

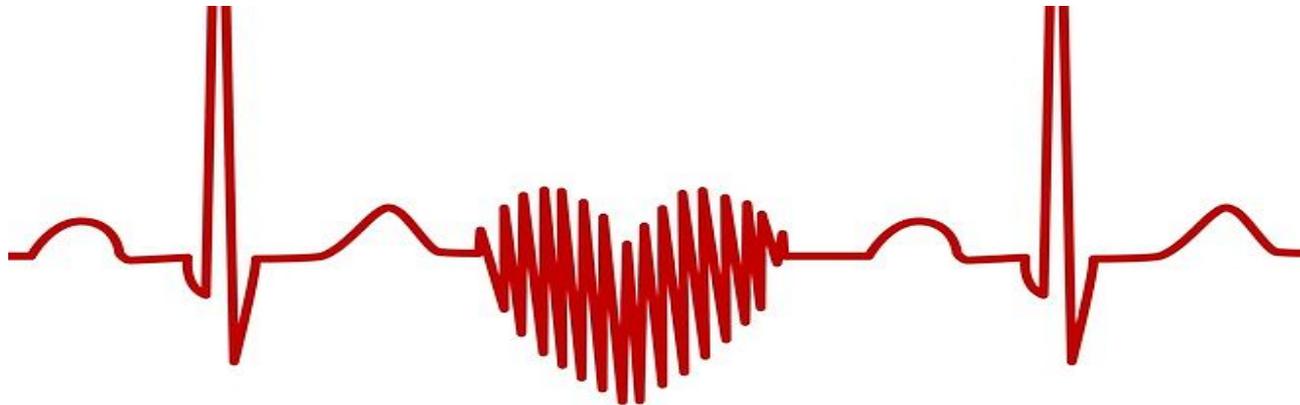
La salle de réanimation: une affaire de famille

Geneviève Bureau et Paul Morin

Travailleurs sociaux

CHU Sainte-Justine

Novembre 2019



Conflits d'intérêt

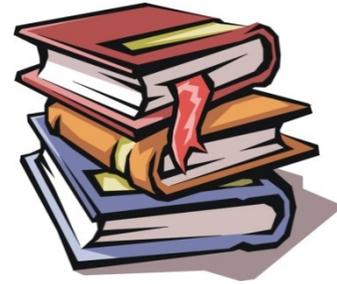


Objectifs de la conférence

- Explorer la réalité de la présence des parents en salle de réanimation
- Comprendre les enjeux ainsi que les impacts pour les équipes et pour les familles.
- Mieux connaître l'intervention auprès des familles au CHUSJ en salle de réanimation.



Un peu d'histoire....



- Années 60: l'idée de la présence de la famille en salle de trauma était considérée comme une idée loufoque par les professionnels de la santé.
- 1982: une étude américaine rapporte que des proches sont autorisés à entrer en salle de trauma suite à leur insistance auprès du personnel. Aucune initiative structurée.
- 1990: Début d'un réel intérêt surtout aux États-Unis et en Grande Bretagne, pour cette pratique avec naissance de projet pilote, principalement auprès des adultes.
- Depuis 2000: La majorité des associations/ordres professionnels font la promotion cette pratique et la littérature scientifique est prolifique.
- 5% des départements d'urgence (2003; 984 urgences aux États-Unis) américains seulement ont établis des guidelines à ce sujet dans leur établissement.



Les enjeux des équipes soignantes



- Perte de contrôle de la famille limitant ou interrompant les soins au patient.
- Inconfort du personnel soignant à réaliser leur travail devant les parents. Niveau de difficulté ajouté.
- Limites possibles dans l'enseignement de l'équipe médicale auprès des résidents/externes.
- Craintes de plaintes ou de poursuites.
- Questionnements en lien avec la confidentialité dans un contexte de patient de 14 ans et plus.
- Craintes de montrer de l'émotivité devant les familles en cas décès.
- Absence de disponibilité du personnel à accompagner la famille en salle de réanimation.

Entrer ou non

Les parents

- Autour de 94% des parents veulent avoir le choix de décider s'ils assistent ou non.
- Un peu moins de 50% des parents voulaient l'avis du pédiatre avant de prendre leur décision d'entrer ou non.
- Veulent être présents dans la salle de réanimation (97.5%).
- Autour de 80% veulent être présents si l'enfant est à risque de mourir.
- Le pourcentage diminue autour de 70% si l'enfant est inconscient.
- **100%** des parents qui y sont allés y retourneraient et conseillent aux autres parents d'assister.

Les équipes

- Environ 70% des membres des équipes soignantes sont en faveur de la présence des parents.
- Plus de 90% des infirmières sont en accord avec cette pratique.
- 78% des médecins supportent la présence parentale.
- 35% des résidents seulement supportent cette pratique.

Et les familles...

- Sentiments ressentis par eux:
 - Impression de chaos
 - Panique
 - Déconnection
 - Insécurité en lien avec les propos du personnel
 - Perte de contrôle
- 3 priorités pour les parents:
 - Recevoir de l'information
 - Donner de l'information
 - LE VOIR
 - Rôle de soutien



Comment rallier ces 2 réalités?

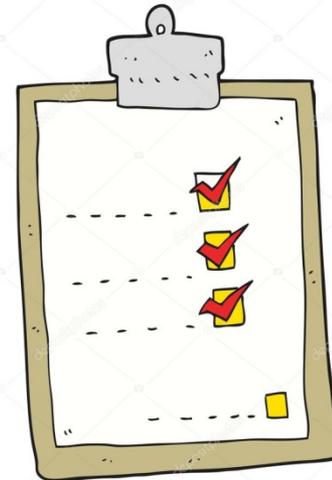
L'agent facilitateur

- Personne ayant reçu une formation spécifique en lien avec les standards exigés à la présence parentale en salle de réanimation.
- Spécificité en intervention de crise et en entrevue familiale.



Un protocole

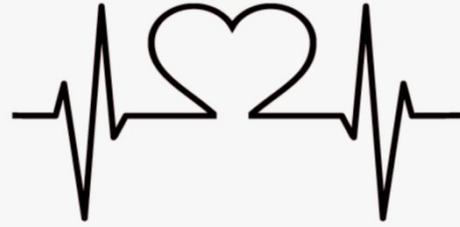
- Un protocole favorise l'uniformité de l'approche.
- Permet l'évaluation des pratiques, les rétroactions et l'éducation.



Le travailleur social comme agent facilitateur

- Membre de l'équipe soignante, mais dont l'intervention est de nature psychosociale.
- Approches utilisées: intervention de crise, approche centrée sur la famille.
- Connaissances limitées au plan des soins ce qui favorise l'attention sur le vécu expérientiel de la famille.
- La famille peut refuser notre apport, ce que nous respectons.

Notre rôle



- Nous sommes la première personne rencontrée par la famille dès leur arrivée:
 - Explications en lien avec le déroulement de l'épisode de soins.
 - Brève évaluation de ce que la famille sait ou non sur la situation et de sa gravité.
 - Questionnements sommaires sur le milieu social et familial.
 - Précisions sur la qualité des liens de la famille.
 - Qu'en est-il de leur volonté d'entrer en salle de réanimation?
 - Préparation à l'entrée en salle de réanimation.
- Rôle d'agent de liaison entre la famille et l'équipe soignante.
 - Collaboration avec le médecin responsable pour la divulgation d'informations sur la santé du patient.
 - Décisions commune du bon moment de l'entrée des parents en salle de RÉA suite à une première rencontre médecin-famille.

Capacité des parents à intégrer la salle de RÉA

Comportements requis

- Calme
- Silencieux
- Détresse avec capacité de la contenir
- Anxieux ou effrayé tout en gardant le contrôle
- Assez en contact pour donner et recevoir de l'information



Comportements inquiétants

- Dérangeant
- Incapacité de se calmer
- Interrompt les soins
- Non collaboration
- Agressivité verbale ou physique
- Intoxication
- Demander de cesser ou de continuer les manœuvres de façon répétitive

Mais aussi....

- Normalisation des émotions, de l'anxiété et de perte de contrôle.
- Nous sommes en tout temps disponibles dans la salle de réanimation pour accompagner les parents.
- Accent mis sur le moment présent, le temps qui est court, mais long tout à la fois.
- Toujours en observation sur les relations entre les parents dans cet événement (réaction de colère, culpabilité, échanges perturbateurs).



Tout au long de l'intervention

- Rôle de soutien (expression des émotions, recherche de sens, etc.).
- Partage d'informations psychosociales avec le médecin responsable.
- Accompagnement dans les rencontres médicales:
 - Permet de reprendre les différents éléments.
 - Rôle de clarification.
 - Permet une intervention plus globale.
- Identification des personnes significatives dans le réseau immédiat.
- Intervention auprès de la fratrie.
- Collaboration avec les partenaires (policiers, DPJ, CLSC, école)



Suite...

- Nos rencontres sont brèves, mais rentables. La famille a aussi besoin d'être seule.
- Notre priorité est la dispensation des soins critiques en vue d'assurer la survie de l'enfant.
- Mise en place d'un encadrement tout au long de l'épisode de soins.
- Permettre à la famille d'avoir des balises, des points de repère.

Lors d'une issue fatale



- Le travailleur social poursuit sa présence auprès de la famille pour adresser certains aspects:
 - Aspect culturel et religieux.
 - Réponses aux diverses questions en lien avec la disposition du corps et les funérailles à venir.
 - Aspects organisationnels: congé de maladie des parents au besoin, lien avec l'école.
 - Évaluation de la santé mentale (présence de services actifs?)
 - Organisation d'un filet de sécurité en cas d'un risque de passage à l'acte (entente avec l'Hôpital général Juifs de Montréal).
 - Relance téléphonique à la famille une semaine suivant le décès pour réévaluer la situation et adresser les nouveaux besoins.

Les protocoles au CHUSJ



- Le pédiatre-urgentiste contacte le travailleur social quand:
 - Suicide
 - Issue négative probable
 - Parents en crise (indépendamment de la gravité de la situation)
 - Fratrie affectée
 - Situation psychosociale particulière (DPJ, séparation à hauts conflits, possibilité de trauma non-accidentel)

NIVEAUX D'ACTIVATION EN TRAUMA

NIVEAU 1

- Arrêt cardiorespiratoire
- Signes de choc hémorragique:
 - TA systolique <90 mm Hg
 - Hémorragie significative
 - Transfusion en cours
- Difficultés respiratoires:
 - FR <10 ou >30
 - Obstruction des voies respiratoires supérieures
 - Signes d'insuffisance respiratoire (hypoxie, utilisation des muscles accessoires, "grunting")
 - Murmure vésiculaire diminué
- Trauma crânien sévère (GCS<9)
- Trauma pénétrant à la tête, cou, torse ou extrémités proximales au coude/genou
- Fracture du bassin
- Suspicion de lésion médullaire
- Amputation proximale au poignet/cheville
- Brûlures de >30% de la surface corporelle totale, suspicion de lésion d'inhalation, incendie ou explosion
- Selon le jugement du pédiatre urgentologue en service

NIVEAU 2

- Trauma abdominal sans compromis hémodynamique
 - Abdomen distendu et/ou douloureux
 - Signe de la ceinture de sécurité/abrasion abdominale
- Trauma crânien modéré (GCS 9-12)
- Selon le jugement du pédiatre urgentologue en service

NIVEAU 3

- Passager d'un accident de voiture
- Piéton/vélo avec collision de voiture
- Chute de plus de 5 mètres
- Brûlure de 15-30% de la surface corporelle totale
- Fracture d'au moins 1 os long avec mécanisme significatif
- Tout patient transféré pour trauma et stable
- Tout patient transféré pour trauma en raison d'une chirurgie
- Selon le jugement du pédiatre urgentologue en service

MEMBRE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Urgentologue Leader	X	X	X
Patron/fellow de chirurgie	X	Avisé et prêt à répondre	
Résident de chirurgie (Dr. Gauche)	X	X	
Résident d'urgence (Dr. Droite)	X	X	X
Infirmière Leader	X	X	X
Infirmière Droite	X	X	
Infirmière Gauche	X	PRN	
Inhalothérapeute	X	X	
Préposé aux bénéficiaires 1	X	Avisé et prêt à répondre	
Préposé aux bénéficiaires 2		Avisé et prêt à répondre	
Patron/fellow des soins intensifs	X	Avisé et prêt à répondre	
Patron/résident d'anesthésie *Appeler cisco 5668 et pagette 6132 si intubation*		Avisé et prêt à répondre (prêt dans la salle si "9111")	
Technicien de laboratoire	X		
Technicien de radiologie (rayon x)		Avisé et prêt à répondre	
Technicien de scan		Dans l'hôpital 15 minutes après l'arrivée du patient si scan anticipé	Dans l'hôpital 15 minutes après l'arrivée du patient si scan anticipé
Résident de radiologie		Dans l'hôpital 15 minutes après l'arrivée du patient si écho/scan anticipé	Dans l'hôpital 15 minutes après l'arrivée du patient si écho/scan anticipé
Agent de sécurité	X		
Travailleuse sociale (8h-22h semaine, 12h-20h fds-fériés)	X	PRN	

Effets positifs



Pour les familles

- Réduction du sentiment d'inutilité et d'anxiété.
- Permet à la famille de voir tout les soins offerts aux patients.
- Diminution des doutes en lien avec l'état de leur enfant.
- Soutien pour l'enfant qui est parfois conscient.
- Lors d'un décès, opportunité d'accompagner leur enfant dans les derniers moments, de faire un peu de sens et de faciliter le deuil éventuel.
- Étude sur les souvenirs traumatisants.

Pour les équipes

- Avoir de l'information sur l'état de l'enfant en temps réel.
- Rappel à l'équipe l'importance de la dignité, des liens familiaux en situation de crise et du maintien de la confidentialité.
- Met l'emphase sur le contrôle de la douleur.
- Améliore les comportements et les conversations au chevet du patient pendant les soins.

Effets négatifs



Aucun!!!

Les familles vivent plus de détresse psychologique, de deuils complexes et font plus de plaintes/poursuites lorsqu'elles sont exclues de la salle de réanimation.

Donc...

- Pratique de plus en plus présente dans les urgences.
- L'élaboration d'un protocole et l'identification d'un agent facilitateur sont au  d'une présence parentale en salle de réanimation positive pour tout les acteurs impliqués.

Merci!



Questions?

Bibliographie

- Clark P Angela, Guzetta E Cathie, O'Connell J Karen, Family presence during resuscitation attempts is associated with positive psychological effects for the observers, *Evidence based mental health*, Août 2013, volume 16 numéro 3.
- Stewart A Stephanie, Parent's experience during a child's resuscitation: Getting through it, *Journal of pediatric nursing*, 2019, volume 47.
- Gamell, A., P. Corniero, et al. (2011). Parental presence during invasive procedures in a Spanish pediatric emergency department: incidence, perspectives, and related anxiety." *European Journal of Emergency Medicine* 18(4): 202-207.
- Meeks, R. (2009). Parental presence in pediatric trauma resuscitation: one hospital's experience." *Pediatric Nursing* 35(6): 376-380.
- Wells J. Paula, Preparing for sudden death: social work in the emergency room, *Social Work Oxford Journals*, Volume 38, Numéro 3, mai 1993.
- Cliff Louise, Relatives in the resuscitation room: a review of benefits and risks, *Paediatric nursing*, Volume 18, numéro 5, juin 2019.
- Mangurten Janice et al, Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department, *Journal of emergency nursing*, june 2006.
- Farah M. Mirna et al., Evidence-based guidelines for family presence in the resuscitation room: a step by step approach, *Pediatric emergency care*, Volume 23, numéro 8, août 2007.

Bibliographie (suite)

- Boie T. E., Moore P. G., Brummett C., Nelson R. D., Do parents want to be present during invasive procedure performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents, *Annals of emergency medicine*, 34: 1, Juillet 1999.
- Porter Joanne et al., Family presence during resuscitation (FPDR): perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice, *International emergency nursing*, volume 22, 2014.
- Porter Jo and al., Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): A quantitative literature review, *International emergency nursing*, Volume 21, 2013.
- Dill Kimberly, Gance-Cleveland Bonnie, With you until the end: family presence during failed resuscitation, *JSPN*, Volume 10, numéro 4 octobre-décembre 2005.
- Axelsson B. Asa, Zettergren Margaretha, Axelsson Christer, Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference?, *European journal of cardiovascular nursing*, volume 4, 2005.
- Hogue Catherine, Introduction d'une approche infirmière auprès de familles dont un enfant est traité dans la salle de réanimation d'une urgence pédiatrique, *Université de Montréal*, mars 2009.