevues, les participantes se sont entre autres exprimées par rapport au questionnement qu'elles ont eu en lien avec les habiletés nécessaires à l'infirmière pour intervenir auprès de la famille. Ainsi, certaines croient que des collègues réussissent mieux que d'autres. Elles tentent alors de modifier leur approche à la lumière des comportements des autres infirmières lorsqu'elles les jugent adéquats et pertinents. Cet élément n'a toutefois pas été rapporté dans les recherches consultées.

Par ailleurs, d'autres participantes vivent de l'inquiétude face à leur habileté à intervenir convenablement auprès de la famille lorsque celle-ci se trouve en salle de stabilisation. Ces participantes s'abstiennent même parfois de parler à la famille par crainte d'être déplacées dans leur propos. Dans le même sens, Miller et Stiles (2009) relatent aussi ce constat et affirment que les participantes s'inquiètent de leur habileté à établir une relation avec la famille pendant l'épisode critique de soins.

Parallèlement, plusieurs participantes ont verbalisé le besoin d'être outillées et préparées afin de faire face aux situations impliquant la famille. En effet, plusieurs infirmières se préoccupent de savoir quelle est la meilleure façon d'intervenir auprès de la

famille et se questionnent sur la manière optimale de communiquer avec cette dernière. Elles ont aussi exprimé le besoin de recevoir une formation leur exposant quoi dire et quoi faire en ces situations. La nécessité d'une formation est également exposée par Meyers et al. (2000), par l'ENA (2007) et par York (2004). Il est en effet essentiel que des séances de formation soient offertes à tous les intervenants concernés afin d'assurer la réussite de la mise en place d'une politique relative à la présence de la famille et d'assurer une approche à la famille qui répondra à ses besoins (ENA, 2007; Meyers et al., 2000).

Conditions de succès

Le quatrième et dernier thème est celui des conditions de succès rapportées par les participantes. Afin de vivre au mieux la présence de la famille en situation critique de soins, elles indiquent qu'il importe d'évaluer chaque situation, jugent important que la famille soit accompagnée par une infirmière désignée, qu'une vision commune soit adoptée et que l'espace disponible en salle de stabilisation soit suffisant pour accueillir la famille.

Évaluation de chaque situation

Les participantes croient que chaque situation doit être évaluée afin de valider la pertinence d'inviter la famille à être présente en salle de stabilisation selon l'état du patient et les soins à effectuer, la situation globale et l'aisance de l'équipe à inclure un membre de la famille. Elles ont déterminé qu'il s'avère plus facile de travailler en présence de la famille lors d'une situation considérée commune par les infirmières (une réaction allergique, une douleur rétro-sternale, une hypoglycémie, une détresse respiratoire, etc.),

c'est-à-dire que celle-ci requiert des soins avec lesquels les participantes sont à l'aise et totalement en contrôle. Il est possible de penser que les situations où il est jugé plus facile d'inclure la famille le sont en raison du stress moins important généré par la nature des soins à effectuer que l'infirmière considère comme davantage maîtrisés. En effet, les participantes peuvent redouter de vivre à la fois du stress en lien avec les interventions à réaliser, en plus de celui relié à la présence de la famille.

Cependant, lors des situations vécues où il était jugé plus difficile de favoriser la présence de la famille, cette dernière est tout de même entrée dans la salle de stabilisation et aucune infirmière n'a exprimé son désaccord. En effet, lorsque l'assistante infirmière chef a avisé l'équipe que la famille désirait entrer, en aucun cas, les infirmières ne se sont opposées et ce, même lors des situations qu'elles jugeaient plus difficiles. Il est ainsi possible de penser que, lors des situations concrètes, les infirmières privilégient les avantages de la présence pour la famille et le patient au détriment de leur propre bien-être et de leur confort. Les bienfaits perçus semblent prédominer ainsi sur le stress vécu.

Infirmière responsable d'accompagner la famille

Le protocole favorisant et balisant la présence de la famille en salle de stabilisation stipule qu'une personne désignée doit accompagner la famille. Toutefois, lors des épisodes critiques de soins vécus par les participantes et par l'étudiante chercheuse, la famille est entrée bien souvent en salle de stabilisation sans avoir à ses côtés un membre de l'équipe attiré à ses soins. Lorsque la situation le permet, l'assistante infirmière chef accompagne la famille lors des premières minutes et voit avec l'équipe s'il est nécessaire ou non qu'elle

demeure auprès de la famille constamment. Parfois, il arrive qu'aucune infirmière ne soit disponible afin d'accompagner la famille. Cette dernière entre donc tout de même dans la salle et l'équipe en place lui offre alors du soutien au meilleur de ses possibilités ou dès que les principaux soins au patient sont effectués.

Selon les participantes, il s'avérerait essentiel que la famille soit accompagnée par une infirmière. Elles affirment en effet que la famille devrait pouvoir bénéficier d'une personne ressource afin d'obtenir le soutien nécessaire en plus d'alléger la tâche des membres de l'équipe afférés aux soins à administrer au patient. Elles désirent par ailleurs s'assurer qu'une personne soit responsable d'expliquer à la famille ce dont elle est témoin, de lui fournir du soutien et d'être auprès de cette dernière et prête à intervenir en cas où le comportement de la famille devienne dérangeant.

Les infirmières interrogées dans les études de Jensen et Kosowan (2011), de Knott et Kee (2005), et de Mian et al., (2007), bien qu'elles n'aient jamais vécu de situations concrètes où la famille a interféré avec les soins, ont démontré de l'inquiétude face à l'interférence possible avec la qualité des soins administrés au patient que pourrait provoquer la présence de la famille en raison de comportements inadéquats ou dérangeants que pourrait adopter cette dernière.

Cependant, contrairement aux réticences émises par les infirmières questionnées dans ces trois études (Jensen & Kosowan, 2011; Knott & Kee, 2005; Mian et al., 2007), lors des situations vécues (200 environ) par les participantes de la présente étude, la famille n'a en aucun cas nui aux soins et son comportement est généralement demeuré adéquat. Deux participantes ont même fait remarquer que la famille semblait plus calme en salle de

stabilisation que lorsqu'elle se trouve dans le salon des familles. Par ailleurs, une participante a constaté que la famille veut demeurer discrète afin de ne pas déranger l'équipe soignante. Enfin, même si, lors de deux situations particulières, l'attitude du proche a généré un stress supplémentaire chez les infirmières, les soins requis ont tout de même été administrés selon les règles de l'art.

Ces résultats sont repris par l'ENA (2007), par Egging et al. (2011) et par Meyers et al. (2000). En effet, dans les milieux de soins ayant instauré officiellement un protocole favorisant la présence de la famille, aucun rapport d'incident n'a été complété (ENA, 2007; Meyers et al., 2000). Également, selon la méta-analyse d'Egging et al. (2011), il appert que la présence de la famille ne cause aucun délai significatif dans l'exécution des techniques de même que dans l'application des procédures diagnostiques.

Selon les propos recueillis lors des entrevues, il appert que les participantes se soucient véritablement que la famille bénéficie du soutien nécessaire afin qu'elle vive au mieux cette situation de crise. En effet, une participante a indiqué qu'elle souhaitait s'impliquer auprès de la famille afin d'être la personne ressource pour cette dernière lorsque la situation le permettrait. Une autre participante a dit qu'elle appréciait effectuer des accompagnements auprès de la famille en salle de stabilisation. Les participantes ont donc pris conscience de l'importance de la présence de la famille, constaté qu'elle a besoin d'être intégrée, ont senti son besoin de soutien et semblent sincèrement se soucier de son bien-être.

Adoption d'une vision commune par tous les intervenants

Les participantes jugent primordial de rallier tous les intervenants à une vision commune afin de vivre plus aisément la présence de la famille. Elles ont en effet indiqué qu'il serait profitable, tant pour la famille que pour l'équipe soignante, que tous s'accordent afin d'intervenir de façon constante et non selon le bon vouloir de l'équipe en place et au gré du médecin traitant.

Par ailleurs, puisque les situations critiques de soins vécues en salle de stabilisation représentent déjà un niveau de stress élevé pour les soignants, il importe de ne pas ajouter de stress supplémentaire, tel un conflit au sein des membres de l'équipe en raison de la présence de la famille. Les membres de l'équipe peuvent en effet ressentir du stress en lien avec leurs divergences d'opinion au sujet de la présence de la famille à savoir s'il faut l'inviter à entrer, quand, qui, comment intervenir, etc. Il est ainsi possible que certains puissent vivre de la frustration ou du mécontentement, la situation vécue entrant en conflit avec leurs propres croyances. Ainsi, dans le but que cette pratique soit une expérience positive pour toutes les personnes impliquées, rallier tous les intervenants à une conduite commune semble un moyen efficace de vivre cette expérience au mieux afin de réduire toute source de stress inutile. De plus, il importe de former tous les intervenants sur la conduite à adopter en de telles circonstances afin que ces derniers interviennent de concert et de façon appropriée à cette situation particulière (ENA, 2007; York, 2004).

Espace suffisant pour accueillir la famille

Dans la présente étude, une seule répondante a évoqué l'espace limité disponible dans la salle de stabilisation secondaire de l'urgence du CSSSC. Aucun autre commentaire relatif à ce sujet n'a été mentionné. Il est plausible de penser que la salle de stabilisation principale représente donc un environnement adéquat à cette pratique, tant par ses dimensions que par sa disposition. Par ailleurs, plusieurs situations critiques de soins incluant la famille ont eu lieu dans la salle de stabilisation secondaire et aucune autre participante n'a mentionné s'y sentir à l'étroit. Les infirmières interrogées dans de l'étude de Knott et Kee (2005), pour leur part, éprouvaient une certaine retenue quant à la présence d'un membre de la famille en partie compte tenu du manque d'espace disponible au chevet du patient en situation critique de soins.

Enfin, à la lumière des résultats de cette recherche, il s'avère que les principales craintes des intervenants véhiculées dans les diverses études recensées ne soient pas confirmées par les propos des participantes de la présente étude. En effet, lors des situations vécues par ces dernières, la famille n'a jamais interféré dans la prestation de soins. De même, le stress vécu et exprimé par la moitié des participantes n'a pas nui à leur performance, pas plus que le fait de voir la famille vivre des émotions n'a altéré leur jugement. Ce constat n'apparaît dans aucune des recherches consultées et semble constituer un aspect important car il expose que, malgré le fait que les infirmières vivent un stress supplémentaire et diverses émotions lors de la présence de la famille du patient, elles sont tout de même en mesure d'offrir des soins de qualité à ce dernier.

Malgré la faible taille de l'échantillon, cette recherche a mis en lumière de nouveaux thèmes n'apparaissant pas dans les publications actuelles. En effet, la majorité des émotions et sentiments verbalisés par les participantes, le fait d'être influencées par leur vécu personnel, de vivre de la résurgence et de la transposition, de se questionner face aux habiletés des infirmières à intervenir auprès de la famille et la crainte d'un manque de soutien psychologique disponible pour les soignants semblent être des sous-thèmes uniques à cette recherche. De plus, l'analyse des données recueillies suggère que, pour les infirmières ayant participé à cette étude, le stress et les émotions vécus en raison de la présence de la famille n'ont pas interféré avec la qualité des soins administrés.

Forces et limites

Les lignes qui suivent exposent les forces et les limites de la présente étude. Les limites ici relatées complètent celles déjà émises dans la critique de la méthode.

Forces

En se basant sur l'approche phénoménologique, cette étude a permis de réaliser une description détaillée du vécu de huit infirmières de l'urgence du CSSSC en présence d'un membre de la famille du patient qui vit une situation critique de soins en salle de stabilisation. La diversité des caractéristiques sociodémographiques des participantes constituant l'échantillon de même que le nombre de situations qu'elles ont vécues ont également favorisé une description riche du phénomène. Enfin, le fait que l'étudiante travaille dans le milieu choisi pour effectuer la recherche de même que ses connaissances

relatives à la pratique en contexte de soins d'urgence, aux lieux physiques et au phénomène à l'étude ont constitué des atouts importants lors de la réalisation des entrevues en permettant à l'étudiante de comprendre concrètement le récit des participantes, lui offrant ainsi l'opportunité de poser des questions de précision, à propos et pertinentes.

Limites

Bien qu'il soit diversifié dans ses caractéristiques sociodémographiques, la faible taille de l'échantillon représente une limite importante. En effet, lors de l'analyse de la dernière entrevue, un sous-thème a été ajouté et la saturation des données théoriques n'a donc pas pu être atteinte. Les autres limites ont été relatées dans la critique de la méthode de recherche, au début du présent chapitre.

Recommandations

À la lumière de l'analyse des résultats recueillis, quelques recommandations peuvent être formulées, tant pour la pratique, que pour la recherche et l'enseignement.

Pour la pratique

Les résultats de cette recherche soulignent la pertinence de poursuivre les efforts afin de favoriser la présence de la famille en salle de stabilisation à l'urgence. D'une part, les nombreux avantages véhiculés par les infirmières semblent confirmer que la famille, le patient et l'équipe soignante retirent de nombreux bénéfices de cette présence. D'autre part, du fait que les infirmières indiquent que la présence de la famille ne nuit pas au

déroulement de l'épisode de soins et qu'elles comprennent l'importance de la présence de la présence de la famille, il appert que cette pratique est conciliable avec la réalité des infirmières œuvrant en salle de stabilisation.

Ensuite, puisque certaines participantes doutent des bénéfices de la présence des membres de la famille lorsque l'état physique du patient est altéré, que quelques unes s'inquiètent de ne pas agir correctement en présence de la famille et que d'autres ressentent de l'ambivalence entre leur désir d'inviter la famille à entrer et leur crainte des répercussions possibles pour cette dernière, offrir de la formation continue à ce sujet semble une avenue toute indiquée. De plus, dans un avenir rapproché, il serait intéressant d'étendre la formation donnée aux infirmières à tous les intervenants de l'urgence du CSSSC afin de susciter l'adhésion de tous les membres de l'équipe interdisciplinaire à cette approche novatrice en vue de développer une vision commune. Par ailleurs, la philosophie du *family centered care* (ENA, 2007; Henneman & Cardin, 2002) pourrait être adoptée comme philosophie de soins afin que l'intégration de la famille soit partie prenante de la culture du milieu de soins.

Il serait aussi profitable pour les infirmières et les autres professionnels qu'ils puissent discuter ouvertement de leur expérience, que celle-ci soit positive ou négative. Dans ce sens et afin de les encourager à verbaliser sur ce sujet, des séances d'échange sous forme de groupe de discussion devraient être organisées. Ils pourraient ainsi partager leur expérience en plus de trouver une potentielle source de réconfort auprès de leurs pairs vivant la même situation. Par ailleurs, ces rencontres renforceraient le sentiment de soutien mutuel entre les membres de l'équipe.

De plus, lors de situations complexes ou à charge émotionnelle plus importante, des séances de débriefing avec les personnes impliquées et un intervenant qualifié pourraient offrir aux professionnels l'occasion d'échanger sur leur vécu. Enfin, il serait important de tenter d'élargir cette pratique aux autres unités de soins critiques du CSSSC de même qu'à d'autres CSSS. Pour ce faire, la diffusion des résultats est indispensable.

Pour la recherche

Lors de recherches ultérieures, il serait intéressant d'explorer le vécu des membres de la famille lors de leur présence auprès du patient en salle de stabilisation. Il s'avérerait en effet intéressant de connaître quels sont les émotions et sentiments vécus par la famille lorsqu'elle assiste à un épisode critique de soins en salle de stabilisation. De plus, questionner les familles permettrait de déterminer si elles réitéreraient l'expérience, à l'instar des résultats obtenus dans d'autres recherches (Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007). Le fait de connaître le vécu des familles contribuerait également à faire avancer la pratique afin d'intervenir de façon optimale auprès de cette dernière.

Explorer le vécu des patients ayant vécu la présence d'un proche à leurs côtés en salle de stabilisation permettrait la mise en lumière des sentiments ressentis par ce dernier en plus de pouvoir valider si vraiment, comme les infirmières le pensent, la famille offre du soutien au patient. Enfin, outre les infirmières, il serait judicieux d'explorer le vécu des différents intervenants œuvrant en salle de stabilisation tels l'inhalothérapeute, le médecin et le préposé aux bénéficiaires, afin de continuer d'enrichir le corpus de connaissances sur le sujet et d'y apporter un éclairage interdisciplinaire.

Ultimement, par la mise en lumière du vécu de toutes les personnes impliquées, il serait possible de faire état d'une même situation selon le point de vue du patient, de sa famille et de l'équipe soignante en place afin de décrire le phénomène d'une façon plus globale et selon les différents acteurs. Établir une telle description permettrait notamment d'améliorer les interventions à l'égard du patient et de sa famille mais offrirait également l'opportunité aux infirmières de comprendre davantage de quelle manière elles vivent la situation.

Pour l'enseignement

Intégrer un volet sur la présence de la famille lors de situations critiques de soins dans les cours de soins critiques et ce, tant dans le curriculum de formation infirmière que médicale, s'avérerait une avenue prometteuse afin de contribuer à répandre davantage cette pratique. Ainsi, les futures infirmières et futurs médecins seraient dès lors conscientisés à cette approche, en plus de potentiellement garantir la promotion de cette pratique dans différents milieux. Ces intervenants en devenir seraient davantage outillés relativement à l'approche à privilégier auprès des familles en situation critique de soins, en plus de d'être outillés pour intervenir auprès des familles.

Contribution de la recherche

Les résultats de cette étude peuvent renseigner les infirmières qui se questionnent au sujet de cette pratique. Ils ont par ailleurs mis l'accent sur l'importance d'offrir l'opportunité à un membre de la famille d'être présent au chevet du patient et encouragent les

professionnels du milieu à persévérer en ce sens. Également, les résultats mettent en lumière le besoin de formation préalable à l'implantation d'une telle pratique. En effet, offrir aux membres de l'équipe soignante une formation complète sur ce sujet semble nécessaire afin qu'ils comprennent l'importance et la valeur d'offrir à la famille d'être présente en salle de stabilisation, en plus de les préparer à intervenir adéquatement dans ces circonstances.

Cette recherche a également contribué à enrichir le corpus de connaissances relatif au vécu des infirmières lorsqu'elles œuvrent en présence d'un membre de la famille lors de situations critiques de soins. Elle a aussi favorisé la mise en valeur de la profession infirmière en démontrant d'une part le leadership infirmier de l'étudiante chercheuse dans la mise en place d'une nouvelle pratique et, d'autre part, l'influence qu'à eu cette dernière au sein de l'équipe interdisciplinaire.

CONCLUSION

La présence de la famille au chevet du patient en situation critique de soins constitue une approche controversée pour les intervenants car elle confronte leur pratique actuelle et les bouleverse dans leurs sentiments et leurs valeurs. Bien que la famille émette le désir d'être présente et que plusieurs recherches démontrent les avantages à opter pour cette pratique, très peu de milieu de soins critiques y ont adhéré. À ce jour, outre les milieux de soins pédiatriques, l'urgence du CSSSC est la seule au Québec à s'être dotée officiellement d'un protocole favorisant la présence de la famille en salle de stabilisation.

Le but de cette étude visait à explorer le vécu des infirmières de l'urgence du CSSSC en présence d'un membre de la famille auprès du patient qui vit un épisode critique de soins en salle de stabilisation. Cette recherche a en effet tenté de répondre à la question suivante : Quel est le vécu des infirmières de l'urgence du CSSSC lorsqu'un membre de la famille est présent auprès du patient qui vit un épisode critique de soins en salle de stabilisation? Les résultats recueillis grâce aux huit entrevues en profondeur ont notamment permis de répondre à cette question.

Lorsqu'un membre de la famille du patient est présent en salle de stabilisation à l'urgence, les infirmières ont vécu davantage de sentiments et d'émotions, ont éprouvé des réactions psychologiques, ont été poussées à faire maintes prises de conscience et ont adopté des attitudes différentes. Après avoir vécu diverses situations critiques de soins en présence d'un membre de la famille, les infirmières interviewées ont souligné les avantages à opter pour cette pratique, se sont questionnées face à leur habileté à intervenir auprès de la famille, ont constaté la nécessité d'une période d'adaptation et, enfin, ont abordé des

éléments qu'elles considèrent comme des conditions pour favoriser le succès de cette nouvelle pratique.

Par ailleurs, le vécu des participantes s'accorde, pour plusieurs aspects, au vécu et aux croyances des infirmières questionnées dans d'autres recherches mais infirme également plusieurs idées préconçues. De plus, les résultats de cette recherche ont bonifié le corpus de connaissance actuelle sur le sujet en dévoilant six nouveaux thèmes qui n'apparaissent pas encore dans les publications actuelles. En résultante, cette étude a également permis d'éclairer la pratique des infirmières en ces circonstances, en plus de dégager des recommandations pour la pratique, la recherche et l'enseignement.

RÉFÉRENCES

- Agard, M. (2008). Creating advocates for family presence during resuscitation. *Medsurg Nursing*, 17(3), 155-160.
- Ardley, C. (2003). Should relatives be denied access to the resuscitation room? *Intensive & Critical Care Nursing*, 19(1), 1-10.
- Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Lehti, K. (2001). Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 288-293.
- Badir, A. & Sepit, D. (2007). Family presence during CPR : A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 83-92.
- Bradbury-Jones, C., Irvine, F. & Sambrook, S. (2010). Phenomenology and participant feedback : Convention or contention? *Nurse Researcher*, 17(2), 25-33.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6^e éd.). St-Louis, MR : Elsevier.
- Chalifour, J. (1999). *L'intervention thérapeutique : Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide (V. 1)*. Québec, Qc.: Les presses de l'Université Laval.
- Clukey, L., Hayes, J., Merrill, A. & Curtis, D. (2009). "Helping them understand" : Nurses' caring behaviors as perceived by family members of trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 16(2), 73-81.
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological Research as the Phenomenologist Views it. Dans R. S. Valle & M. King (Éds.), *Existential-Phenomenological Alternatives for psychology* (pp. 48-71). New York : Oxford University Press.
- Conn, V. S. (2009). Editorial : Are theory-driven behavior change interventions truly theory driven? *Western Journal of Nursing Research*, 31(3), 287-288.
- CSSSC. (2008). Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, Soins et services : Les équipes médicales,. Page consultée, à <http://www.csss-chicoutimi.qc.ca/Soinsetservices/Leséquipesmédicales/tabid/4290/language/fr-CA/Fiched%C3%A9partementetservices/tabid/4825/language/fr-FR/Default.aspx?dep=urgence>
- Davidson, J. E. (2009). Family-centered care : Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28-35.

- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., . . . Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit : American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622.
- Doolin, C. T., Quinn, L. D., Bryant, L. G., Lyons, A. A. & Kleinpell, R. M. (2011). Family presence during cardiopulmonary resuscitation : Using evidence-based knowledge to guide the advanced practice nurse in developing formal policy and practice guidelines. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(1), 8-14.
- Egging, D., Crowley, M., Arruda, T., Proehl, J., Walker-Cillo, G., Papa, A., . . . Bokholdt, M. L. (2011). Emergency Nursing Resource : Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 37(5), 469-473.
- ENA. (2007). *Presenting the Option for Family Presence* (3^e éd.). Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association.
- Fallis, W. M., McClement, S. & Pereira, A. (2008). Family presence during resuscitation : A survey of Canadian critical care nurses' practices and perceptions. *Dynamics*, 19(3), 22-28.
- Feagan, L. M. & Fisher, N. J. (2011). The Impact of Education on Provider Attitudes Toward Family-Witnessed Resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 231-239.
- Finlay, L. (2009). Exploring lived experience : Principles and practice of phenomenological research. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(9), 474-481.
- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D. & Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 615-624.
- Fortin, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, Qc : Chenelière Éducation.
- Gavaghan, S. R. & Carroll, D. L. (2002). Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21(2), 64-71.
- Grebot, E. (2010). Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 686-691.
- Griffin, T. (2003). Family matters. Facing challenges to family-centered care I : Conflicts over visitation. *Pediatric Nursing*, 29(2), 135-137.

- Healy, S. & Tyrrell, M. (2011). Stress in emergency departments : Experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*, 19(4), 31-37.
- Helmer, S. D., Smith, R. S., Dort, J. M., Shapiro, W. M. & Katan, B. S. (2000). Family presence during trauma resuscitation : A survey of AAST and ENA members. *Journal of Trauma*, 48(6), 1015-1024.
- Henneman, E. A. & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care : A practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12-19.
- Hinkle, J. L., Fitzpatrick, E. & Oskrochi, G. R. (2009). Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the intensive care unit. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 41(2), 85-91.
- Hodge, A. N. & Marshall, A. P. (2009). Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 16(3), 101-118.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare* (3^e éd.). Iowa, USA : Wiley-Blackwell.
- Hupcey, J. E. (2001). The meaning of social support for the critically ill patient. *Intensive & Critical Care Nursing*, 17(4), 206-212.
- Husserl, E. (1970). *The crisis of european sciences and transcendental phenomenology*. Evanston, USA : Northwestern University Press.
- Jensen, L. & Kosowan, S. (2011). Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation : Cardiac Health Care Professionals' Perspectives. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(3), 23-29.
- Knott, A. & Kee, C. C. (2005). Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. *Applied Nursing Research*, 18(4), 192-198.
- Leske, J. S. (1986). Needs of relatives of critically ill patients : A follow-up. *Heart & Lung*, 15(2), 189-193.
- Leske, J. S. (2002). Interventions to decrease family anxiety. *Critical Care Nurse*, 22(6), 61-65.
- Leske, J. S. & Brasel, K. (2010). Effects of family-witnessed resuscitation after trauma prior to hospitalization. *Journal of Trauma Nursing*, 17(1), 11-18.

- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F. & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives* (2^e éd.): Saint-Laurent, Québec, Qc : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Lopez, K. A. & Willis, D. G. (2004). Descriptive versus interpretative phenomenology : Their contributions to nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 14(5), 726-735.
- Lowry, E. (2012). "It's just what we do" : A qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. *Journal of Emergency Nursing*, 38(4), 329-334.
- MacLean, S. L., Guzzetta, C. E., White, C., Fontaine, D., Eichhorn, D. J., Meyers, T. A. & Desy, P. (2003). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures : Practices of critical care and emergency nurses. *American Journal of Critical Care*, 12(3), 246-257.
- Mason, D. J. (2003). Family presence : Evidence versus tradition. *American Journal of Critical Care*, 12(3), 190-192.
- Maxwell, K. E., Stuenkel, D. & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients : A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 36(5), 367-376.
- McClement, S. E., Fallis, W. M. & Pereira, A. (2009). Family presence during resuscitation : Canadian critical care nurses' perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 233-240.
- McGahey, P. R. (2002). Family presence during pediatric resuscitation : A focus on staff. *Critical Care Nurse*, 22(6), 29-34.
- Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E. & Calvin, A. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation. *The American Journal of Nursing*, 100(2), 32-43.
- Mian, P., Warchal, S., Whitney, S., Fitzmaurice, J. & Tancredi, D. (2007). Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation. *Critical Care Nurse*, 27(1), 52-61.
- Miller, J. H. & Stiles, A. (2009). Family presence during resuscitation and invasive procedures : The nurse experience. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1431-1442.

- Miracle, V. A. (2006). Strategies to meet the needs of families of critically ill patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(3), 121-125.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E. & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543-552.
- Mongeau, P. & Tremblay, J. (2002). *Survivre : La dynamique de l'inconfort*. Québec, Qc.: Les Presses de l'Université du Québec.
- Morrison, L. J., Kierzek, G., Diekema, D. S., Sayre, M. R., Silvers, S. M., Idris, A. H. & Mancini, M. E. (2010). Part 3 : Ethics : 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18, Suppl, 3), 665-675.
- Pasquale, M. A., Pasquale, M. D., Baga, L., Eid, S. & Leske, J. (2010). Family presence during trauma resuscitation : Ready for primetime? *Journal of Trauma*, 69(5), 1092-1100.
- Redley, B., LeVasseur, S. A., Peters, G. & Bethune, E. (2003). Families' needs in emergency departments : Instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 606-615.
- Robinson, S., Mackenzie-Ross, S., Campbell Hewson, G., Egleston, C. & Provost, A. (1998). Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet*, 352(22), 614-617.
- Stayt, L. C. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 623-630.
- Stayt, L. C. (2009). Death, empathy and self preservation : The emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1267-1275.
- Tremblay, A. (2012). *Exploration de l'effet de la simulation sur le respect des rôles et le sentiment de compétence des infirmières de l'urgence du Centre de Santé et de Services Sociaux de Chicoutimi lors de simulations d'une situation à évolution rapide*. Essai, Chicoutimi, Qc : Université du Québec à Chicoutimi.
- UQAC. (2006). Université du Québec à Chicoutimi, Comité d'éthique de la recherche., Page consultée le 26 septembre 2010, à http://www.uqac.ca/direction_services/secretariat_general/cd.php

Wright, L.& Leahey, M. (2007). *L'infirmière et la famille*. Montréal, Qc : Édition du Renouveau Pédagogique.

York, N. L. (2004). Implementing a family presence protocol option. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23(2), 84-88.

APPENDICE 1

Protocole offrant la possibilité de la présence
de la famille en salle de stabilisation

Protocole offrant la possibilité de la présence de la famille en salle de stabilisation

Suivant les lignes directrices de l'*Emergency Nurses Association* (2007) et
Les recommandations de l'*American Heart Association* (2010)

Politique : Un membre de la famille peut être invité à demeurer auprès du patient en salle de stabilisation.

Philosophie : La famille a son rôle à jouer auprès du patient. Le soutien et le réconfort provenant de la famille influencent la réponse au traitement du patient. La famille représente un complément au soin et doit être perçue comme telle. L'équipe soignante doit assurer des soins empreints de dignité et de respect, adaptés à la situation de chaque patient et de sa famille. L'équipe doit, en plus d'assurer les soins physiques essentiels et indispensables, se centrer sur les besoins du patient et de sa famille.

Principes : L'équipe soignante se doit de prendre en considération le stress vécu par la famille d'un patient dont l'état est instable et critique. L'équipe doit également reconnaître la famille comme étant le principal soutien pour le patient. Enfin, il est de la responsabilité de l'équipe de répondre aux besoins de la famille.

Applicable à : Tous les patients en situation critique de soins en salle de stabilisation.

Définitions : Situation critique de soins : Tout épisode de soins se déroulant en salle de stabilisation.

Famille : Toute personne ayant un lien significatif avec le patient.

Infirmière qui accompagne la famille : Infirmière qui accompagnera la famille et qui en aura la responsabilité (AIC ou infirmière en surplus si applicable).

Procédure :

- **Au début de chaque quart de travail**, valider avec l'équipe de stabilisation (médecins, infirmières^{1, 2 et 3}, et AIC) que tous connaissent le protocole et que tous sont d'accord pour l'appliquer et statuer qui sera l'infirmière qui accompagne la famille;
- Lorsqu'il y a un patient en salle de stabilisation, **s'assurer que les services de l'infirmière qui accompagne la famille ne sont pas nécessaires** pour les soins à administrer au patient. Si tel est le cas, procéder comme à l'habitude et installer la famille dans la salle des familles le temps nécessaire. Dès que les services de l'infirmière en charge de la famille ne sont plus requis, appliquer le protocole.
- **Dès que possible**, l'infirmière qui accompagne la famille rencontre la famille afin d'expliquer la situation et son déroulement. Elle offre alors la possibilité à un membre de la famille de venir en salle de stabilisation s'il le désire. Dans le cas d'un enfant, les 2 parents sont autorisés. Par ailleurs, si la situation le permet, il est possible d'accueillir 2 membres de la famille.
- Avant d'entrer en salle de stabilisation, l'infirmière qui accompagne la famille **explique au proche l'état du patient** et les soins administrés afin de le préparer à ce qu'il va voir.

- L'infirmière qui accompagne la famille **demeure auprès du proche** tout le long de sa présence en salle de stabilisation en expliquant les soins administrés et la réponse au traitement du patient.
- En tout temps, l'infirmière qui accompagne la famille doit **évaluer le comportement du proche** et sa réaction afin de l'inviter à quitter la salle de stabilisation au besoin.
- Il est important de **respecter la décision de la famille**; le proche peut refuser d'entrer en salle de stabilisation ou entrer seulement quelques minutes et émettre le désir de quitter. L'infirmière qui accompagne la famille doit alors s'assurer que la famille est confortablement installée dans la salle des familles et l'informer qu'elle reviendra la voir dans environ 10 minutes pour lui donner de l'information au sujet du patient. Elle peut alors lui offrir à nouveau de venir en salle de stabilisation.
- Il est important d'**offrir le soutien disponible à la famille** tel le travailleur social (lundi au vendredi 8H00 à 16H00 ou signaler celui de garde) et l'aumônier (en tout temps).
- Lors de situations particulières telles les tentatives de suicide, les intoxications par les drogues ou autres substances, **il est important de ne pas divulguer d'informations compromettantes au sujet du patient**. En cas de doute, s'abstenir de communiquer toute l'information à la famille.
- Avant d'intervenir, **évaluer chaque situation** afin d'agir pour le bien de tous.

Il est de la **responsabilité de l'équipe soignante de soutenir la famille** lors des situations de crise telles qu'elles les vivent lors d'un épisode critique de soins en salle de stabilisation.

La **famille agit en complémentarité** avec l'équipe soignante et cette dernière doit respecter la famille dans son rôle unique et essentiel de soignant auprès du patient.

En situation d'urgence, le rôle de l'équipe soignante est centré sur les besoins physiques du patient dont l'intégrité est menacée. Cependant, l'équipe soignante doit, en plus d'assurer les soins physiques essentiels et indispensables, se centrer sur les besoins du patient et de sa famille. En effet, l'épisode critique de soins ne doit pas être contrôlé et dirigé uniquement par l'équipe soignante, le système de santé ou la pathologie. Donc, en plus de mettre l'emphase sur les besoins physiques, l'équipe doit prendre en considération les besoins psychologiques, sociaux et spirituels du patient et de sa famille.

Rédigé par : Dominique Labbé infirmière clinicienne assistante infirmière chef le 2011-04-07

Références :

ENA. (2007). *Presenting the Option for Family Presence* (3^e éd.). Des Plaines, IL : Emergency Nurses Association.

Morrison, L. J., Kierzek, G., Diekema, D. S., Sayre, M. R., Silvers, S. M., Idris, A. H., & Mancini, M. E. (2010). Part 3 : Ethics : 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122(18 Suppl 3), S665-675.

APPENDICE 2

Approbation éthique du CSSSC

Le 6 septembre 2011

Centre administratif
305, rue Saint-Vallier
Chicoutimi (Québec)
G7H 5H6
Tél. : (418) 541-1000

150, rue Pinel
Chicoutimi (Québec)
G7G 3W4
Tél. : (418) 549-5474

411, rue Hôtel-Dieu
Chicoutimi (Québec)
G7H 7Z5
Tél. : (418) 543-2221

222, rue Saint-Éphrem
Chicoutimi (Québec)
G7G 2W5
Tél. : (418) 690-3924

904, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 2A9
Tél. : (418) 698-3900

257, rue Saint-Armand
Chicoutimi (Québec)
G7G 1S4
Tél. : (418) 698-3914

1236, rue d'Angoulême
Chicoutimi (Québec)
G7H 6P9
Tél. : (418) 698-3907

Madame Suzanne Aucoin, Ph. D., professeure
Département des Sciences infirmières
Université du Québec à Chicoutimi
Bureau V2-1410
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

Objet : 2011-009 - Exploration du vécu des infirmières lors de l'expérience de la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation

Approbation

- Formulaire d'information et de consentement, version du 13 juillet 2011
- Questionnaire sociodémographique, version du 13 juillet 2011
- Certificat éthique du CÉR de l'UQAC, daté du 1^{er} septembre 2011

Madame Aucoin,

Vous avez soumis au Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi une demande de modification à votre projet de recherche. À cet effet, vous avez transmis au Comité les documents mentionnés en exergue.

Votre demande de modification a fait l'objet d'une évaluation accélérée en date du 6 septembre 2011. Nous avons le plaisir de vous informer que votre demande a été approuvée à l'unanimité par le Comité. Ce faisant, le Comité vous autorise le formulaire d'information et de consentement ainsi que le questionnaire sociodémographique datés du 13 juillet 2011 pour poursuivre votre étude.

Nous confirmons avoir reçu le certificat éthique de l'UQAC en date du 6 septembre 2011.

Recevez, Mme Aucoin, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Christine Gagnon, vice-présidente et coordonnatrice
Comité d'éthique de la recherche
Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

CG/ah

- p.j. Formulaire de consentement, version du 13 juillet 2011 approuvée par le CÉR
Questionnaire sociodémographique, version du 13 juillet 2011 approuvée par le CÉR
- c. c. Hélène Patenaude, co-investigatrice Université Laval (par courriel seulement : helene.patenaude@fsi.ulaval.ca)
Dominique Labbé, étudiante à la maîtrise à l'UQAC (par courriel seulement : dominiquelabbee@hotmail.com)

réf. : 2011-009 App. form.cons.13-07-11_Quest_6-09-2011.doc

APPENDICE 3

Approbation éthique de l'UQAC

Comité d'éthique de la recherche

Le 1^{er} septembre 2011

Madame Dominique Labbée
270 rue Fortin
Saint-Ambroise (Québec)
G7P 2V7

N/Réf. : 602.315.01

OBJET : Décision – Approbation éthique

Madame,

Lors de la réunion qui s'est tenue le **8 juin 2011**, le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi a étudié votre projet de recherche intitulé *« Exploration du vécu des infirmières lors de l'expérience de la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation à l'urgence du Centre de santé et services sociaux de Chicoutimi »*.

Lors de cette réunion, le comité a examiné les documents suivants :

- ✓ Le formulaire « Demande d'approbation éthique ».
- ✓ Les déclarations d'honneur (3).
- ✓ Le formulaire d'information et de consentement.
- ✓ La lettre de reconnaissance scientifique du projet par la directrice de recherche, datée du 9 mai 2011.

Suite à cette réunion, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 10 juin 2011. Conformément à nos exigences, une version modifiée des documents suivants a été soumise en date du 13 juillet 2011.

- ✓ L'approbation finale émise par le CSSSC.
- ✓ Le guide d'entrevue semi-structurée.
- ✓ Le questionnaire sociodémographique.
- ✓ Le formulaire d'information et de consentement.

Les réponses et les modifications apportées à votre projet de recherche ont fait l'objet d'une évaluation accélérée en comité restreint le 22 août 2011.



Le tout ayant été jugé satisfaisant, nous avons le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le Comité d'éthique de la recherche.

L'approbation éthique délivrée est valide pour la période du 1^{er} septembre 2011 au 31 août 2012.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique valide, et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

Deux mois avant la date d'échéance de votre approbation, vous devrez faire parvenir au comité une demande de prolongation, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet, téléchargeable à partir du site WEB de l'institution à l'adresse suivante :

http://www.uqac.ca/direction_services/secretariat_general/cd.php

En vous souhaitant le meilleur succès dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Madame, nos salutations distinguées.



Marie-Julie Potvin, coordonnatrice
Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi

p. j. Approbation éthique

APPENDICE 4

Affiche de recrutement

Projet de mémoire à la maîtrise en sciences infirmières

Étudiante : Dominique Labbé

Titre du projet

Exploration du vécu des infirmières lors de l'expérience de la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation à l'urgence du CSSSC

Suite à l'implantation du protocole favorisant la présence de la famille en salle de stabilisation, je sollicite votre participation à mon projet de recherche. Le but de cette recherche est d'explorer le vécu des infirmières de l'urgence du CSSSC lorsqu'elles auront permis la présence de la famille lors d'épisodes critiques de soins en salle de stabilisation. La participation à ce projet implique, pour chaque infirmière intéressée, la réalisation de 2 entrevues individuelles semi dirigées, que je réaliserai moi-même. La première entrevue aura une durée de 60 à 90 minutes et la seconde durera approximativement 30 minutes. Les entrevues seront enregistrées et se dérouleront dans un local fermé du CSSSC; elles seront planifiées selon vos disponibilités. Lors de la première entrevue, vous serez invitée à verbaliser sur votre expérience de la présence de la famille en salle de stabilisation. Par la suite, j'analyserai cette entrevue afin d'en dégager le sens et de formuler des énoncés significatifs qui représentent votre vécu. Une fois l'analyse effectuée, je vous rencontrerai pour la seconde entrevue afin de valider si mon analyse reflète bien votre vécu. Les entrevues ne visent pas à évaluer vos interventions mais bien à connaître vos sentiments et votre vécu en lien avec la présence de la famille en salle de stabilisation et ce, que vous soyez d'accord ou non avec cette pratique. Le recrutement des participantes s'effectue sur une base volontaire jusqu'à ce que le nombre désiré soit atteint, soit 10 participantes. La participation est non rémunérée.

Pour être admissible au projet, vous devez répondre aux critères suivants :

- Être à l'emploi du CSSSC et pratiquer régulièrement à l'urgence soit un minimum de deux jours par semaine;
- Avoir minimum deux ans de pratique clinique dans une unité d'urgence, au CSSSC ou ailleurs;
- Avoir reçu une formation sur le protocole favorisant la présence de la famille en salle de stabilisation lors d'un épisode critique de soins;
- Désirer participer au projet;
- Avoir vécu au moins trois situations critiques de soins en salle de stabilisation avec la présence de la famille avant la réalisation des entrevues (Mais vous pouvez me faire part de votre intérêt avant).

Je vous invite donc à communiquer avec moi en personne si vous êtes intéressée à participer ou pour de plus amples renseignements. La sélection des participantes

s'effectuera dans l'ordre d'inscription jusqu'à ce que 10 infirmières éligibles soient inscrites. Surtout, n'hésiter pas à me poser des questions !

Merci de votre habituelle collaboration.

Dominique

APPENDICE 5

Guide d'entrevue

Guide d'entrevue semi-structurée

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de participer à la recherche. Votre expérience en tant qu'intervenant lors de la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation est indispensable et essentielle à l'avancement des connaissances à ce sujet. Premièrement, une question d'ordre général vous sera posée et des questions plus précises pourront être ajoutées au besoin si certains thèmes n'ont pas été abordés.

Question principale :

Parlez-moi des expériences que vous avez vécues en présence d'un membre de la famille auprès du patient en salle de stabilisation.

Questions de précision au besoin :

1. Décrivez dans quelles circonstances un membre de la famille a été autorisé à être présent en salle de stabilisation.
2. Décrivez les sentiments que vous avez éprouvés lors ces situations.
3. Comment avez-vous vécu l'expérience de la collaboration entre les membres de l'équipe (médecin, infirmières 1, 2 et 3 et infirmière qui accompagne la famille) et la présence d'un membre de la famille du patient ?
4. De quelle façon l'équipe soignante a-t-elle interagi avec la famille ?
5. Décrivez les sentiments que vous avez perçus chez les autres membres de l'équipe.
6. Comment avez-vous perçu les sentiments vécus par le membre de la famille ?
7. Quelles sont vos impressions face à la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation ?
8. Y a-t-il un sujet dont nous n'avons pas parlé et dont vous auriez aimé discuter ?

Je vous remercie de m'avoir fait part de votre expérience et d'avoir pris le temps de me rencontrer. Si vous sentez le besoin de m'informer de tout autre renseignement ou commentaire, n'hésitez pas à me communiquer sur mon téléavertisseur au 418 541-7818 et je vous rappellerai. Par ailleurs, si jamais vous éprouvez de l'inconfort suite à notre discussion, vous pouvez rapidement obtenir du soutien en communiquant avec le travailleur social de garde.

Enfin, lorsque j'aurais terminé d'analyser cette entrevue, je vous contacterai afin de fixer rendez-vous pour la seconde entrevue. Je vous ferai alors part de mon analyse et vous pourrez émettre vos commentaires afin de la valider.

APPENDICE 6

Formulaire d'information et de consentement

**Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi**



Centre hospitalier affilié universitaire régional

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet : Exploration du vécu des infirmières lors de l'expérience de la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation à l'urgence du CSSSC

Chercheuse responsable du projet : Suzanne Aucoin, Ph.D.
Université du Québec à Chicoutimi
Module des Sciences infirmières et de la santé
Directrice de l'étudiante

Cochercheuses : Hélène Patenaude, Ph.D.
Université Laval
Faculté des sciences infirmières
Codirectrice de l'étudiante

Dominique Labbé, M. Sc.(c) étudiante à la maîtrise

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.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable du projet ou aux cochercheuses affectées au projet de recherche.

Nature et objectifs du projet de recherche

La présence de la famille en salle de stabilisation représente un grand changement par rapport à la pratique actuelle. Selon les auteurs consultés, les infirmières sont partagées à ce sujet et émettent plusieurs opinions. Certaines infirmières croient que la famille n'a pas sa place en salle de stabilisation pour diverses raisons alors que d'autres y voient plusieurs points positifs. Cependant, les recherches menées à ce sujet ont démontré plusieurs avantages à opter pour cette pratique et ce, tant pour la famille que pour le patient et l'équipe soignante. De plus, les lignes directrices de réanimation de l'*American Heart Association* (2010) proposent d'offrir à la famille d'être présente en situation critique de soins. Ainsi, afin d'améliorer la pratique relative à l'approche à privilégier auprès de la

famille en situation critique de soins et de suivre les recommandations des lignes directrices de réanimation de l'*American Heart Association* (2010) et de l'*Emergency Nurses Association* (2007), un protocole favorisant et balisant la présence de la famille a été rédigé et sera appliqué à l'urgence du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi (CSSSC). Les équipes de stabilisation (médecins, infirmières 1, 2, 3, et infirmière qui accompagne la famille) qui sont en faveur d'autoriser la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation pourront ainsi le faire. Cependant, peu de recherches rapportent le vécu des infirmières de l'urgence dans cette situation.

Le but de cette recherche est donc d'explorer votre vécu lorsque vous aurez permis la présence de la famille lors d'épisodes critiques de soins en salle de stabilisation. Cette démarche permettra d'éclairer la pratique des professionnels qui œuvrent auprès des patients et des familles qui vivent des épisodes critiques de soins. Les connaissances générées ainsi ne pourront que concourir à améliorer la pratique clinique dans ce contexte. Dans le cadre de la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 10 infirmières travaillant à l'urgence du CSSSC.

Déroulement du projet de recherche

Après avoir reçu la formation concernant ce protocole favorisant la présence de la famille en salle de stabilisation, l'équipe de stabilisation (médecins, infirmières 1, 2, 3, et infirmière qui accompagne la famille) sera invitée à permettre la présence de la famille en salle de stabilisation. Lorsque vous aurez vécu au moins 3 situations critiques de soins impliquant la présence de la famille en tant qu'infirmière 1, 2, 3 ou infirmière qui accompagne la famille, vous serez conviée à en informer Dominique Labbée, cochercheuse, afin de planifier l'entrevue initiale. Lors de cette entrevue individuelle, vous serez appelée à parler de votre expérience. Cette entrevue aura une durée de 60 à 90 minutes environ et sera enregistrée sur bande audio numérique. Par la suite, cette entrevue sera transcrite, puis codifiée et analysée. De cette analyse, il ressortira des formulations d'énoncés afin de résumer l'essentiel de votre pensée. Vous serez alors conviée à une seconde rencontre individuelle d'environ 30 minutes afin d'émettre votre avis sur cette analyse. La cochercheuse vous présentera alors les énoncés en lien avec votre entrevue et vous pourrez valider si ces énoncés représentent bien votre vécu et vos émotions face à votre expérience. Si les énoncés n'étaient pas représentatifs de votre vécu, la cochercheuse fera les corrections nécessaires. Il est à noter que les entrevues se dérouleront dans un local fermé au CSSSC et seront planifiées selon vos disponibilités.

Inconvénients associés au projet de recherche

Vous pourriez ressentir un léger inconfort en répondant à certaines questions qui vous seront posées lors de l'entrevue individuelle ou en raison du fait que l'entrevue sera enregistrée. Néanmoins, si le fait de repenser à l'expérience que vous avez vécue vous cause un inconfort psychologique requérant du soutien, vous pourrez communiquer avec le travailleur social de garde au 418 541-1234 poste 3303 et demander à le faire signaler.

Un autre inconvénient du projet est lié au temps consacré à votre participation.

Avantages associés au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou aux cochercheuses.

La chercheuse responsable du projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ou le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, 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. Toutefois, l'information recueillie ne sera plus utilisée après votre retrait.

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.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable et les cochercheuses recueilleront et consigneront 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 seront votre nom, votre sexe, votre âge, votre degré de scolarité, votre nombre d'années d'expérience comme infirmière, votre nombre d'années d'expérience dans une unité d'urgence au CSSSC ou ailleurs, votre statut d'emploi et le nombre de situations vécues en incluant la famille dans un épisode critique de soins. Ils serviront à faire une description de l'échantillon lors de la diffusion des résultats.

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 sous clé par la chercheuse responsable. Les bandes audio numériques des entrevues seront conservées dans un classeur barré situé dans le bureau de la chercheuse responsable, à l'Université du Québec à Chicoutimi. Elles seront détruites dès que la retranscription de l'entrevue aura été réalisée. La retranscription des entrevues sera traitée de manière informatique sur l'ordinateur portable de la cochercheuse protégé par un mot de passe et seule la chercheuse responsable et les cochercheuses utiliseront cet ordinateur.

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.

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. Également, les données du projet pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 7 ans après la fin du projet dans le bureau de la chercheuse responsable dans un tiroir sous clé et seront détruits par la suite.

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 du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations.

Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation au projet de recherche.

Indemnisation en cas de préjudice et droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du projet de recherche ou avec la cochercheuse aux numéros suivants :

Chercheuse responsable : Suzanne Aucoin, Ph.D.
au 418 545-5011 poste 5304 (les jours
ouvrables)

Cochercheuse : Dominique Labbé, M. Sc (c)
au 418-672-1757 ou au 418-540-4746 (les
jours ouvrables)

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, au numéro suivant : 418 541-7026.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi de même que celui de l'Université du Québec à Chicoutimi ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toutes les questions reliées à l'éthique, concernant vos droits ou concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche du CSSSC, Madame Christine Gagnon au 418 541-1234 poste 3294. Vous pouvez aussi communiquer avec le président du Comité d'éthique et de la recherche de l'UQAC, Monsieur François Guérard, au 418 545-5011 poste 5095.

Consentement

Titre du projet : Exploration du vécu des infirmières lors de l'expérience de la présence d'un membre de la famille en salle de stabilisation à l'urgence du CSSSC

I. Consentement du sujet

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

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

Nom et signature du sujet de recherche

Date

II. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent de la chercheuse responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

III. Signature et engagement de la chercheuse responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature de la chercheuse responsable du projet de recherche

Date