



HAL
open science

La visite médicale centrée sur la famille (VCF) dans les services de soins néonataux et de réanimation : étude des pratiques et des croyances des professionnels

Marion Lecorguillé

► To cite this version:

Marion Lecorguillé. La visite médicale centrée sur la famille (VCF) dans les services de soins néonataux et de réanimation : étude des pratiques et des croyances des professionnels. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01319206

HAL Id: dumas-01319206

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01319206>

Submitted on 20 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Ecole de SAGES-FEMMES

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2015

La visite médicale centrée sur la famille (VCF) dans les services de soins néonataux et de réanimation : étude des pratiques et des croyances des professionnels.

Présenté et soutenu par : Marion Lecorguillé

Née le 10 novembre 1991

Directeur de mémoire : Pr Sizun J

La visite médicale centrée sur la famille (VCF) dans les services de soins néonataux et de réanimation : étude des pratiques et des croyances des professionnels.

La visite médicale centrée sur la famille dans les services de soins néonataux et de réanimation.

Family-centered rounds in neonatal intensive care units : practices and knowledges of health care professionals.

Lecorguillé M¹, Thébaud V²⁻³, Sizun J²⁻³.

¹ Université de Bretagne occidentale, Ecole sages-femmes Brest, 22 avenue Camille Desmoulins, CS 93837, 29238 Brest Cedex 03, France.

² Pôle de la Femme, de la Mère et de l'Enfant. CHRU Brest, avenue Foch 29609 Brest Cedex, France.

³ EA Ethique, Professionnalisme et Santé, Université de Bretagne Occidentale, Brest.

e-mail : marion.lecorguille09@orange.fr, jacques.sizun@chu-brest.fr, vthebaud2@gmail.com

Mots-clés: family-centered rounds, patient-centered care, NICU.

Communication préliminaire aux Journées Francophones de Recherche en Néonatalogie le 19 décembre 2014.

Travail soutenu par la Fondation de France.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée.....Marion Lecorguillé

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature

M.Lecorguillé

Remerciements

A mon directeur de mémoire,

Monsieur Jacques Sizun,

Professeur agrégé de Pédiatrie à la Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de l'Université de Brest (UBO),

Pédiatre néonatalogiste, Chef du service de Néonatalogie et Réanimation pédiatrique du CHRU de Brest,

Président du Centre de formation NIDCAP en France,

Membre de l'Espace Ethique, Professionnalisme et Santé de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je tiens très sincèrement à vous remercier pour tout ce que vous m'avez appris dans la réalisation de ce projet, pour votre disponibilité, votre soutien, vos précieux conseils mais aussi la confiance qui m'a été accordée.

Ce sujet est passionnant et j'y ai pris beaucoup de plaisir à y travailler.

Je dédie ce mémoire

A mes parents, qui ont toujours été là pour moi tout au long de mes études, et qui m'ont soutenue dans ce travail.

A mon frère, Maxime et à mon entourage.

J'adresse aussi mes remerciements

A l'école Sage-femme de Brest,

Pour ses conseils et son soutien dans la réalisation de cette étude.

A Véronique Thébaud,

Attachée de Recherche à l'Université de Bretagne Occidentale,

Pour son aide dans l'analyse des résultats.

A Sandrine Roudaut, infirmière de recherche clinique, pour la mise en place de l'étude auprès des familles.

Je remercie également les professionnels qui ont accepté de participer et de répondre à cette étude.

Sommaire

1/ Introduction.....	1
2/ Matériels et méthode.....	3
2.1/ Participants.....	3
2.2/ Enquête et questionnaire.....	4
2.3/ Analyse.....	4
3/ Résultats.....	5
3.1/ Taux de réponse.....	5
3.2/ Description des répondants.....	5
3.3/ Perception des pratiques courantes de la visite médicale.....	7
3.4/ Bénéfices de la VCF.....	10
3.4.1/ Intérêt pour les parents.....	10
3.4.2/ Intérêt pour les soignants.....	11
3.4.3/ Intérêt pour les étudiants.....	12
3.5/ Perception des obstacles à l'implantation de la VCF.....	13
3.5.1/ Conséquences de la VCF.....	13
3.5.2/ Obstacles cités à la mise en place de la VCF.....	14
3.6/ Perception des éléments nécessaires à la mise en place de la VCF.....	16
4/ Discussion.....	17
4.1/ Résultats-discussion.....	17
4.1.1/ Bénéfices de la VCF.....	18
4.1.2/ Résistances et réticences des professionnels.....	19
4.1.3/ Perception des éléments nécessaires à la VCF.....	20
4.2/ Originalité du travail.....	21
4.3/ Intérêt pour la pratique clinique et la recherche.....	21
5/ Conclusion.....	22

Bibliographie, Annexes

1/ Introduction :

Les nouveau-nés à risque (prématurés ou porteurs d'une anomalie) sont hospitalisés parfois plusieurs semaines dans les unités de néonatalogie. L'hospitalisation entraîne une séparation parents-enfants qui modifie de façon significative les conditions idéales d'établissement du lien mère-enfant. En effet les phénomènes de bonding, lien affectif qui unit la mère à son enfant et l'amène à s'occuper de lui et l'attachement du bébé vers sa mère sont soutenus par la proximité physique du couple mère-enfant et médiés par des mécanismes neuro-hormonaux complexes [1]. Les conditions d'hospitalisation (environnement sonore et lumineux intense, communication inadaptée, perte ressentie du rôle parental) participent également à la survenue du stress post-traumatique décrit chez les parents d'enfants nés avant terme [2]. Participer activement à la vie quotidienne de leur enfant et partager un certain niveau de décision pourraient être des pistes d'atténuation du stress parental [3].

La prise en charge des familles fait actuellement partie des objectifs des équipes de néonatalogie dans une approche globale. L'ouverture des services aux parents voire à la famille élargie (grands parents, fratrie), la présence de psychologues dans les unités de soins, la participation des parents aux soins de confort, le développement du peau à peau sont des stratégies mises en place pour soutenir et intégrer les parents dans la vie quotidienne des unités. Les pratiques sont cependant très variables d'un centre à l'autre ainsi que d'un pays à l'autre, les centres scandinaves ayant une approche plus libérale que les centres du sud de l'Europe (France, Espagne, Italie) [4,5].

Le concept théorique de « soins centrés sur la famille » repose sur 4 principes essentiels : dignité, respect, partage d'information, collaboration et participation [6]. Ce dernier point, la

participation des parents aux soins et au processus de décision, est encouragée conformément à leurs attentes.

Le processus de décision est traditionnellement élaboré lors de la « visite ». La visite médicale des médecins titulaires en charge de l'unité est réalisée traditionnellement sous deux formes :

- La visite dans ou à proximité de la chambre de l'enfant en présence de l'infirmière, de l'interne et des étudiants [7,8] ;
- La visite sur dossier dans une salle de réunion à distance de la chambre de l'enfant [7-10].

En règle générale, les parents ne sont pas invités à participer activement à cette visite ; ils peuvent en connaître le contenu soit s'ils sont présents soit sous forme d'un entretien programmé à distance.

Un autre type de visite, la « Visite médicale centrée sur la famille » (VCF) (ou « family-centered round ») est une approche volontairement collaborative visant à intégrer les parents au processus de décision. Les parents sont invités à participer à la visite pendant laquelle ils peuvent exprimer leur vision de la situation de leur enfant, leur ressenti et leurs besoins. Leur point de vue est intégré dans l'élaboration du plan de soin. L'Académie Américaine de Pédiatrie recommande d'ailleurs la présence de la famille durant les visites comme une pratique standard [11].

De nombreuses publications nord-américaines rapportent un impact positif : information mieux adaptée [12-14], meilleure compréhension de la situation médicale [15-16], satisfaction des familles, meilleure implication des parents dans les prises de décisions [8,10, 12,13, 17-22], opportunité pour développer des compétences relationnelles chez les étudiants [7,10, 23-26]. Ainsi la VCF permettrait la création d'une relation de confiance entre les familles et les professionnels jusqu'à un partenariat qui incarne l'essence même des soins centrés sur la famille.

Il existe cependant des réticences pouvant entraîner des barrières lors de l'implantation d'un tel dispositif. La connaissance de ces freins est nécessaire avant la mise en place de cette approche.

Aucune donnée n'est disponible concernant ce type de visite dans les unités francophones. Le but de ce travail est double : 1/ connaître les organisations actuelles et les pratiques de la visite dans des unités de néonatalogie ; 2/ analyser les croyances et les perceptions des professionnels concernant la VCF.

Problématique : Peut-on améliorer l'intégration des familles aux prises de décisions concernant leur enfant ?

2/ Matériels et Méthode :

2.1/ Participants :

Une enquête transversale a été menée par auto-questionnaire auprès de trois groupes de professionnels de néonatalogie.

Groupe 1 « NIDCAP » : constitué de 84 professionnels français ou belges directement impliqués dans le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Programm) sollicités au cours des journées francophones du NIDCAP le 22 et 23 mai 2014 à Caen.

Groupe 2 « Service » : 70 professionnels médicaux et paramédicaux exerçant dans un même service de néonatalogie et réanimation ayant implanté le NIDCAP interrogés du 15 juillet à fin août 2014.

Groupe 3 « Internes » : 150 internes en formation de Diplôme Etudes Spécialisées (DES) en pédiatrie inscrits dans les six universités du réseau Grand Ouest HUGO (Hôpitaux Universitaires Grand Ouest : Brest, Nantes, Rennes, Poitiers, Angers et Tours).

2.2/ Enquête et questionnaire :

Il s'agit d'une étude anonyme d'amélioration des pratiques professionnelles. L'enquête a été approuvée par le Comité d'Ethique et la Cellule Qualité Recherche du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest.

Les questionnaires ont été adressés sous version papier pour les groupes 1 et 2 et sous forme électronique pour le groupe 3. Le logiciel « Monkey Survey » a été utilisé pour créer le questionnaire en ligne. L'enquête pour le groupe 3 a été diffusée électroniquement à la liste des internes du réseau HUGO après accord du coordonnateur inter-régional.

Le questionnaire comprenait 18 questions (Annexe 2). Celles-ci portaient sur des données sociodémographiques : le lieu d'exercice, l'ancienneté, la profession. Il a été demandé aux professionnels quelles étaient les pratiques actuelles de la visite médicale, si l'accès des parents aux soins et aux visites était autorisé. Les soignants ont répondu selon un degré d'accord sur une échelle de Likert à 5 propositions sur les bénéfices et obstacles à la mise en place de la VCF. Ils ont aussi précisé les éléments nécessaires pour une implantation optimale de la VCF.

2.3/ Analyse :

Les résultats ont été colligés et analysés sur le logiciel EPI Info version 3.4.5. Une saisie automatisée a été réalisée via Monkey Survey pour le groupe 3 et l'exportation des résultats sous tableur Excel. Une codification des données qualitatives a été réalisée à partir d'une première lecture des réponses et utilisation d'un code couleur pour identifier les idées émises

par les répondants. Les idées ont été regroupées en thèmes puis codifiées. Une deuxième lecture à travers une grille de codification par thématique a permis de vérifier la cohérence de la première codification couleur et de compter les réponses par thématiques. Une vérification de la saisie a été faite à partir de la version papier pour tous les 5 questionnaires. Des analyses croisées ont été effectuées pour les groupes 1 et 2. Pour chaque question, des pourcentages ont été calculés pour les groupes NIDCAP et Service avec des intervalles de confiance à 95% de chance de contenir la vraie valeur du paramètre estimé, ainsi que des écarts-types pour les moyennes. Pour le groupe 3, les analyses croisées et les intervalles de confiance n'ont pas pu être calculés du fait de la méthode de gestion des données.

Les tests de Chi 2 a été utilisé pour comparer les pourcentages et le test de Student pour les moyennes. Les intervalles de confiance ont été calculés dans le logiciel Epi info afin de faire ressortir les différences significatives.

3/ Résultats :

3.1/ Taux de réponse :

Groupe 1 : 76/84 (90%)

Groupe 2 : 53/70 (76%)

Groupe 3 : 46/150 (31%)

3.2/ Description des répondants :

Le groupe 3 est essentiellement composé d'étudiants de médecine (96%), en moyenne plus jeunes (moyenne 27 ans) que les répondants des autres groupes (groupe 1 : 39 ans (± 9) ; groupe 2 : 32 ans (± 5)).

Les professionnels du groupe du NIDCAP ont plus d'expérience professionnelle en néonatalogie que les professionnels du service (>5 ans : 92% vs 53%) et tous les membres du groupe 3 ont moins de 5 ans d'expérience professionnelle (Tableau I).

Tableau I Description des caractéristiques des répondants en fonction des groupes :

Groupes	Sexe	Age moyen (années)	Ancienneté exercice > 5 ans	Répondants ayant des enfants
1 NIDCAP	95% femmes	39	92%	88%
2 Service	96% femmes	32	53%	59%
3 Internes	96% femmes	27	0%	15%

Les groupes ne sont bien entendus pas superposables en terme de profession et de formation NIDCAP. Les groupes 1 et 2 étaient majoritairement composés d'infirmières (67% et 72%). Contrairement au groupe du NIDCAP, la plupart des professionnels du groupe Service ne sont ni certifiés ni en formation NIDCAP (Tableau II).

Groupe 1 NIDCAP :

78% des répondants travaillent en France et 22% en Belgique.

Parmi les répondants, il y a 5 cadres (7%), 51 infirmières (67%), 16 médecins (21%), 2 psychologues (3%), 1 psychomotricien, et 1 sage-femme.

Groupe 2 Service :

Parmi les 50 répondants, il y a 4 aides-soignantes (8%), 36 infirmières (72%), 6 médecins (12%), 2 auxiliaires puéricultrices (4%), 2 autres professions non précisées (4%).

Tableau II : Pourcentages de répondants certifiés ou en formation NIDCAP :

Groupes	Certifié NIDCAP	En formation NIDCAP	Ni l'un ni l'autre
1 NIDCAP	53%	27%	20%
2 Service	4%	4%	92%

Groupe 3 Internes : 96% sont des étudiants en médecine et le nombre moyen de semestres réalisés est de 3.

3.3/ Perception des pratiques courantes de la visite médicale :

Les 3 groupes ont donné des réponses approximativement identiques concernant l'accès au service 24 heures/24 même pendant les soins infirmiers. La participation active des parents à la visite médicale serait très peu réalisée dans les unités dont sont issus les répondants (IC95 [2,5%-16,6%]). Il existe des différences significatives entre les groupes 1 et 2 concernant l'accès des parents à la visite médicale (IC95 [63,7%-84,2%] groupe NIDCAP vs [28,1%-55,9%] groupe service). La visite se fait sur dossiers majoritairement dans le groupe service (IC95 [50,9%-78,0%] vs [23,2%-46,9%]) (Figure 1).

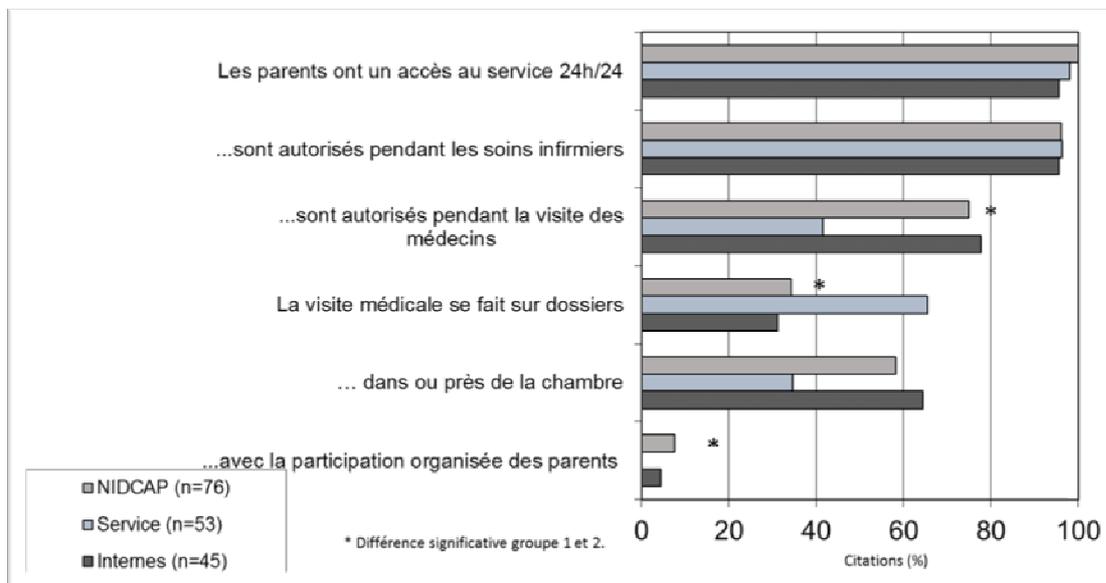


Figure 1 : Perception des pratiques actuelles courantes de la visite médicale

Pour les réponses issues du groupe service, il y aurait une hétérogénéité des pratiques puisque 65% des répondants ont cité la visite sur dossiers, ce qui pourrait expliquer pourquoi seulement 41% des parents ont été autorisés à rester pendant la visite des médecins. Au sein d'un même établissement les avis divergent également selon le lieu de travail : 46% des

répondants du service de réanimation ont précisé que les parents étaient autorisés à rester à la visite des médecins et 75% ont aussi cité la pratique de la visite sur dossiers.

Faisabilité de la VCF

Globalement, 67% des répondants ont considéré la VCF comme réalisable. (Figure 2) Cependant cette perception variait en fonction des groupes interrogés, des catégories socio-professionnelles, de l'ancienneté en néonatalogie et du niveau de formation par rapport au NIDCAP.

Les résultats des échelles de Likert ont été regroupés :

- D'accord = d'accord + tout à fait d'accord.
- Neutre = ni d'accord ni en désaccord
- Pas d'accord = pas du tout d'accord + pas d'accord

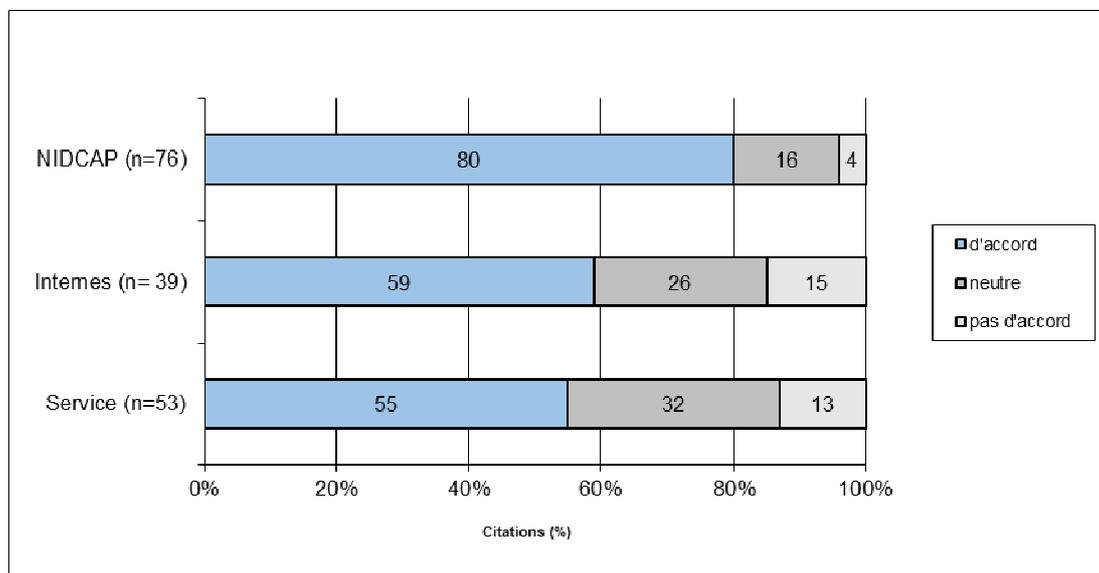


Figure 2 : Perception de la faisabilité de la VCF

Les réponses les plus favorables à l'implantation de la VCF proviennent du groupe NIDCAP.

La VCF a été perçue comme faisable par les professionnels médecins à 91% et 67% pour les infirmières.

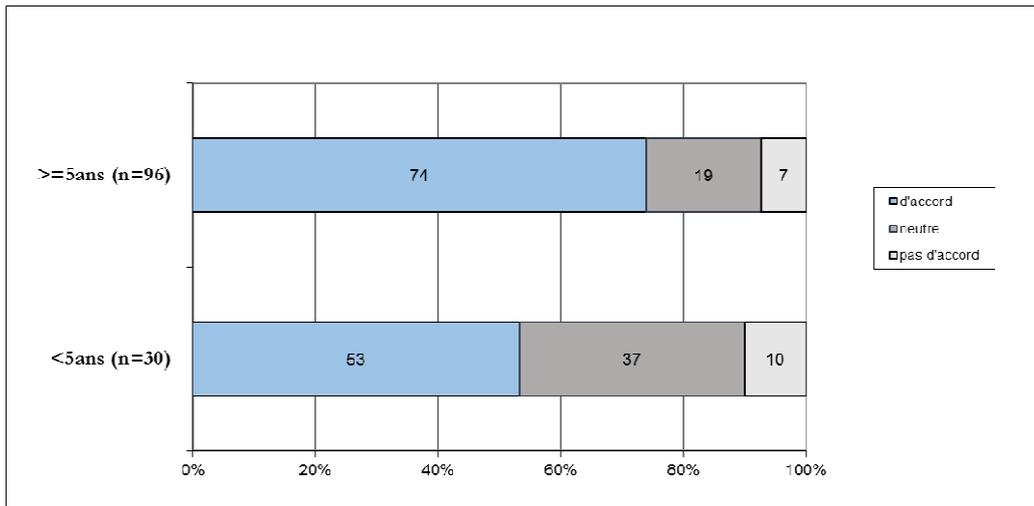


Figure 3: Perception de la faisabilité de la VCF par ancienneté professionnelle (groupes 1 et 2)

La formation NIDCAP influence les réponses avec des avis plus favorables.

(Figure 4)

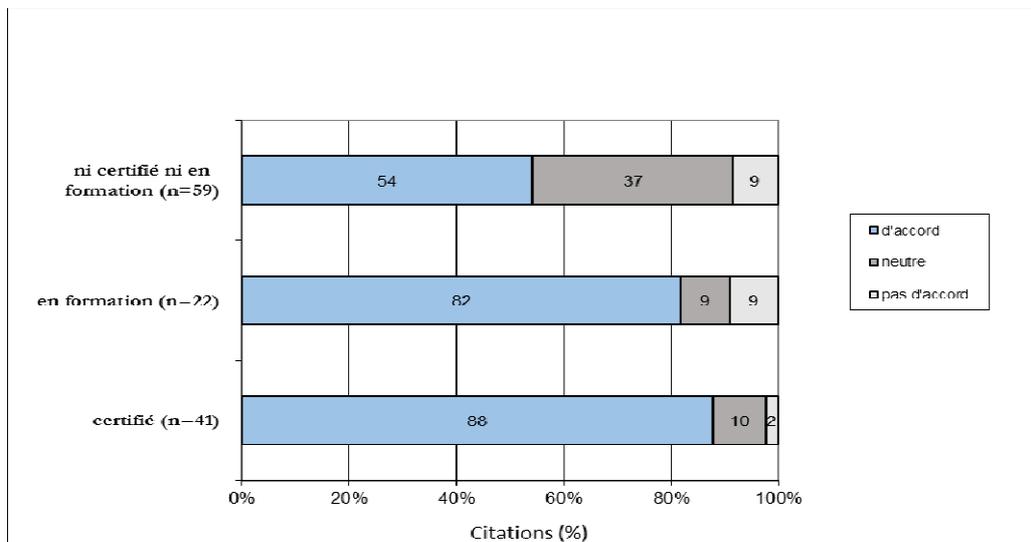


Figure 4 : Perception de la faisabilité de la VCF selon le niveau de formation NIDCAP (groupes 1 et 2).

3.4/ Bénéfices de la VCF :

Concernant les bénéfices de la VCF, l'avantage concernait essentiellement l'intérêt pour les parents (IC95 [100%] vs [40,9%-73,0%]) et à moindre degré pour les soignants (IC 95 [81,8%-99,3%] vs [33,8%-66,2%]) et les étudiants (IC95 [68,6%-91,4%] vs [36,1%-65,9%]). La formation NIDCAP influence positivement la réponse. (Figure 5)

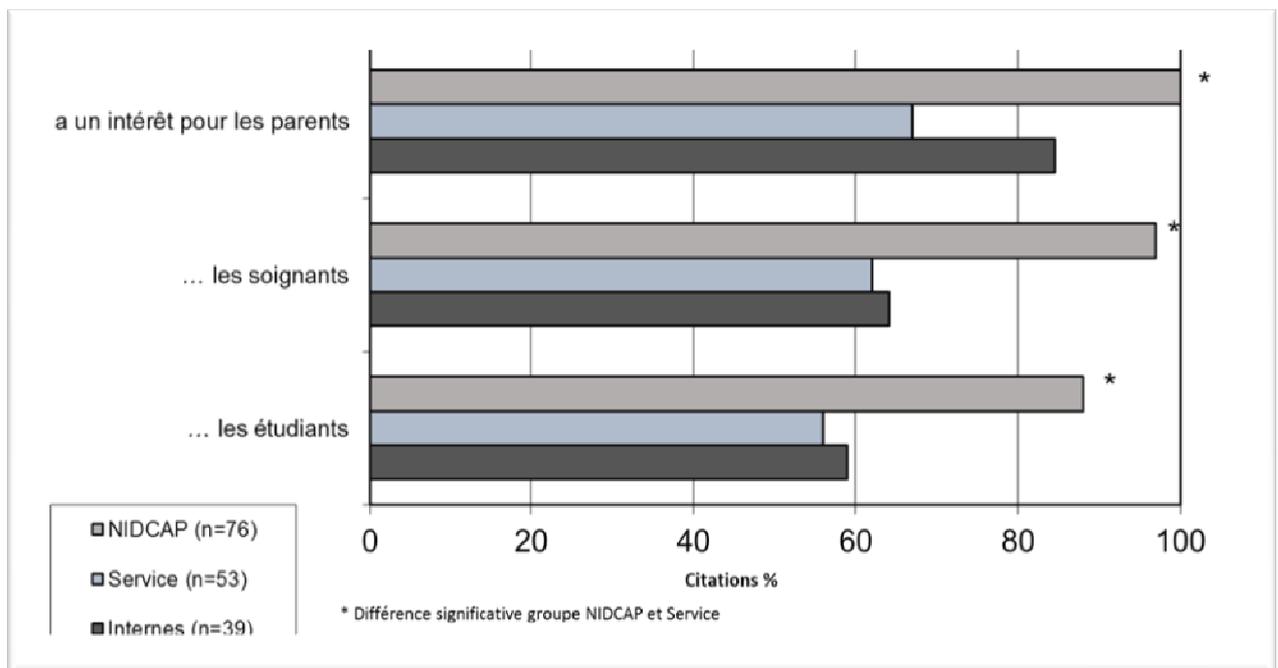


Figure 5 : Perception des intérêts de la VCF selon les groupes

3.4.1/ Intérêt pour les parents : 100% pour le groupe NIDCAP 68% pour le groupe service et 85% pour le groupe internes. 91% des répondants dans les groupes 1 et 2 ayant eux-mêmes des enfants (n=86) ont répondu que la VCF a un intérêt. La VCF présente un intérêt pour les parents selon les médecins majoritairement (100% groupe NIDCAP (n=16) et 80% pour le groupe service (n=4)) et les infirmières à un moindre degré (100% groupe NIDCAP (n=51) et 70% du groupe service (n=25)). De plus, le bénéfice pour les familles est cité par 100% des répondants de moins de 5 ans et de plus de 5 ans d'ancienneté du groupe NIDCAP (n=75) et 69% des professionnels ayant plus de 5 ans ancienneté (n=18) dans le groupe service et 67% de moins de 5 ans d'expérience (n=16).

La formation NIDCAP influence les réponses avec des avis positifs, puisque 100% des soignants certifiés (n=41) et 95% en formation NIDCAP (n=21) ont répondu favorablement (groupes 1 et 2).

Sur les 128 répondants des groupes 1 et 2, 111 (87%) pensent que la VCF a au moins un intérêt pour les parents et 85% des répondants du groupe 3.

Selon les professionnels, les intérêts évoqués pour les parents sont :

- de recevoir une **meilleure information** sur l'état de santé et la prise en charge de leur enfant (46% des professionnels du groupe 1 et 2 et 73% groupe 3). En particulier la VCF permettrait de donner une information actualisée, non déformée, précise, compréhensible et adaptée aux parents.
- de considérer les parents comme des **partenaires dans les décisions** (37% des professionnels des groupes 1 et 2 et 23% du groupe 3).
- la VCF permettrait de les considérer comme des **partenaires de soins** (18% des professionnels des groupes 1 et 2 et 28% du groupe 3).
- la VCF permettrait aussi de reconnaître les **compétences des parents** (13% des professionnels des groupes 1 et 2).
- elle faciliterait **l'écoute et le soutien des parents** (9% des professionnels des groupes 1 et 2 et 28% des internes).
- elle conduirait à une **meilleure prise en charge de l'enfant** (5% des professionnels des groupes 1 et 2).

Le groupe des internes a cité également l'impact bénéfique sur le lien mère-enfant (14%).

3.4.2/ Intérêt pour les soignants :

97% d'après le groupe NIDCAP, 64% pour les internes et 61.5% pour le groupe service.

94% des médecins du groupe 1 (n=15) et 100% pour le groupe 2 (n=5) ont trouvé un intérêt pour les soignants et 98% des infirmières du groupe 1 (n=50) et 56% du groupe 2 (n=20). Celui-ci est cité majoritairement par les plus de 5 ans d'expérience. La formation NIDCAP majore la réponse: 100% des personnes en formation (n=22) et 95% des répondants certifiés (n=39) étaient d'accord pour les deux groupes. Les intérêts de la VCF pour les professionnels seraient :

- de recevoir la **même information médicale** que les parents (38% groupe 1 et 2 et 12% groupe internes).
- un **travail de collaboration** entre médecins, soignants et parents (26% groupe 1 et 2 et 62% groupe internes).

Ceci conduirait à une **meilleure prise en charge de l'enfant** (18% groupe 1 et 2 et 19% groupe 3) et une personne suggère que cela pourrait être un **gain de temps**.

3.4.3/ Intérêt pour les étudiants :

87% pour le groupe NIDCAP, 56% pour le groupe service et 59% pour le groupe internes.

Les intérêts de la VCF pour les étudiants seraient :

- **d'apprendre à inclure les parents dans la prise en charge** (27% des groupes 1 et 2 et 14% des internes).
- de développer des **compétences relationnelles** avec les parents (18% des groupes 1 et 2 et 87% des internes).
- un **intérêt pédagogique** (12% des groupes 1 et 2 et 47% des internes).
- de les intégrer comme **partenaires de soins** (4% des groupes 1 et 2 et 7% des internes).

3.5/ Perception des obstacles à l'implantation de la VCF :

3.5.1/ Conséquences de la VCF :

Les fréquences des réponses aux obstacles proposés par le questionnaire ont varié selon les groupes, et il semblerait que les professionnels du groupe NIDCAP aient la plupart du temps des perceptions différentes de celles des deux autres groupes. (Tableau III).

Tableau III : Perception des obstacles à la VCF selon les groupes

	La présence des parents est un obstacle à certaines discussions	La VCF allonge la durée de la visite	Les décisions prises lors de la VCF peuvent être anxiogènes pour les parents
Groupe NIDCAP	45% IC 95[31,4%-55,3%]	47% IC 95[29,0%-53,7%]	32% IC 95[20,2%-42,5%]
Groupe Service	81% IC 95[48,6%-83,3%]	77% IC 95[53,5%-83,4%]	64% IC 95[33,4%-66,6%]
Groupe Internes	80%	80%	56%

La présence des parents est retrouvée comme un obstacle de façon plus importante chez les moins de 5 ans d'expérience ainsi que les répondants n'ayant pas d'enfants. Les professionnels certifiés NIDCAP ont cité cet obstacle à 44% dans les deux groupes (n=18), pour 83% des infirmières (n=30) et 100% des médecins du groupe service (n=6) et à un moindre degré les professionnels du groupe NIDCAP (46% des infirmières (n=23) et 38% des médecins (n=6)).

La VCF allongerait la durée de la visite selon la catégorie professionnelle de façon plus importante pour le groupe service (77% des infirmières (n=27) et 67% des médecins (n=4)) comparé au groupe NIDCAP (43% des infirmières (n=21), 44% des médecins (n=7)).

Le caractère anxiogène possible pour les parents constitue un obstacle pour les moins de 5 ans d'expérience et pour 64% des soignants non certifiés NIDCAP (n=38) contrairement à 30%

du personnel certifié (n=12) des groupes service et NIDCAP. Celui-ci est moins souvent cité par les médecins (25% groupe NIDCAP (n=4) et 33% groupe service (n=2)).

3.5.2/ Obstacles cités à la mise en place de la VCF :

En moyenne, l'organisation est perçue comme le premier obstacle à la mise en place de la VCF (64%), suivie de la réticence des médecins (55%), du manque de temps (43%), de la réticence des paramédicaux (38%), la complexité des dossiers (33%), la nécessité de confidentialité (32%) , le stress des parents (26%), la réticence des parents à participer (6%). (Figure 6)

Le groupe NIDCAP a surtout mis en avant la réticence des médecins et beaucoup moins le manque de temps et la complexité des dossiers.

Les groupes internes et service ont cité en premier lieu l'organisation puis le manque de temps.

Il existe des différences significatives entre les groupes 1 et 2 sur la notion de l'organisation (IC 95 [54,0%-76,3%] groupe 1 vs [42,3%-70,2%] groupe 2) ; la réticence des médecins (IC 95 [65,2%-85,3%] vs [16,8%-42,3%]) ; le manque de temps (IC 95 [15,8%-36,3%] vs [36,8%-64,9%]) et le stress des parents en présence de l'équipe (IC 95 [7,5%-24,4%] vs [31,6%-59,6%]).

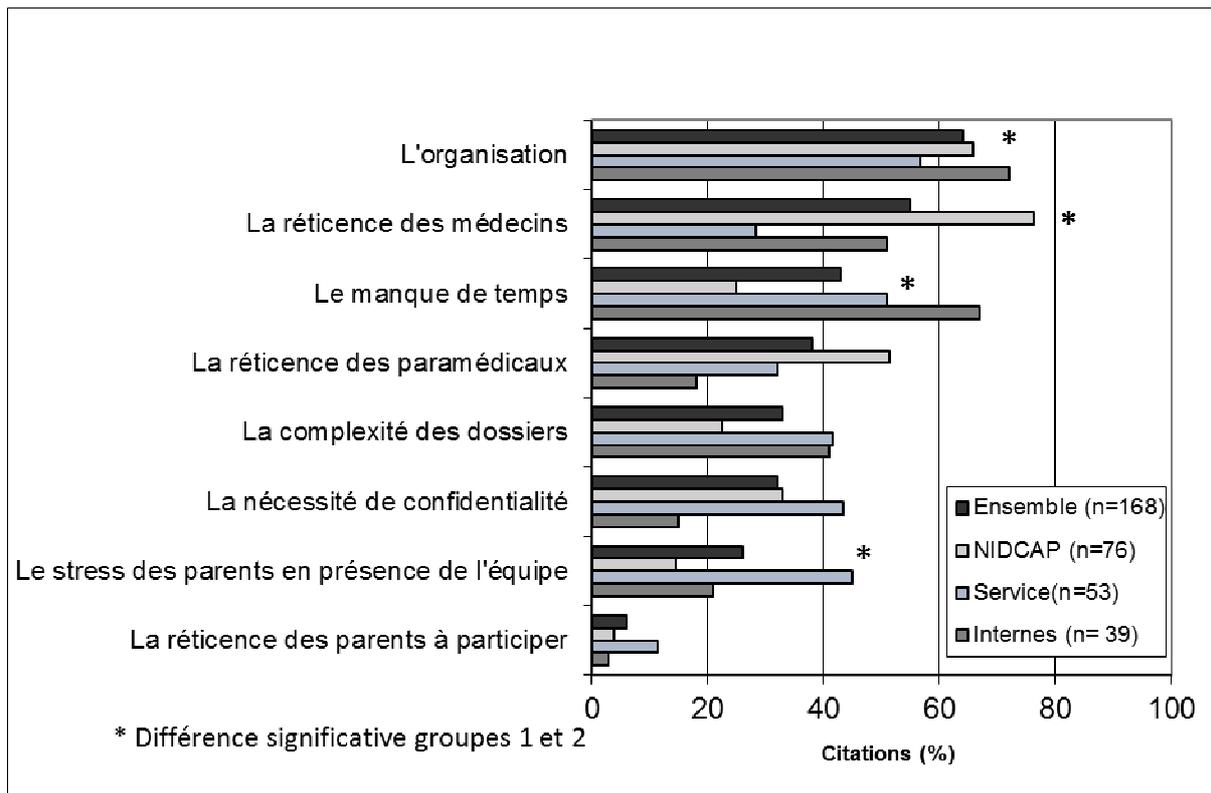


Figure 6 : Perception des obstacles à l'implantation de la VCF

Parmi les trois groupes, 36 répondants ont répondu à la question ouverte « autre obstacle ». 24 d'entre eux ont rapporté leur questionnaire par rapport à **l'obstacle organisationnel**. En particulier, ils soulèvent des questions suivantes : comment mettre en place en pratique la VCF lorsqu'il existe un manque de place, une restriction de personnel ? Comment faire pour respecter la confidentialité des patients lorsqu'il y a un partage de chambre ? Comment la VCF peut-elle se faire en adéquation avec les principes du NIDCAP ? Comment s'assurer de la présence des parents ? 9 professionnels ont soulevé les **barrières de communication** entre professionnels et parents. Enfin 6 professionnels ont précisé la **possibilité de tout aborder** en présence des parents, telles que les questions relatives à la fin de vie, les divergences de point de vue médicaux, les problèmes sociaux.

3.6/ Perception des éléments nécessaires à l'implantation de la VCF :

Les résultats à la liste suggérée des éléments nécessaires à l'implantation de la VCF varient en fonction des groupes interrogés. Cependant il semblerait que les groupes 1 et 2 aient des perceptions similaires sur l'importance des éléments nécessaires. Globalement, un leadership médical (59%) et la création d'un groupe de travail (55%) sont les éléments les plus cités, puis une formation (43%), la visite d'autres services (25%) et la création de postes supplémentaires (8%). La nécessité d'avoir un soutien financier pour implanter la VCF n'a jamais été citée. (Figure 7) Il n'existe pas de différences significatives entre les groupes.

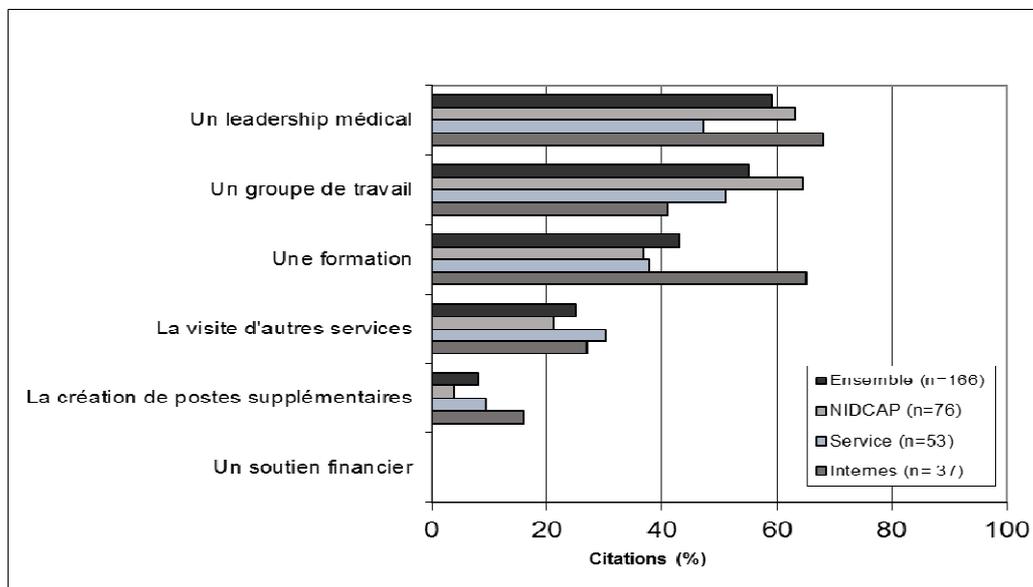


Figure 7 : Perception des éléments nécessaires à l'implantation de la VCF

Parmi les trois groupes, 29 professionnels ont répondu à la question ouverte sur « autre élément nécessaire ». En cohérence avec les questions relatives aux obstacles, l'aspect organisationnel a été le plus souvent reporté par les répondants (n=16) (le groupe 3 a précisé particulièrement la nécessité de plus de temps et d'internes), puis l'importance d'obtenir l'adhésion des professionnels (n=6), l'avis des parents (n=2) mais aussi la collaboration avec des psychologues (n=1).

31 répondants ont laissé un commentaire. Dans l'ensemble, ils confortent les résultats précédents concernant les questionnements sur l'organisation (n=14). De plus, 15 répondants ont évoqué la nécessité de maintenir un temps entre professionnels uniquement afin que toutes les discussions à aborder puissent se faire et que les divergences de point de vue ne soient pas présentées aux parents. Globalement la VCF est perçue comme réalisable. Cette perception semble augmenter avec l'ancienneté et la qualification au NIDCAP des professionnels. Cependant ces enquêtes mettent en évidence de nombreuses questions qu'un groupe de travail ou un leadership médical devront aborder afin de pouvoir implanter la VCF.

4/ Discussion :

4.1/ Résultats-discussion :

Cette enquête étudie l'adhésion des professionnels à un changement potentiel de pratique et l'impact que pourrait avoir l'implication des familles aux prises de décisions. Il s'agit de la première étude en France évaluant les pratiques actuelles de la visite médicale en néonatalogie. D'après les résultats, les parents sont majoritairement autorisés à rester pendant les soins infirmiers mais peu durant la visite des médecins. Les résultats sont influencés par la formation NIDCAP éventuelle des répondants ou leur service d'origine: la formation NIDCAP est associée à une plus grande fréquence des avis favorables. Au sein d'un même service les avis diffèrent, ce qui explique des représentations variées de la VCF. Au sein d'une même unité de néonatalogie, les répondants ne citent pas uniformément la même pratique de visite bien qu'ils travaillent dans le même lieu. Cela s'expliquerait-il par la non connaissance des critères de la visite, une perception différente ou des modalités variées en fonction des médecins ou des jours de la semaine? La présence de la VCF n'est quasiment pas formalisée en France. La littérature américaine depuis 2007 nous enseigne que la visite s'est implantée

dans plusieurs centres aux Etats-Unis : presque la moitié des milieux académiques de pédiatrie et le tiers des instituts non académiques [27]. Les familles souhaitent être présentes à 85-100% [17,20]. Bien que l'Académie Américaine de Pédiatrie ait pour recommandation d'inclure les familles aux prises de décisions, peu de recherches ont évalué l'impact.

Dans cette étude, la VCF est perçue réalisable par les médecins, cela a un intérêt majeur car ce sont les leaders d'un changement de pratique. Des analyses croisées auraient été nécessaires afin de savoir si ces médecins sont formés NIDCAP ou non et connaître leur ancienneté.

Les infirmières auraient une meilleure perception de l'inclusion des familles par rapport aux autres catégories professionnelles. Elles sont en effet des membres importants de par leur proximité dans les soins avec l'enfant et ont donc accès à beaucoup d'informations [23]. Dans les études de Stickney et Santiago, les médecins sont moins désireux de rencontrer les familles.

4.1.1/ Bénéfices de la VCF :

Concernant l'intérêt pour les parents, l'accès à une information adaptée, précise et actualisée est cité dans la littérature [10, 12-14,26]. La notion de compréhension est également essentielle. D'après une étude de Cameron, les parents se sentent plus investis lors de la VCF. La meilleure implication aux soins pourrait être expliquée par une meilleure compréhension des décisions [3,12-14,22,27,28]. D'après les résultats, les parents ayant déjà des enfants trouveraient un bénéfice supérieur. La littérature américaine précise également que la famille est le soutien primordial de l'enfant [9], elle possède des compétences reconnues, c'est pourquoi les parents sont considérés comme des partenaires de décisions et de soins [9,14,29]. Ils seraient plus écoutés et peuvent exprimer leurs inquiétudes [30,31]. D'autres points non cités dans cette enquête montrent que la VCF diminue la durée d'hospitalisation

[10,14,16,31], elle permet une meilleure prise en charge de l'enfant à long terme par sa famille [22] et une satisfaction augmentée [17,18,22].

Concernant l'intérêt pour les soignants, la VCF permet aux professionnels d'obtenir une information cohérente et uniforme. Le travail de collaboration dans la triade médecin, soignants et familles est amélioré et les professionnels se sentent plus aptes à répondre aux questions [9,31]. D'après des études, la VCF permet d'obtenir de la part des parents des informations sur l'état de l'enfant et fournit une meilleure compréhension du plan de traitement, les parents entendent des discours identiques [9,22]. La littérature met souvent en avant le fait que les infirmières trouvent un avantage majeur car elles sont moins souvent obligées de réexpliquer les données pendant la visite par la suite et elles se sentent plus confiantes [16,20,28]. D'autres bénéfices non cités apparaissent dans la littérature, notamment la diminution des erreurs médicales et les transmissions facilitées [23].

Concernant l'intérêt pour les étudiants, la VCF permettrait d'apprendre à inclure les parents dans la prise en charge et de développer des compétences relationnelles. Les étudiants sont capables d'observer le langage utilisé [10,24]. L'intérêt pédagogique de la VCF est confirmé dans la littérature [7,10, 23-26]. L'étudiant est intégré comme partenaire de soins [27]. Cependant, d'après certaines études, l'apprentissage des étudiants serait diminué [17,32]. Du côté des internes, ils sont anxieux d'être observés, de ne pas savoir répondre aux questions des familles [9,33,34].

4.1.2/ Résistances et réticences des professionnels :

Les professionnels craignent l'augmentation de la durée de la visite. D'après la littérature, il existe de nombreuses divergences sur la notion de temps. La durée est prolongée si les parents ont des questions [14,16,18,23,28,29]. D'autres enquêtes ont montré que le temps n'était pas augmenté car il est mieux réutilisé le reste de la journée [8-10,22,27,33]. La notion de

décisions anxiogènes pour les parents est aussi retrouvée dans la littérature [12,16], comment en particulier annoncer des mauvais pronostics? [16,17]. D'après cette étude, cette réticence est citée majoritairement par les répondants ayant travaillé depuis moins de 5 ans. Est-elle la conséquence d'un manque d'expérience professionnelle? La complexité des dossiers ressort également [16,32] et la problématique d'aborder les discussions des issues sociales [20,22]. Les professionnels craignent une diminution de la satisfaction de l'équipe et une restriction des informations échangées entre eux [17]. Les professionnels doivent-ils tout aborder en présence des familles? La problématique de la confidentialité est aussi soulevée dans les études de Davidson, Santiago et Landry, elle pose un problème éthique concernant le respect du secret médical. Des moyens devront être mis en œuvre afin de respecter ce principe. Le stress des parents est peu évoqué dans cette étude mais retrouvé dans la littérature [22], c'est la raison qui expliquerait pourquoi ils ne souhaitent pas participer [11,13]. Les barrières de communication et le langage entraînent une disparité dans la prise en charge et sont donc aussi des problématiques nécessaires à prendre en compte.

4.1.3/ Perception des éléments nécessaires à la VCF :

Le leadership médical et la création d'un groupe de travail sont les éléments majeurs retrouvés dans la littérature [23].

Trois étapes pour l'implantation de la VCF sont proposées : une préparation, un échange et un retour de la visite. La préparation est un travail collectif, une volonté commune, une écoute active et l'adhésion à une démarche de responsabilités partagées [9]. Il est possible d'expliquer aux familles le déroulement de la visite, le rôle de chacun [10,16,22]. Préparer les professionnels avant la visite est essentiel [14]. Une personne explique le temps de la visite, la composition de l'équipe, comment l'information est présentée [11,28]. Les infirmières peuvent aider les parents à préparer leurs questions [14], les soignants utilisent un langage adapté [10, 25]. Un travail en amont adapté au fonctionnement de service est nécessaire.

L'objectif est de mener un travail de réflexion dans une dynamique de changement de pratiques afin de déterminer quels seront les outils indispensables à l'implantation de la VCF, dans le respect des principes des soins centrés sur la famille.

4.2/ Originalité du travail :

Cette étude a été réalisée à l'échelle nationale sur différents groupes. Elle a permis d'étudier l'adhésion des professionnels à un changement de pratique au sein d'un service, mais aussi plus spécifiquement sur une population formée NIDCAP sensibilisée au sujet et les internes, futurs médecins formés à l'approche de qualité de soins. Il s'agit d'une première étude en France qui évalue le concept et les perceptions des professionnels. La qualité de soins est un principe indispensable en médecine et pour les familles ayant un enfant prématuré hospitalisé.

Ce travail a montré des différences de points de vue sur la pratique actuelle de la visite or la VCF se réfère à des critères précis qui sont : implication des familles aux prises de décisions, la transparence de l'information, la reconnaissance des besoins, le soutien, la réassurance des familles et le suivi du plan de soins [31].

4.3/ Intérêt pour la pratique clinique et la recherche :

La VCF permettrait d'améliorer la prise en charge des patients et de leurs familles. Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche plus large appelé VINCI (Visite en néonatalogie centrée sur la famille et individualisée) intégrant une enquête en parallèle auprès des familles dans un service (n=35) afin de connaître leurs besoins et satisfaction et une recherche action participative. L'étude auprès des familles a été créée dans le cadre de ce mémoire et s'est déroulée de début juillet 2014 à début janvier 2015. Les résultats de l'enquête sont en cours d'analyse. Les questions ont été rédigées d'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé du patient traceur. Elles ont porté sur la perception du déroulé de la visite selon les familles et leur satisfaction sur la participation aux soins et aux prises de décisions.

La recherche action participative va consister en l'association de méthodes participatives, une réflexion en équipe sur une problématique, la recherche de solutions pour un processus de changement avec un responsable projet et des experts contributeurs.

5 / Conclusion :

Les résultats sont favorables à la réalisation de la VCF. Cette étude reste à poursuivre dans d'autres services en France à plus grande échelle. Il conviendra de définir la visite médicale au sein d'un groupe de travail, de développer des stratégies réalistes pour lever les obstacles à son insertion, de réaliser une analyse sociologique de l'implantation. En parallèle, connaître les attentes des parents par rapport à un changement de pratique de la visite médicale est une nécessité afin de pouvoir mettre en adéquation les besoins des parents et les pratiques.

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Guedeney N, Lamas C, Beckechi V, et al. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. Arch. fr. pédiatr. 2008;15(1):12-19.
- [2] Laroque B, Samain H. Etude Epipage : mortalité des enfants grands prématurés et état d'avancement du suivi. J. gynécol. obstét. biol. reprod. 2001;30(6):233-241. [En ligne]. http://www.em-consulte.com/showarticlefile/114360/pdf_47196.pdf. Consulté le 24 décembre 2014
- [3] Jacobowski NL, Girard TD, Mulder JA, et al. Communication in critical care: family rounds in the intensive care unit. Am J Crit Care. 2010;19(5):421-430. [En ligne]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707491/>. Consulté le 12 juillet 2014
- [4] Cuttini M, Rebagliato M, Bortoli P, et al. Parental visiting, communication, and participation in ethical decisions: a comparison of neonatal unit policies in Europe. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1999;81(2):84-89. [En ligne]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1720990/pdf/v081p00F84.pdf> Consulté le 24 décembre 2014
- [5] Greisen G, Mirante N, Haumont D, et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. Acta Paediatr. 2009;98(11) :1744-1750.
- [6] Institute for patient and family centered-care. [En ligne]. <http://www.ipfcc.org/> Consulté le 24 décembre 2014
- [7] Sisterhen LL, Blaszkak RT, Woods MB, et al. Defining family-centered rounds. Teach Learn Med. 2007;19(3):319-322.
- [8] Knoderer HM. Inclusion of parents in pediatric subspecialty team rounds: attitudes of the family and medical team. Acad Med. 2009;84(11):1576-1581.

- [9] Rosen P, Stenger E, Bochkoris M, et al. Family-centered multidisciplinary rounds enhance the team approach in pediatrics. *Pediatrics*. 2009;123(4):603-608. [En ligne]. <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/e603.long>. Consulté le 12 janvier 2014
- [10] Muething SE, Kotagal UR, Schoettker PJ, et al. Family-centered bedside rounds: a new approach to patient care and teaching. *Pediatrics*. 2007;119(4):829-832. [En ligne]. <http://pediatrics.aappublications.org/content/119/4/829.long>. Consulté le 12 janvier 2014
- [11] Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. 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. *Crit Care Med*. 2011;35(2):605-622. [En ligne]. <http://www.learnicu.org/Docs/Guidelines/Patient-CenteredIntensive.pdf>. Consulté le 06 juillet 2014
- [12] Landry M-A, Lafrenaye S, Roy M-C, et al. A randomized, controlled trial of bedside versus conference-room case presentation in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics*. 2007;120(2):275-280. [En ligne]. <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/2/275.long>. Consulté le 12 avril 2014
- [13] Rotman-Pikielny P, Rabin B, Amoyal S, et al. Participation of family members in ward rounds: Attitude of medical staff, patients and relatives. *Patient Educ Couns*. 2007;65(2):166-170.
- [14] Latta LC, Dick R, Parry C, et al. Parental responses to involvement in rounds on a pediatric inpatient unit at a teaching hospital: a qualitative study. *Acad Med*. 2008;83(3):292-297. [En ligne]. http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2008/03000/Parental_Responses_to_Involvement_in_Rounds_on_a.16.aspx Consulté le 15 août 2014
- [15] Lion KC, Mangione-Smith R, Martyn M, et al. Comprehension on Family-Centered Rounds for Limited English Proficient Families. *Acad Pediatr*. 2013;13(3):236-242.
- [16] Grzyb MJ, Coe H, Rühland L, et al. Views of parents and health-care providers regarding parental presence at bedside rounds in a neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 2013;34(2):143-148.
- [17] Aronson PL, Yau J, Helfaer MA, et al. Impact of family presence during pediatric intensive care unit rounds on the family and medical team. *Pediatrics*. 2009;124(4):1119-1125. [En ligne]. <http://pediatrics.aappublications.org/content/124/4/1119.long>. Consulté le 12 avril 2014
- [18] Rappaport DI, Ketterer TA, Nilforoshan V, et al. Family-centered rounds: views of families, nurses, trainees, and attending physicians. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51(3):260-266.
- [19] Stickney CA, Ziniel SI, Brett MS, et al. Family Participation during Intensive Care Unit Rounds: Attitudes and Experiences of Parents and Healthcare Providers in a Tertiary Pediatric Intensive Care Unit. *J Pediatr*. 2014;164(2):402-406.
- [20] McPherson G, Jefferson R, Kisson N, et al. Toward the inclusion of parents on pediatric critical care unit rounds. *Pediatr Crit Care Med*. 2011;12(6):255-261.
- [21] Davidson JE. Family presence on rounds in neonatal, pediatric, and adult intensive care units. *Ann Am Thorac Soc*. 2013;10(2):152-156.
- [22] Cameron MA, Schleien CL, Morris MC. Parental presence on pediatric intensive care unit rounds. *J Pediatr*. 2009;155(4):522-528.
- [23] Mittal VS, Sigrest T, Ottolini MC, et al. Family-centered rounds on pediatric wards: a PRIS network survey of US and Canadian hospitalists. *Pediatrics*. 2010;126(1):37-43. [En ligne]. <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/37.long>. Consulté le 12 janvier 2014

- [24] Cox ED, Schumacher JB, Young HN, et al. Medical student outcomes after family-centered bedside rounds. *Acad Pediatr*. 2011;11(5):403-408. [En ligne]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3170444/>. Consulté le 15 mars 2014
- [25] Harris G-M. Family-centered Rounds in the Neonatal Intensive Care Unit. *Nurs Womens Health*. 2014;18(1):18-27. [En ligne]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1751-486X.12090/abstract;jsessionid=E8B24C87529ADA270811782B2C21CFCD.f02t04>. Consulté le 02 mars 2014
- [26] Kuo DZ, Sisterhen LL, Sigrest TE, et al. Family experiences and pediatric health services use associated with family-centered rounds. *Pediatrics*. 2012;130(2):299-305. [En ligne]. <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/2/299.long>. Consulté le 12 janvier 2014
- [27] Bhansali P, Birch S, Campbell JK, et al. A time-motion study of inpatient rounds using a family-centered rounds model. *Hosp Pediatr*. 2013;3(1):31-38.
- [28] Voos KC, Ross G, Ward MJ, et al. Effects of implementing family-centered rounds (FCRs) in a neonatal intensive care unit (NICU). *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;24(11):1403-1406.
- [29] Bailey SM, Hendricks-Muñoz KD, Mally P. Parental influence on clinical management during neonatal intensive care: a survey of US neonatologists. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013;26(12):1239-1244.
- [30] Ottolini M, Wohlberg R, Lewis K, et al. Using observed structured teaching exercises (OSTE) to enhance hospitalist teaching during family centered rounds. *J Hosp Med*. 2011;6(7):423-427.
- [31] Cypress BS. Family presence on rounds: a systematic review of literature. *Dimens Crit Care Nurs*. 2012;31(1):53-64.
- [32] Santiago C, Lazar L, Jiang D, et al. A survey of the attitudes and perceptions of multidisciplinary team members towards family presence at bedside rounds in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014;30(1):1321. [En ligne]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339713000670>. Consulté le 20 mai 2014
- [33] Ladak LA, Premji SS, Amanullah MM, et al. Family-centered rounds in Pakistani pediatric intensive care settings: Non-randomized pre- and post-study design. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(6):717-726.
- [34] Rappaport DI, Cellucci MF, Leffler MG. Implementing family-centered rounds: pediatric residents' perceptions. *Clin Pediatr (Phila)*. 2010;49(3):228-234.

ANNEXES

I/ Abstract JFRN 19 décembre 2014:

FCR « Family-centered rounds » abstract JFRN

Que pensent les professionnels de néonatalogie de la Visite médicale Centrée sur la Famille (VCF) ?

Lecorguillé M, Thébaud V, Roudaut S, Sizun J.

Introduction: La visite des médecins seniors en néonatalogie est habituellement organisée auprès de chaque incubateur ou sur dossiers à distance des nouveau-nés. La « Visite centrée sur la famille » (VCF) est une visite médicale alternative qui invite les parents à y participer activement dans le but d'établir une collaboration avec les professionnels lors des prises de décisions et la réalisation des soins. Des études américaines suggèrent une amélioration de la qualité des soins en lien avec la VCF. Aucune donnée francophone concernant cette démarche n'est disponible.

Objectif : Connaître et analyser la perception des professionnels de néonatalogie au regard de la VCF.

Matériel et méthodes : Enquête transversale par auto-questionnaire auprès de 2 groupes pluridisciplinaires de professionnels de néonatalogie. Groupe 1 : 84 professionnels français ou belges directement impliqués dans le programme NIDCAP; Groupe 2 : 70 professionnels d'un service de néonatalogie et réanimation. Le questionnaire comprend 9 items avec réponses sur échelle de Likert.

Résultats :

Taux de réponse: 90% groupe 1 (16 médecins, 51 infirmières, 1 psychomotricien, 5 cadres, 2 psychologues, 1 SF) et 76% groupe 2. Une majorité du groupe 1 (80% des répondants) pensent que la VCF est implantable vs 56% dans le groupe 2.

Bénéfices pour les familles: meilleure compréhension de la situation de l'enfant, implication des parents au projet de soins, transparence de l'information, possibilité de transmettre un avis. Bénéfices pour les soignants : harmonisation du discours médical, prise en charge plus globale, meilleur ressenti des parents. La VCF pourrait contribuer au développement des compétences des professionnels en formation relatives à l'écoute, le respect et la collaboration avec les familles. Le manque de temps, les difficultés d'organisation, les réticences des professionnels apparaissent comme principaux obstacles à la VCF. La formation d'un groupe de travail et un leadership solide pourraient être facilitateurs.

Conclusion :

Cette enquête suggère que l'implantation de la VCF pourrait améliorer la collaboration avec les familles. Une méthodologie optimale d'implantation visant à surmonter les obstacles attendus reste à définir.

II/ Questionnaires:

« Visite centrée sur la famille en néonatalogie »

CHRU Brest Juillet 2014

Cette enquête a pour objet de mieux connaître les pratiques et les croyances des personnels travaillant dans une unité de néonatalogie concernant la participation des parents lors de la visite quotidienne des néonatalogistes.

Cette étude est anonyme et vous prendra 10 minutes maximum.

Votre aide précieuse est indispensable. Les résultats vous seront communiqués après analyse.

La visite quotidienne du médecin senior en néonatalogie est habituellement effectuée sous forme de:

-visite médicale en salle de réunion: discussion du cas de chaque patient par plusieurs professionnels (médecins, infirmières/puéricultrices, internes, étudiants, psychologue) dans une salle de réunion pour mettre en commun les différentes observations. L'information aux parents est réalisée en dehors de cette réunion.

-visite à proximité de la chambre de l'enfant : La visite a lieu dans ou à proximité de la chambre de l'enfant. Les parents peuvent éventuellement être présents et peuvent recevoir une information médicale pendant la visite mais leur présence lors de la visite n'est pas organisée et leur participation active n'est pas encouragée.

Un autre modèle de visite existe : « la visite médicale centrée sur la famille » : les parents sont invités à participer à la visite s'ils le souhaitent. Il s'agit d'une discussion à proximité de la chambre de l'enfant au cours de laquelle les parents sont **encouragés** à donner leur point de vue et à participer aux décisions.

Questionnaire « Visite centrée sur la famille »

Merci de le remettre dans l'urne mise à disposition dans le service

VOUS :

Votre sexe : Femme Homme

Votre âge : /_/_/ans

Avez-vous des enfants ? Aucun 1 2 3 ou plus

Votre profession : Médecin IDE/PDE Psychologue

Cadre Psychomotricien ASH

Autre _ _ _ _ _

Votre lieu de travail habituel :

Néonatalogie (soins courants) Réa Soins intensifs

Autre _ _ _ _ _

Votre ancienneté en médecine néonatale :

Moins de 5 ans Entre 5-10ans Plus de 10 ans

Vous êtes : Certifié NIDCAP En formation NIDCAP Ni l'un ni l'autre

La pratique habituelle dans votre unité de travail habituelle

Pour la visite quotidienne des médecins : (1 seule réponse)

Visite sur dossier dans une salle de réunion

Visite dans ou à proximité de la chambre

Visite dans ou à proximité de la chambre avec présence et participation organisée et soutenue des parents

Les parents : (plusieurs réponses possibles)

Ont accès au service 24h/24

Sont autorisés à rester pendant les soins infirmiers de routine

Sont autorisés à rester pendant la visite des médecins

Que pensez-vous personnellement de la « Visite médicale centrée sur la famille » (VCF) ?

(cochez sous le chiffre qui vous semble approprié)
Une seule réponse

	1 Pas du tout d'accord	2 Pas d'accord	3 Ni en désaccord ni d'accord	4 D'accord	5 Tout à fait d'accord
1. La VCF est faisable dans votre service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La VCF a un intérêt pour les parents Si d'accord ou tout à fait d'accord, lesquels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La VCF a un intérêt pour les soignants (IDE,médecins) Si d'accord ou tout à fait d'accord, lesquels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. la VCF a un intérêt pour les étudiants (externe, interne, élève...) Si d'accord ou tout à fait d'accord, lesquels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La VCF allonge la durée de la visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La présence des parents est un obstacle à certaines discussions entre soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Les décisions prises lors de la VCF peuvent être anxiogènes pour les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quels sont les obstacles les plus importants à la <u>mise en place</u> de la VCF ? (plusieurs réponses possibles)					
<input type="checkbox"/> Le manque de temps				<input type="checkbox"/> La réticence des parents à participer	
<input type="checkbox"/> L'organisation				<input type="checkbox"/> La réticence des médecins	
<input type="checkbox"/> La complexité des dossiers				<input type="checkbox"/> La réticence des paramédicaux	
<input type="checkbox"/> Le stress des parents en présence de l'équipe				<input type="checkbox"/> La nécessité de confidentialité	
<input type="checkbox"/> Autre obstacle : _____					

9. Pour implanter la VCF, quels sont les éléments qui vous paraissent indispensables (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Une formation | <input type="checkbox"/> Un soutien financier |
| <input type="checkbox"/> Un leadership médical | <input type="checkbox"/> Un groupe de travail |
| <input type="checkbox"/> La visite d'autres services | <input type="checkbox"/> La création de postes supplémentaires |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Commentaire libre :

« Visite centrée sur la famille en néonatalogie »

NIDCAP MAI 2014

Cette enquête a pour objet de mieux connaître les pratiques et les croyances des personnels travaillant dans une unité de néonatalogie concernant la participation des parents lors de la visite quotidienne des néonatalogistes.

Cette étude est anonyme et vous prendra 10 minutes maximum.

Votre aide précieuse est indispensable. Les résultats vous seront communiqués après analyse.

La visite quotidienne du médecin senior en néonatalogie est habituellement effectuée sous forme de:

-visite médicale en salle de réunion: discussion du cas de chaque patient par plusieurs professionnels (médecins, infirmières/puéricultrices, internes, étudiants, psychologue) dans une salle de réunion pour mettre en commun les différentes observations. L'information aux parents est réalisée en dehors de cette réunion.

-visite à proximité de la chambre de l'enfant : La visite a lieu dans ou à proximité de la chambre de l'enfant. Les parents peuvent éventuellement être présents et peuvent recevoir une information médicale pendant la visite mais leur présence lors de la visite n'est pas organisée et leur participation active n'est pas encouragée.

Un autre modèle de visite existe : « la visite médicale centrée sur la famille » : les parents sont invités à participer à la visite s'ils le souhaitent. Il s'agit d'une discussion à proximité de la chambre de l'enfant au cours de laquelle les parents sont **encouragés** à donner leur point de vue et à participer aux décisions.

Questionnaire « Visite centrée sur la famille »

Merci de le remettre dans l'urne mise à disposition dans la salle

VOUS :

Votre sexe : Femme Homme

Votre âge : /_/_/ans

Avez-vous des enfants ? Aucun 1 2 3 ou plus

Votre profession : Médecin IDE/PDE Psychologue

Cadre Psychomotricien Autre _____

Votre lieu de travail habituel :

Néonatalogie (soins courants) Réa ou Soins intensifs

Autre _____

Votre pays d'exercice : France Belgique Autre

Votre ancienneté en médecine néonatale :

Moins de 5 ans Entre 5-10ans Plus de 10 ans

Vous êtes : Certifié (e) NIDCAP En formation NIDCAP

La pratique habituelle dans votre service

Pour la visite quotidienne des médecins : (1 seule réponse)

Visite sur dossier dans une salle de réunion

Visite dans ou à proximité de la chambre

Visite dans ou à proximité de la chambre avec présence et participation organisée et soutenue des parents

Les parents : (plusieurs réponses possibles)

Ont accès au service 24h/24

Sont autorisés à rester pendant les soins infirmiers de routine

Sont autorisés à rester pendant la visite des médecins

Que pensez-vous personnellement de la « Visite médicale centrée sur la famille » (VCF) ?

(Cochez sous le chiffre qui vous semble approprié)
Une seule réponse

1
Pas du tout
d'accord

2
Pas
d'accord

3
Ni en désaccord
ni d'accord

4
D'accord

5
Tout à fait
d'accord

1. La VCF est faisable
dans votre service

2. La VCF a un intérêt
pour les parents

Si d'accord ou tout à fait d'accord, lesquels :

3. La VCF a un intérêt
pour les soignants (IDE,médecins)

Si d'accord ou tout à fait d'accord, lesquels :

4. la VCF a un intérêt
pour les étudiants
(externe, interne, élève IDE...)

Si d'accord ou tout à fait d'accord, lesquels :

5. La VCF allonge la durée
de la visite

6. La présence des parents
est un obstacle à certaines
discussions entre soignants

7. Les décisions prises lors
de la VCF peuvent être
anxiogènes pour les parents

8. Quels sont les obstacles les plus importants à la mise en place de la VCF ?
(plusieurs réponses possibles)

Le manque de temps

La réticence des parents à
participer

L'organisation

La réticence des médecins

- La complexité des dossiers
- Le stress des parents en présence de l'équipe
- Autre obstacle : _____
- La réticence des paramédicaux
- La nécessité de confidentialité

9. Pour implanter la VCF, quels sont les éléments qui vous paraissent indispensables ? (plusieurs réponses possibles)

- Une formation
- Un leadership médical
- La visite d'autres services
- Autre : _____
- Un soutien financier
- Un groupe de travail
- La création de postes supplémentaires

Commentaire libre :

Summary :

Introduction: The medical round in NICU is usually organized near each incubator or in a specific location using medical charts. The " Family centered rounds " (FCR) formalize the active parent's participation including the decision-making process. No French datas concerning the FCR are currently available.

Objective: To know current practices and analyse the perception of professionals regarding FCR.

Method: Transversal study carried out by questionnaire.

Groupe 1 : 84 French or Belgian NIDCAP « Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Programm » health care professionals during the annual French NIDCAP meeting.

Groupe 2 : 70 professionals working in a single NICU using NIDCAP as a routine.

Groupe 3 : 150 Residents in pediatrics from the 6 western French universities.

Results: Rate of answers:

Group 1: 90 % Groups 2: 76 % and Group 3: 31 %.

The families are usually not authorized to stay during the medical round and this presence is no formalized. 67 % of the respondents think that the VCF is practicable.

The main profit of the FCR for families and health care professionals is the information process and the students' training. The organization, the reticence of the doctors appear as main obstacles to the FCR. Creation of a workgroup and the medical leadership could be facilitators.

Conclusion:

This survey suggests that the FCR could improve the collaboration with families. An optimal methodology of implementation to overcome the expected obstacles remains to define.

Keywords : family-centered rounds, patient-centered care, NICU.

Résumé :

Introduction: La visite des médecins seniors en néonatalogie est habituellement organisée auprès de chaque incubateur ou sur dossiers à distance des nouveau-nés. La « Visite centrée sur la famille » (VCF) invite les parents à participer activement lors des prises de décisions. Aucune donnée n'est actuellement disponible en France sur l'organisation de la visite en service de néonatalogie.

Objectif: Identifier les pratiques actuelles et analyser les croyances des professionnels de néonatalogie au regard de la VCF.

Méthode: Enquête transversale par questionnaire. Groupe 1 : 84 professionnels français ou belges directement impliqués dans le programme « Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Programm » (NIDCAP), sollicités lors des journées francophones du NIDCAP. Groupe 2 : 70 professionnels exerçant dans un même service de néonatalogie ayant implanté le NIDCAP. Groupe 3 : 150 internes en Diplôme Etudes Spécialisées (DES) de pédiatrie inscrits dans une université du groupe HUGO (Hôpitaux Universitaires Grand Ouest).

Résultats:

Taux de réponse :

Groupe 1 : 90% Groupe 2 : 76% et Groupe 3 : 31%.

Les parents sont peu autorisés à rester pendant la visite médicale et cette présence n'est quasiment pas formalisée. La VCF est réalisable pour 67% des répondants.

Les bénéfices principaux sont l'information pour les familles et les soignants et la formation pour les étudiants. L'organisation, la réticence des médecins apparaissent comme principaux obstacles à la VCF. La création d'un groupe de travail et un leadership médical pourraient être des éléments facilitateurs.

Conclusion:

Cette enquête suggère que l'implantation de la VCF pourrait améliorer la collaboration avec les familles. Une méthodologie optimale d'implantation visant à surmonter les obstacles attendus reste à définir.

Mots-clés : visite centrée sur la famille, soins centrés sur le patient, service soins intensifs nouveau-né.