

TRAVAIL DE BACHELOR

Communication infirmière aux Soins Intensifs Pédiatriques :
un levier pour diminuer le stress parental et améliorer leur expérience

Cathie Becker

N° matricule : 22-636-096

Ana Ris

N° matricule : 15-315-260

Directrice du travail de Bachelor

Madame Sarra Harigua

Infirmière experte aux Soins Intensifs adulte &
Chargée de cours à la Haute École de Santé de Genève

Membres du jury

Madame Sarra Harigua

Monsieur Flavio Manna

Infirmier spécialisé aux SIP & néonatalogie aux Hôpitaux Universitaires de Genève

Juillet 2025

Filière Soins Infirmiers
Haute École De Santé de Genève

Déclaration

« Notre travail de *Bachelor* a été réalisé dans le cadre de l'obtention de notre diplôme de *Bachelor of Science* de la Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), en soins infirmiers à la Haute École de Santé de Genève (HEdS-GE).

Nous attestons que l'intégralité de ce travail repose sur notre propre réflexion, rédaction et analyse, sans plagiat ni recours à des sources autres que celles explicitement citées dans le texte et référencées dans la bibliographie.

Nous avons eu recours ponctuellement à l'outil d'intelligence artificielle ChatGPT pour des tâches techniques limitées telles que la correction orthographique, la clarification de certaines formulations et l'amélioration de la fluidité du texte.

L'ensemble du contenu témoigne de notre investissement tout au long de l'élaboration de ce travail, tant sur le plan réflexif que méthodologique (cf. annexe 1).

La conclusion de ce travail, incluant les recommandations qui y sont formulées, quelle que soit leur portée, n'engage ni notre responsabilité, ni celle de notre directrice de *Bachelor*, ni celle des membres du jury, ni celle de la HEdS-GE».

Fait à Genève, le 9 juin 2025

Cathie Becker



&

Ana Ris



Remerciements

Nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude à notre directrice de travail de *Bachelor*, Madame Sarra Harigua, pour son soutien indéfectible, son accompagnement attentif et bienveillant tout au long de notre cheminement. Sa présence constante et ses précieux conseils ont guidé nos réflexions et nourri nos questionnements, contribuant de manière essentielle à l'élaboration de ce travail.

Nous remercions chaleureusement Monsieur Flavio Manna pour le temps consacré à la lecture de notre travail, ainsi que pour les échanges que nous aurons lors de notre soutenance.

Notre reconnaissance va également à l'équipe des Soins Intensifs adultes des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), en particulier à Monsieur Nicolas Rossmann et à Madame Hélène Christain, pour leurs conseils avisés concernant les recommandations cliniques issues du terrain, ainsi que pour leurs éclairages précieux sur la place des proches aidants aux Soins Intensifs.

Nous tenons aussi à remercier Madame Nadège Gabent, infirmière spécialisée aux SIP (HUG) et praticienne formatrice, qui nous a accompagnées lors de notre formation pratique en pédiatrie en 2024. Son engagement, sa passion pour la profession et sa volonté de transmettre son savoir nous ont permis de découvrir et d'apprécier toute la richesse du domaine pédiatrique.

Nous sommes profondément reconnaissantes envers nos familles et nos proches pour leur soutien, tant sur le plan émotionnel que dans l'organisation du quotidien. Leur patience, leur disponibilité et leurs encouragements ont été des piliers essentiels tout au long de cette dernière année de formation. Nous les remercions également d'avoir pris le temps de relire notre travail avec attention et de nous avoir partagé leurs remarques précieuses.

Enfin, nous souhaitons nous remercier mutuellement pour cette collaboration fondée sur la complémentarité, la confiance et la force collective. Ensemble, nous avons avancé, appris et grandi.

Résumé

Introduction: Aux Soins Intensifs Pédiatriques(SIP), l'hospitalisation d'un enfant constitue une épreuve éprouvante pour les parents. Leur expérience peut être modulée par la qualité de la relation établie avec les infirmières¹, notamment à travers la communication. Cette revue de littérature vise à analyser dans quelle mesure les interventions infirmières en communication pourraient permettre de reconnaître le stress parental et d'améliorer leur expérience.

Méthode: Cette revue scientifique a été menée sur la base du lien explicite des articles avec la question de recherche et de leur pertinence. Neuf ont été retenus à l'issue d'un processus de sélection rigoureux, fondé sur des critères précis (pertinence thématique, niveau de preuve, date), illustré dans le diagramme de flux (cf. figure 1). Chaque article a été analysé à l'aide d'un tableau structuré identifiant la méthodologie, les résultats, les limites et les recommandations (cf. annexes 4 à 12). Les données issues de ces tableaux ont été synthétisées selon une approche inductive, faisant émerger quatre axes.

Résultats: Tout d'abord, un accueil structuré dès le début de l'hospitalisation facilite le repérage du stress parental et instaure un climat de confiance. Ensuite, la posture relationnelle des infirmières, fondée sur l'écoute, l'ajustement et la validation émotionnelle, constitue un levier central de soutien. Le troisième axe souligne l'importance de la continuité des soins, de la présence et de la disponibilité infirmière, perçues comme rassurantes et stabilisantes. Enfin, le partenariat de soins repose sur la reconnaissance du rôle parental et la co-construction des décisions. Plusieurs interventions infirmières concrètes émergent : intégration du vécu parental dans les transmissions, formation à l'écoute active et création d'espaces de communication informelle favorisant l'alliance thérapeutique.

Discussion: L'analyse met en évidence que la communication infirmière, lorsqu'elle est intentionnelle et empathique, constitue un soin relationnel à part entière. Elle permet de reconnaître le stress parental, de renforcer la relation de confiance et de valoriser la place des parents comme partenaires. Ces effets reposent sur une posture d'accueil empathique, une écoute active, une accessibilité constante et un engagement dans la co-construction du soin. Ces résultats soulignent l'importance d'une formation spécifique, d'outils cliniques adaptés et d'un soutien institutionnel pour ancrer durablement ces pratiques aux SIP.

Mots-clés: soins intensifs pédiatriques ; communication infirmière ; stress parental ; expérience parentale ; satisfaction parentale.

Keywords: *pediatric intensive care ; nursing communication ; parental stress ; parental experience ; parental satisfaction.*

¹ Par souci de lisibilité, le féminin « infirmière » est utilisé tout au long de ce travail.

Ce choix rédactionnel inclut toutefois l'ensemble des professionnel.le.s infirmier.ère.s, sans distinction de genre.

Liste des abréviations

ACF	Approche Centrée sur la Famille
ASSM	Académie Suisse des Sciences Médicales
CanMEDS	<i>Canadian Medical Education Directions for Specialists</i>
CCP	<i>Close Collaboration with Parents</i>
CMC	<i>Children with Medical Complexity</i>
CMC COIIN	<i>Children with Medical Complexity Collaborative Improvement and Innovation Network</i>
COHC	<i>Committee on Hospital Care</i>
Embase	<i>Excerpta Medica Database</i>
FCC	<i>Following Close Collaboration</i>
FICare	<i>Family Integrated Care</i>
FS-Care	<i>Family Satisfaction of Care</i>
FS-DM	<i>Family Satisfaction Decision Making</i>
FS-ICU	<i>Family Satisfaction in the Intensive Care Units</i>
HEdS-GE	Haute École de Santé de Genève
HeTOP	<i>Health Terminology Ontology Portal</i>
HES-SO	Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IPFCC	Institute for Patient and Family-Centered Care
LAMal	Loi sur l'Assurance Maladie
NICU	<i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
NPP	<i>Nurse Parent Partnership</i>
OCToPuS	<i>Chronic Critical illness in Pediatric intensive care in Switzerland</i>
OFS	Office Fédéral des Statistiques
PFS-ICU 24R	<i>Pediatric Family Satisfaction in the ICU: 24 items Revised</i>
PCC	<i>Patient-Centred Care</i>
PICo	Population Intervention Contexte
PICU	<i>Pediatric Intensive Care Unit</i>
PubMed	<i>Public Medline</i>
SI	Soins Intensifs
SIP	Soins Intensifs Pédiatriques
SSMI	Société Suisse de Médecine Intensive
SSPT	Syndrôme de Stress Post-Traumatique
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
USIP	Unité de Soins Intensifs Pédiatriques

Liste des tableaux

Tableau 1: Définition des éléments PICO de la question de recherche	27
Tableau 2: Équations de recherche	28
Tableau 3: Récapitulatif des neuf articles sélectionnés	30

Liste des figures

Figure 1: Diagramme de flux.....	29
----------------------------------	----

Table des matières

Déclaration	II
Remerciements	III
Résumé	IV
Liste des abréviations	V
Liste des tableaux	VI
Liste des figures	VI
Introduction.....	9
I. Problématique.....	11
i Contexte de soins	11
ii Données épidémiologiques	12
iii Contexte économique	13
iv La pratique infirmière aux SIP	14
Qualité des soins.....	14
Cadre éthique.....	14
Cadre juridique.....	14
Compétences professionnelles	15
v L'expérience parentale face aux SIP.....	15
II. État des connaissances.....	16
i Définition des concepts.....	16
Communication infirmière.....	16
Expérience parentale	16
ii Mécanismes du vécu parental aux SIP.....	17
iii Impact sur la vie familiale et sociale	17
iv Besoins, attentes et stratégies des parents	18
v Communication infirmière comme levier	19
vi Posture infirmière et relation avec les parents	20
III. L'application de la théorie du <i>Human Caring</i> de Jean Watson.....	22
i Ancrage disciplinaire.....	22
ii Application des métaconcepts de Watson	22
L'environnement : un cadre médicalisé source de stress parental.....	22
Le soin : construire un partenariat soignant-parent.....	23
La santé : un équilibre fragilisé par le stress et le vécu de l'expérience parentale	23
La personne : valorisation du rôle parental	23
iii Application des processus de Caritas au contexte des SIP.....	24
iv Formulation de la question de recherche	26
IV. Méthode	27
i Sources d'information	27
ii Stratégie de recherche documentaire	28

V. Résultats	31
VI. Discussion	33
i Accueil et repérage du stress parental	33
L'accueil comme fond de l'expérience parentale.....	33
L'accueil comme levier de reconnaissance du stress.....	34
La dimension spirituelle du stress parental	34
Cohérence d'équipe et qualité de l'accueil.....	35
ii Communication infirmière et posture relationnelle	36
Communiquer pour soutenir.....	36
La communication non verbale dans la relation de soin.....	36
Former à la conscience relationnelle.....	37
Une culture d'équipe propice à la communication bienveillante	37
iii Accessibilité et présence infirmière comme repères stabilisants	38
Une présence stable face à l'incertitude.....	38
Accessibilité émotionnelle et écoute disponible	38
iv Partenariat de soins avec les parents	39
Une alliance pour humaniser l'expérience parentale.....	39
Les apports du modèle <i>FICare</i>	40
Des conditions facilitatrices pour soutenir la participation	40
Conclusion	41
i Apports et limites du travail	41
ii Recommandations	42
La clinique.....	42
La recherche	43
L'enseignement.....	43
 Bibliographie.....	 44
 Annexes	 51
Annexe 1: Rapport d'analyse Compilatio du travail de Bachelor	51
Annexe 2: Ecological model of family stress in pediatric critical care	52
Annexe 3: Modèle de soins du FICare	52
Annexe 4: Tableau d'analyse critique de l'article n°1	53
Annexe 5 : Tableau d'analyse critique de l'article n°2	54
Annexe 6: Tableau d'analyse critique de l'article n°3	55
Annexe 7: Tableau d'analyse critique de l'article n°4	56
Annexe 8: Tableau d'analyse critique de l'article n°5	57
Annexe 9: Tableau d'analyse critique de l'article n°6	58
Annexe 10: Tableau d'analyse critique de l'article n°7	59
Annexe 11: Tableau d'analyse critique de l'article n°8	60
Annexe 12: Tableau d'analyse critique de l'article n°9	61

Introduction

L'hospitalisation d'un enfant aux Soins Intensifs Pédiatriques (SIP) constitue un évènement critique, marqué par une charge émotionnelle élevée, une instabilité constante et une technicité accrue (Debelić et al., 2022). Pour les parents, cette situation génère un stress intense, souvent prolongé, qui altère leur équilibre psychologique et leur capacité d'adaptation (Franck et al., 2015).

Historiquement, la place des parents à l'hôpital pédiatrique a longtemps été limitée. Les soins étaient majoritairement guidés par une approche paternaliste, où les décisions étaient prises par les professionnels de santé, avec une implication restreinte des familles dans le processus décisionnel (Béranger et al., 2017). La présence parentale pouvait également être réduite pour des raisons d'organisation, de confort ou de prévention des infections (Bordet, 2024).

Après des décennies d'évolution, l'implication des familles est aujourd'hui reconnue comme essentielle dans l'accompagnement de leur enfant et dans la prise de décision partagée (Hill, Knafl, & Santacroce, 2020). Cette dynamique est conceptualisée comme la « triade de soins », illustrant l'interdépendance entre l'enfant, ses parents et les soignants (Wanquet Thibault, 2015).

Cependant, aux SIP, cette collaboration peut être mise à mal par l'urgence des situations, la complexité des prises en soins et la charge émotionnelle qui en découle. L'environnement technique, le rythme soutenu des interventions et la difficulté à maintenir un lien continu rendent les échanges parfois fragmentés, voire absents (Durand et al., 2022 ; Hagstrom, 2017).

Professionnelles de première ligne, l'infirmière est au cœur de la transmission d'informations, du soutien émotionnel et du lien avec les familles. Présente au quotidien auprès de l'enfant et de sa famille, elle agit comme courroie de transmission entre les différents membres de l'équipe interdisciplinaire, tout en soutenant les parents dans leur vécu (Mardani & Heidari, 2024).

La communication infirmière devient ainsi un levier essentiel pour instaurer un lien de confiance, atténuer le stress parental et favoriser une expérience plus humaine de l'hospitalisation (Labrie et al., 2021).

Ce travail de *Bachelor* étudie les interventions infirmières¹ axées sur la communication, qui ont pour but d'explorer le vécu des parents et d'améliorer la qualité de leur expérience lors de l'hospitalisation de leur enfant aux SIP.

¹ Par souci de lisibilité, le féminin « infirmière » est utilisé tout au long de ce travail.

Ce choix rédactionnel inclut toutefois l'ensemble des professionnel.le.s infirmier.ère.s, sans distinction de genre.

Dans un premier temps, les enjeux soulevés seront approfondis à travers le contexte de soins, les données épidémiologiques et les principaux enjeux identifiés.

Ensuite, un état des connaissances permettra de définir les concepts clés, de mettre en lumière les limites des pratiques actuelles et les écarts entre attentes parentales et interventions infirmières.

L'ancrage théorique fondé sur le *Caring* de Jean Watson, soutiendra l'analyse des problématiques soulevées et guidera la formulation de la question de recherche.

La méthodologie sera ensuite explicitée, suivie de la sélection d'articles scientifiques et de l'analyse des résultats selon une approche thématique.

Enfin, une discussion ouvrira sur des pistes de recommandations pour la pratique infirmière, avant de conclure ce travail.

I. Problématique

Afin de mieux comprendre les défis liés à l'hospitalisation d'un enfant aux SIP, il est nécessaire d'en explorer le contexte global. Celui-ci comprend les réalités cliniques, épidémiologiques, économiques, le cadre éthique et professionnel du rôle infirmier, ainsi que l'expérience parentale.

i Contexte de soins

Les SIP sont des unités spécialisées accueillant des enfants de 0 à 16 ans, présentant une pathologie grave ou instable, nécessitant une surveillance continue et des soins extrêmement techniques. Ces unités sont distinctes des services d'urgence, se concentrant sur l'évaluation et la stabilisation initiale des enfants gravement malades. (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2025).

L'équipe soignante des Unités de Soins Intensifs Pédiatriques (USIP) comprend des médecins, des infirmières et du personnel de soutien spécialisés, avec une expertise dans la gestion de conditions complexes (HUG, 2025). Cette coordination pluridisciplinaire est indispensable pour assurer la stabilité clinique de l'enfant, tout en soutenant les familles confrontées à des situations critiques (Béranger et al., 2017).

Un soutien émotionnel est fourni aux familles par une équipe de liaison en psychiatrie, des psychologues et des travailleurs sociaux. Les parents sont encouragés à participer aux soins et à être présents auprès de leur enfant de manière continue (24h/24) (HUG, 2025).

Toutefois, l'intensité des soins et la complexité technique des dispositifs mobilisés aux SIP influencent directement la qualité du lien soignant-famille, notamment lorsque les priorités techniques dominent les échanges relationnels (Hagstrom, 2017). L'enchaînement rapide des protocoles, souvent dicté par l'urgence, peut limiter la disponibilité relationnelle des soignants, affectant ainsi la perception de soutien chez les familles (Hagstrom, 2017).

Cette organisation, bien que justifiée sur le plan clinique, tend à créer une distance dans les échanges, en particulier dans les moments de grande vulnérabilité émotionnelle pour les familles (Durand et al., 2022).

ii Données épidémiologiques

En Suisse, environ 6.4% des hospitalisations annuelles incluent un séjour aux Soins Intensifs (SI). Ceci correspond à environ 51'200 cas sur un total de 800'000 (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2023a).

Les enfants représentent une part minoritaire mais spécifique de cette activité, avec environ 4700 hospitalisations aux SIP pour les enfants de moins d'un an, et 2250 pour les enfants de 1 à 15 ans chaque année (OFS, 2023a). À Genève, l'USIP accueille plus de 700 enfants par an (HUG, 2025).

Une étude suisse menée à Lucerne montre que 37 % des admissions aux SIP suivent une prise en soins initiale aux urgences pédiatriques après un triage et une évaluation clinique de l'urgence. Les 63 % restantes sont orientées directement vers les SIP via un transport médicalisé, en ambulance ou par hélicoptère (Simma et al., 2021).

L'âge médian des enfants aux SIP est de 3 ans, ce qui met en avant la forte représentation des jeunes enfants dans ces unités (Simma et al., 2021).

Sur le plan diagnostique, les causes d'admission les plus fréquentes chez les enfants sont les infections respiratoires (30 %), les maladies chroniques sévères (20 %) et les traumatismes accidentels (10 %) (OFS, 2023a).

Chez les enfants de moins d'un an, les principales causes d'admission sont les malformations congénitales (39 %), en particulier les anomalies des cloisons cardiaques (10 %), suivies des maladies respiratoires (26 %), dont la bronchiolite aiguë représente 15 % des cas (OFS, 2023a).

Pour les enfants âgés de 1 à 15 ans, les pathologies les plus fréquentes sont les maladies respiratoires (19 %), les lésions traumatiques (18 %) et les malformations congénitales (17 %) (OFS, 2023a).

La durée moyenne de séjour aux SIP est estimée à 48 heures pour les enfants de moins d'un an, et 28 heures pour ceux de 1 à 15 ans (OFS, 2023a). À Genève, aux HUG, elle est comprise entre trois et quatre jours en fonction de l'âge et de la pathologie (HUG, 2025).

Le taux de mortalité hospitalière pédiatrique en Suisse est estimé entre 2 et 2,8 % selon les tranches d'âge (OFS, 2023b). Selon Polito et al. (2020), les principales causes de décès sont les pathologies respiratoires (27,4 %), les septicémies (8 %), les infections systémiques (5 %), les complications post-procédure (4 %) et les diabètes décompensés (3 %).

Ces données épidémiologiques soulignent que les enfants admis aux SIP sont une population majoritairement jeune et cliniquement très instable. La durée moyenne de séjour y est très courte, ce qui illustre à la fois la rapidité des interventions dans ces unités spécialisées et la temporalité réduite des prises en soins infirmières.

iii Contexte économique

En Suisse, les dépenses hospitalières annuelles s'élèvent à 82 milliards de francs suisses, soit 12,4 % du produit intérieur brut (OFS, 2023b). Parmi ces coûts, les hospitalisations aux SI figurent parmi les plus élevées. Le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dépasse 6 000 francs suisses, en raison de la densité de personnel requise et de l'utilisation constante de dispositifs médico-techniques spécialisés (Segers et al., 2019). Des données similaires concernant les SIP n'ont à ce jour pas été publiées.

Les hospitalisations prolongées engendrent des conséquences économiques significatives pour les familles. Plus de la moitié des parents signalent avoir subi une perte financière significative liée à l'hospitalisation de leur enfant (Franck et al., 2015).

En Suisse, bien que la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMal) couvre les frais médicaux en division commune, elle ne prend pas en charge certains coûts indirects.

Selon Clark et al., (2017), les parents doivent fréquemment faire face à une réduction de leurs revenus, des frais de déplacement, d'hébergement, ou encore des coûts liés à la garde des frères et sœurs. Ces charges s'additionnent et fragilisent particulièrement les foyers les plus précaires (Clark et al., 2017).

Ce poids économique, souvent invisible dans les indicateurs institutionnels, contribue à accentuer la vulnérabilité des familles dans un contexte de soins déjà éprouvant.

Qualité des soins

Le rôle infirmier contribue directement à la qualité des soins, en tant qu'acteur central de la sécurité, de la coordination et de la continuité des interventions.

En Suisse, la Loi fédérale sur les professions de la santé (LPsan ; 2016, art. 3) stipule que les infirmières doivent être capables de fournir des services de qualité, fondés sur les données probantes, dans le respect des bonnes pratiques et de l'autonomie des patients.

Dans cette perspective, la qualité des soins se définit comme « la mesure dans laquelle les services de santé fournis aux personnes et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats sanitaires souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles fondées sur des données probantes » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2025).

Cadre éthique

Le rôle propre infirmier s'inscrit dans un cadre éthique rigoureux, qui oriente les décisions cliniques quotidiennes aux SIP. Il repose sur quatre principes fondamentaux : bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et équité (Académie Suisse des Sciences Médicales [ASSM], 2018). Le respect de l'autonomie parentale suppose une information claire, une implication dans les décisions et une écoute attentive du vécu émotionnel. Ces repères éthiques guident l'ajustement des soins dans des situations cliniques à haute intensité.

Cadre juridique

La pratique infirmière est également encadrée par des normes juridiques précises. La LPsan (2016) définit les devoirs professionnels liés à la sécurité, à l'autonomie et à la dignité des patients. Elle rappelle l'importance du consentement libre et éclairé, qui constitue un droit fondamental dans la relation soignants et parents. Selon le Code civil suisse (2025, art. 296), les représentants légaux doivent être consultés pour toute décision médicale concernant leur enfant. En cas d'incapacité de discernement, les directives anticipées et la concertation avec les parents s'imposent (ASSM, 2018, art. 377–381).

Compétences professionnelles

Aux SIP, l'infirmière mobilise des compétences cliniques, relationnelles et réflexives dans un environnement instable et hautement exigeant (Société Suisse de Médecine Intensive [SSMI], 2020). Elle joue un rôle central auprès des familles, en adaptant sa communication et en soutenant leur compréhension des soins (Mardani & Heidari, 2024). Sa posture d'interface favorise la continuité relationnelle et la sécurité émotionnelle (Dahav & Sjöström-Strand, 2017). Toutefois, ces compétences restent peu reconnues et insuffisamment soutenues en institution (Cheon et al., 2024). Leur valorisation est indispensable pour garantir des soins de qualité centrés sur les familles.

v L'expérience parentale face aux SIP

L'hospitalisation d'un enfant aux SIP constitue une situation à fort impact émotionnel pour les parents. Les études rapportent qu'entre 30 et 50 % d'entre eux développent des Syndrômes de Stress Post-Traumatique (SSPT) dans les mois qui suivent (Franck et al., 2015).

Ce constat met en évidence la nécessité d'analyser de manière approfondie les déterminants de l'expérience parentale en contexte de SI, et d'interroger plus spécifiquement l'impact potentiel des interactions communicationnelles entre infirmières et parents.

II. État des connaissances

Cet état des connaissances explore la manière dont la communication infirmière pourrait influencer l'expérience parentale de la santé et de la maladie lors de l'hospitalisation de leur enfant aux SIP.

À travers une revue ciblée de la littérature scientifique, ce travail vise à comprendre comment les interactions entre infirmières et parents s'inscrivent dans ce contexte de soins.

i Définition des concepts

Communication infirmière

La communication infirmière peut être définie comme un processus relationnel dynamique, intentionnel et bidirectionnel, mobilisant des éléments verbaux et non verbaux (Haberey-Knuessi, Heeb & De Paula, 2013). Elle constitue une compétence professionnelle centrale, garante de la sécurité et de la continuité des soins, mais aussi vecteur d'alliance thérapeutique entre infirmières et parents (Herrera Corpas & Gómez Bustamante, 2024).

Aux SIP, la qualité de cette communication influence directement la manière dont les parents perçoivent leur rôle et leur légitimité dans l'unité. Lorsqu'elle est continue, empathique et structurée, elle permet aux familles de se sentir reconnues et utiles (Richards et al., 2017).

En revanche, un langage technique ou des échanges fragmentés peuvent accentuer leur stress et renforcer le sentiment d'exclusion (Gordon et al., 2009 ; Wigert et al., 2014).

Expérience parentale

L'expérience parentale aux SIP désigne la perception subjective du vécu des parents (Urbina-Garcia, 2025).

Selon Mardani & Heidari, 2024 et Costello et al., 2010, elle comprend des dimensions cognitives (compréhension des soins), affectives (peur, impuissance), sociales (déséquilibre du rôle parental) et relationnelles (lien avec les infirmières).

Plusieurs études soulignent l'interdépendance entre cette expérience et la qualité de la communication perçue (Labrie et al., 2021).

Une relation de confiance fondée sur l'écoute et la reconnaissance favorise une meilleure adaptation parentale (Kasat, Stoffels & Ellington, 2020).

ii Mécanismes du vécu parental aux SIP

L'hospitalisation d'un enfant aux SIP constitue un événement traumatique qui désorganise profondément les repères familiaux et émotionnels. Elle est perçue comme une situation de crise aiguë, marquée par l'incertitude clinique, l'intensité des soins et la perte de contrôle du rôle parental (Hagstrom, 2017).

Dès l'admission, les parents sont exposés à un environnement technique complexe, rythmé par les alarmes, les soins invasifs et les décisions médicales urgentes. Ce contexte génère un sentiment d'impuissance, de confusion et d'anxiété persistante (Alzawad et al., 2020).

L'incertitude du pronostic agit comme un facteur aggravant du stress. Elle empêche toute anticipation, accroît la charge mentale et renforce la vulnérabilité émotionnelle des parents (N'Diaye et al., 2014).

Les USIP impliquent une réorganisation hiérarchique implicite du rôle parental. À domicile, les parents ont une position de décisionnaires. Aux SIP, ils deviennent observateurs. Cette dépossession alimente un sentiment d'inutilité, souvent perçu comme une remise en question de leur légitimité parentale (Richards et al., 2017).

Or, ce vécu stressant semble ne pas être pris en compte dans les pratiques de soins. La reconnaissance du stress parental est déterminant de la qualité relationnelle et de la sécurité émotionnelle.

iii Impact sur la vie familiale et sociale

Cette hospitalisation ne se limiterait pas à une expérience individuelle parentale. Elle perturbe l'équilibre de la cellule familiale. Ce bouleversement s'étend bien au-delà de l'unité de soins, avec des répercussions multidimensionnelles, émotionnelles, relationnelles, sociales et économiques, qui s'inscrivent souvent dans la durée (Durand et al., 2022).

Selon les auteurs, les parents doivent simultanément assurer leur présence à l'hôpital, maintenir leurs obligations professionnelles et répondre aux besoins de la fratrie. Cette triple exigence provoque une surcharge mentale, une fatigue chronique et une désorganisation des habitudes familiales (Graj et al., 2021).

Le couple parental peut également être fragilisé par la gestion partagée du stress, l'absence de relais. Ces tensions affectent la communication conjugale et augmentent le risque de conflits (Debelić et al., 2022).

Du côté de la fratrie, l'attention centrée sur l'enfant hospitalisé peut générer un sentiment de mise à l'écart. Cette redistribution des ressources affectives peut nourrir des jalousies, de l'incompréhension, voire un repli émotionnel, renforçant ainsi le sentiment de culpabilité des parents (Durand et al., 2022).

Sur le plan social, l'engagement total auprès de l'enfant hospitalisé entraîne un retrait progressif des sphères habituelles de soutien. La diminution des interactions sociales, des activités extérieures et du contact avec les proches accentue l'isolement, et expose les parents à une détresse psychologique accrue (Abela et al., 2020).

À cela s'ajoutent des contraintes économiques souvent sous-estimées. En plus des coûts médicaux, les parents doivent faire face à des pertes de revenus, des frais de transport, d'hébergement ou encore des dépenses imprévues liées à l'hospitalisation prolongée (Adama et al., 2021). Ce poids financier se superpose à une charge mentale déjà élevée, aggravant leur vulnérabilité émotionnelle (Bertoncelli et al., 2025).

Ces répercussions multiples révèlent un déséquilibre systémique, altérant à la fois le fonctionnement global de la cellule familiale, la qualité des interactions intra-familiales et l'état de santé mentale des parents.

Face à cette instabilité persistante, les familles sont contraintes de mobiliser en continu des stratégies d'ajustement afin de préserver leurs repères et de maintenir une forme de cohérence dans leur quotidien (cf. annexe 3).

iv Besoins, attentes et stratégies des parents

L'hospitalisation d'un enfant aux SIP confronte les parents à une situation d'extrême vulnérabilité, dans laquelle leurs besoins fondamentaux deviennent centraux pour préserver un certain équilibre. Ces besoins se situent à la croisée de l'accès à l'information, de la continuité relationnelle, de la reconnaissance de leur rôle et du soutien émotionnel (Franck et al., 2017).

L'accès à une information claire, continue et compréhensible est essentiel pour réduire le sentiment d'impuissance généré par la complexité clinique et l'incertitude médicale (Voulgaridou et al., 2023). Cependant, le vocabulaire technique, le rythme des soins et les écarts dans les transmissions limitent parfois la compréhension parentale, accentuant leur stress (Adama et al., 2021).

La présence auprès de l'enfant est une attente majeure. Elle permet aux parents de maintenir le lien d'attachement, de s'impliquer dans les soins et de se sentir utiles, même dans un environnement hautement technique (Committee on Hospital Care [COHC] & Institute for Patient and Family-Centered Care [IPFCC], 2012).

À l'inverse, leur éloignement ou l'absence de place reconnue dans les soins peut générer un sentiment d'exclusion et de frustration (Dubé et al., 2018).

Les attentes envers les infirmières se cristallisent autour de la qualité de la relation, de l'écoute et de la validation des émotions. Être nommés, regardés, entendus et considérés dans leur rôle parental renforce la confiance et la coopération (Caron-Bouchard & Renaud, 2002).

La continuité des référentes, l'empathie et la disponibilité sont perçues comme des facteurs protecteurs qui soutiennent la régulation émotionnelle des familles (Durand et al., 2022).

Face au stress, les parents mobilisent différentes stratégies de *coping*. Certains s'investissent activement dans la compréhension des soins et la surveillance de leur enfant, cherchant à conserver une forme de contrôle sur la situation (Voulgaridou et al., 2023). D'autres adoptent des stratégies d'évitement temporaire, en prenant de la distance émotionnelle pour préserver leur équilibre interne (Durand et al., 2022).

Le réseau social joue également un rôle déterminant. Le soutien de proches, l'accompagnement par des pairs ou les échanges entre parents vivant des situations similaires renforcent la résilience face à l'hospitalisation et limitent le sentiment de solitude (Abela et al., 2020 ; Dubé et al., 2018).

v Communication infirmière comme levier

La communication infirmière apparaît dans la littérature comme un levier essentiel pour soutenir les parents d'enfants hospitalisés aux SIP. Elle est identifiée comme un vecteur d'information, de régulation émotionnelle et de reconnaissance du rôle parental dans un environnement à la fois instable, technique et exigeant (Dahav & Sjöström-Strand, 2017 ; Richards et al., 2017).

Plusieurs auteurs soulignent que cette communication, lorsqu'elle est claire, continue et adaptée, favorise la compréhension de l'état clinique de l'enfant, réduit le stress parental et renforce leur sentiment d'implication (Wigert et al., 2013 ; Kasat et al., 2020). À l'inverse, une communication fragmentée ou descendante peut aggraver leur anxiété et entretenir un sentiment d'exclusion (Pecanac & King, 2019).

Le langage non verbal joue également un rôle déterminant dans la qualité des échanges. Le regard, l'attitude et le ton de voix sont perçus par les familles comme des marqueurs d'attention, de disponibilité ou, au contraire, de retrait (Kasat et al., 2020). Ces éléments participent à créer un climat relationnel sécurisant, essentiel dans ce contexte critique.

L'approche empathique et la posture d'écoute sont fréquemment rapportées comme des compétences soignantes fondamentales, permettant d'accueillir le vécu parental et de valider leurs émotions (van Burgsteden et al., 2024). Guttman et al. (2024) montrent qu'une simple reformulation empathique, comme « vous semblez inquiète », peut renforcer le sentiment de reconnaissance et d'alliance thérapeutique.

Malgré cette reconnaissance théorique, la littérature met en évidence une faible structuration institutionnelle de ces compétences. Leur mise en œuvre repose souvent sur l'expérience ou la sensibilité personnelle des infirmières, ce qui engendre des pratiques inégales selon les équipes ou les situations (Béranger et al., 2017 ; Adama et al., 2021).

Certaines interventions concrètes ont été proposées pour améliorer la qualité de ces échanges : formulation d'un langage accessible (Caron-Bouchard & Renaud, 2002), développement de la communication non verbale (Mazoyer, 2022), création de temps dédiés à l'échange (Smith, 2018), et utilisation de supports adaptés pour accompagner la compréhension (Fedor & Leyssene-Ouvrard, 2007).

Ainsi, à travers la littérature, la communication infirmière apparaît comme un soin en soi. Lorsqu'elle est ajustée, continue et relationnelle, elle contribue à améliorer l'expérience parentale et favorise un partenariat de soin plus humain aux SIP.

vi Posture infirmière et relation avec les parents

La posture infirmière lorsqu'elle est congruente, disponible et authentique, favorise une relation de confiance durable. Elle permet aux parents de se sentir reconnus et impliqués (Béranger et al., 2017).

Cette posture relationnelle repose sur une présence attentive, capable d'accueillir les émotions parentales, sans les minimiser, ni les interrompre (Béranger et al., 2017). Dans les situations critiques, l'infirmière devient un repère rassurant, une présence stabilisante qui permet aux parents de traverser l'épreuve de l'hospitalisation avec davantage de sécurité affective (Nelson et al., 2006).

Cependant, cette posture n'est ni intuitive, ni universelle. Elle nécessite un apprentissage, un accompagnement institutionnel et une reconnaissance explicite dans les pratiques professionnelles (Cheon et al., 2024).

En l'absence de formation dédiée ou de soutien organisationnel, elle reste soumise aux aléas des contextes, des équipes et des ressources disponibles (Terrasson et al., 2021).

La littérature met ainsi en évidence l'importance d'un partenariat de soins co-construit, fondé sur la reconnaissance mutuelle et la valorisation du savoir expérientiel des parents (Gordon et al., 2009 ; Houlihan et al., 2024). Celui-ci implique un ajustement permanent, en fonction des besoins des familles, de leur disponibilité émotionnelle et des enjeux cliniques. Des modèles comme le *Family Integrated Care* (FICare) viennent structurer cette collaboration, en intégrant progressivement les parents dans les soins quotidiens (cf. figure 3) (Cheng et al., 2019 ; Itoshima et al., 2025).

Toutefois, plusieurs freins structurels freinent la mise en œuvre effective de ces modèles. Cela comme la rigidité des protocoles, absence de dispositifs institutionnels et invisibilisation fréquente du rôle parental dans les décisions cliniques (Béranger et al., 2017 ; Reis et al., 2010). Ces limites soulignent l'enjeu éthique et relationnel que représente la posture infirmière aux SIP.

À travers cette revue de la littérature, il apparaît clairement que la communication infirmière, lorsqu'elle est intentionnelle, continue et relationnelle, joue un rôle central dans la reconnaissance du stress parental et l'amélioration de leur expérience aux SIP. Pourtant, des écarts importants subsistent entre les besoins exprimés par les familles et les réponses proposées par les structures de soins.

Le manque de formation, les obstacles organisationnels et l'absence de cadre formalisé limitent la portée de ce levier pourtant reconnu. La posture infirmière et le partenariat de soins restent inégalement déployés, malgré leur potentiel transformateur.

C'est dans cette perspective que s'inscrit l'ancrage théorique de ce travail, à travers l'application des processus de *Caring* selon Jean Watson, qui offre une base conceptuelle dans notre travail pour penser un accompagnement infirmier ancré dans la relation, l'humanisme et la reconnaissance mutuelle.

III. L'application de la théorie du *Human Caring* de Jean Watson

i Ancrage disciplinaire

L'hospitalisation d'un enfant aux SIP est une expérience traumatisante pour les parents, qui se retrouvent confrontés à une perte de contrôle, un stress intense et une détresse émotionnelle significative (Colville et al., 2009). Dans cet environnement où les décisions sont rapides et les soins hautement techniques, la communication infirmière joue un rôle clé pour maintenir l'équilibre psychologique parental et favoriser leur implication (Desforges et al., 2022).

Afin d'analyser cette problématique sous un prisme infirmier, nous avons choisi la théorie du *Human Caring* de Jean Watson. Cette approche dépasse le modèle biomédical pour mettre en avant l'importance d'une relation de soin authentique et empathique entre soignants, enfants et parents (Pépin et al., 2017). Elle s'inscrit parfaitement dans notre réflexion, car elle valorise la communication comme un levier de bien-être et d'implication parentale, essentielle dans les USIP.

Nous allons appliquer cette théorie à notre sujet en structurant notre analyse autour de ses quatre métaconcepts fondamentaux : l'environnement, le soin, la santé et la personne (Watson, 2008). Chaque section mettra en évidence les besoins des parents, les difficultés qu'ils rencontrent, ainsi que les interventions possibles à travers une communication infirmière adaptée.

ii Application des métaconcepts de Watson

L'environnement : un cadre médicalisé source de stress parental

Les SIP sont des unités médicales hautement spécialisées, caractérisées par une surveillance continue, des soins invasifs et des protocoles stricts (Béranger et al., 2016). L'omniprésence des alarmes, la technicité des interventions et le rythme soutenu des soins créent un climat anxiogène, dans lequel les parents peuvent se sentir démunis et éloignés de leur rôle (Haave et al., 2021).

Watson considère que l'environnement influence directement le bien-être des individus et insiste sur la nécessité d'un cadre humanisé (Watson, 2008). Aux SIP, cela implique que l'infirmière peut atténuer cette barrière technologique en adaptant son langage, en expliquant chaque intervention et en encourageant une présence parentale active. Une communication claire et rassurante contribue ainsi à diminuer leur stress et favorise une meilleure compréhension du processus de soin (Kasat et al., 2020).

Le soin : construire un partenariat soignant-parent

Watson définit le soin comme une relation d'aide et de soutien mutuel, qui dépasse la simple réalisation des actes techniques (Watson, 2008). Or, aux SIP, les soins sont souvent perçus comme exclusivement techniques, reléguant les parents à un rôle passif, voire inexistant (Abela et al., 2020).

La co-construction des soins est un principe fondamental du *Caring*. Intégrer les parents dans la prise en soins, même de manière limitée (ex. : participer aux soins d'hygiène, tenir la main de l'enfant pendant un soin invasif), permet de rétablir leur sentiment de compétence parentale et d'atténuer leur impuissance (Dubé et al., 2018).

Avant la réalisation d'un soin potentiellement invasif, l'infirmière pourrait impliquer les parents en leur proposant de participer au réconfort de leur enfant, par exemple en lui tenant la main ou en adoptant une posture rassurante. Cette approche vise à favoriser leur implication et à maintenir leur rôle parental malgré le contexte de haute technicité.

La santé : un équilibre fragilisé par le stress et le vécu de l'expérience parentale

Watson définit la santé comme un état d'harmonie entre le corps, l'esprit et l'âme (Watson, 2008). Aux SIP, cet équilibre est perturbé par l'incertitude du pronostic, la peur de la mort et la souffrance émotionnelle (Petrinec & Martin, 2015). Le stress parental peut engendrer des troubles du sommeil, de l'épuisement, voire des SSPT (Voulgaridou et al., 2023).

L'infirmière peut jouer un rôle d'apaisement, en favorisant l'expression des émotions parentales et en offrant des repères dans le parcours de soins. Watson met en avant l'importance de la présence soignante authentique et du soutien émotionnel dans le rétablissement de l'équilibre psychologique des familles (Watson, 2008).

Lorsque l'un des parents exprime son angoisse concernant l'état de santé de son enfant, l'infirmière pourrait avoir une posture d'écoute active, reformuler les inquiétudes exprimées et apporter une réponse claire et rassurante. Cette démarche permet de répondre aux besoins émotionnels des parents.

La personne : valorisation du rôle parental

Watson considère la personne comme un être unique, dont les expériences et les émotions doivent être prises en compte de manière personnalisée (Watson, 1998). Aux SIP, les parents sont parfois perçus comme des visiteurs et non comme des partenaires de soins. Ceci peut renforcer leur frustration et leur sentiment d'exclusion (Durand et al., 2022).

La communication infirmière devrait reconnaître le vécu de chaque parent et adapter son approche en fonction de ses attentes et de ses besoins spécifiques. L'implication parentale ne peut être standardisée : certaines familles souhaitent être très investies, tandis que d'autres préfèrent prendre du recul (COHC, 2012).

Un parent qui souhaite être impliqué dans la prise en soins devrait être encouragé à participer à certains soins de confort. À l'inverse, un parent qui exprime une détresse importante pourrait bénéficier d'un accompagnement plus centré sur l'écoute et l'empathie.

L'application de la théorie du *Human Caring* de Jean Watson aux SIP permet d'analyser comment la communication infirmière influence le bien-être parental. À travers ses quatre métaconcepts, l'environnement, le soin, la santé et la personne, Watson met en évidence l'importance d'une communication empathique et personnalisée.

En valorisant la présence soignante authentique, en favorisant une co-construction des soins et en adaptant la communication aux besoins spécifiques des parents, les infirmières peuvent jouer un rôle essentiel dans l'atténuation du stress parental et le renforcement de leur implication. Cette approche humaniste et transformationnelle constitue une clé pour optimiser la prise en soins des familles aux SIP.

iii Application des processus de Caritas au contexte des SIP

Les dix processus de *Caritas*, au cœur de la théorie du *Human Caring* de Jean Watson, offrent un cadre structurant pour repenser la communication infirmière aux SIP.

1) Formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes

L'infirmière aux SIP peut incarner un système de valeurs fondé sur la bienveillance et l'humanisme en considérant les parents non comme des perturbateurs du soin, mais comme des partenaires légitimes. Ce rôle est renforcé par l'Approche Centrée sur la Famille (ACF), qui souligne l'importance de considérer les besoins émotionnels et relationnels des proches (COHC, 2012). Lors d'une admission en urgence, accorder quelques instants pour accueillir les parents, leur dire qu'ils peuvent rester auprès de leur enfant, malgré l'intensité de la situation, constitue déjà un geste de reconnaissance fondamentale (Grandjean et al., 2021).

2) Instillation d'espoir et de foi

L'attitude de l'infirmière peut favoriser la résilience parentale en transmettant de l'espoir, même dans l'incertitude. L'infirmière peut soutenir les parents par des phrases telles que : « On fait tout ce qui est possible, il est bien entouré ». Ces messages, ancrés dans l'attitude soignante, participent à restaurer la confiance (Petrinec & Martin, 2015).

3) Cultivation de la sensibilité à soi-même et aux autres

Aux SIP, les émotions parentales sont souvent à vif, l'infirmière peut s'exercer à reconnaître ses propres limites émotionnelles tout en restant disponible à l'écoute. Cette auto-conscience professionnelle favorise une présence authentique, condition préalable à une relation de confiance (Watson, 2008).

4) Développement d'une relation d'aide et de confiance

La constance du personnel est souvent perçue comme rassurante par les familles (Geoghegan et al., 2016). Une relation d'aide s'installe par des gestes simples : appeler les parents par leur prénom, leur proposer un siège près de l'enfant, ou simplement leur demander s'ils ont besoin d'un moment pour parler. Ce sont autant de manières d'établir un lien qui dépasse la seule transmission d'informations médicales (Durand et al., 2022).

5) Promotion et acceptation de l'expression des émotions

La reconnaissance des émotions parentales est une porte d'entrée vers une communication plus authentique. Van Burgsteden et al., (2024) montrent que lorsque les infirmières laissent un espace aux parents pour exprimer leur ressenti (peur, culpabilité, impuissance), ces derniers se sentent davantage soutenus.

6) Utilisation systématique du processus de résolution de problèmes en soins

L'infirmière peut ajuster sa communication selon les besoins parentaux identifiés : certains souhaitent tout savoir, d'autres ont besoin de pauses ou de messages simplifiés. Cette flexibilité fait partie d'une démarche clinique fondée sur l'évaluation des besoins relationnels, et non uniquement physiologiques (Dubé et al., 2018). Par exemple, un tableau d'information quotidien adapté au niveau de compréhension des parents peut réduire leur stress et améliorer leur sentiment de contrôle.

7) Apprentissage inter-personnel

Chaque échange entre l'infirmière et les parents est une opportunité d'apprentissage mutuel. L'infirmière peut adapter ses attitudes à partir de ce qu'elle perçoit des parents : leur manière de poser des questions, de s'approcher ou non de leur enfant. Dans cette co-construction relationnelle, les parents apprennent également à trouver leur place dans un environnement inconnu, soutenus par une communication facilitatrice (Colville et al., 2009).

8) Création d'un environnement de soutien physique, émotionnel et spirituel

Les SIP sont souvent perçues comme des lieux froids et techniques. Pourtant, l'infirmière peut y insuffler une atmosphère de soutien en favorisant l'accessibilité des parents, en respectant les rituels familiaux (berceuses, objets familiers) ou en proposant un espace de parole avec une équipe de soutien. Cette humanisation de l'environnement participe à diminuer le stress (Voulgaridou et al., 2023).

9) Satisfaction des besoins fondamentaux de la personne

Même si les soins sont centrés sur l'enfant, les besoins fondamentaux des parents ne doivent pas être négligés. Leur offrir un verre d'eau, leur indiquer les toilettes, leur proposer de se reposer quelques minutes dans un espace calme sont des gestes de *Care* concrets, essentiels dans un contexte de crise. Ces attentions témoignent de la reconnaissance de leur humanité dans un moment de grande vulnérabilité (Bertoncelli et al., 2025).

10) Ouverture aux forces existentielles et spirituelles

Dans les situations critiques, la spiritualité, au sens large, peut émerger comme une ressource ou un questionnement. L'infirmière peut, sans prosélytisme, reconnaître cette dimension en proposant aux parents, s'ils le souhaitent, de faire appel à un soutien spirituel, tel que l'aumônier de l'hôpital, ou simplement en étant présente dans un silence partagé. Cette reconnaissance du sens profond que les parents attribuent à l'événement contribue à une prise en soins holistique.

iv Formulation de la question de recherche

Dans la perspective de Jean Watson et sur la base de notre problématique de recherche, la relation soignant-soigné, fondée sur l'écoute et la présence, participe activement au processus d'adaptation. Transposée aux SIP, cette approche interroge le rôle des infirmières dans la reconnaissance du stress parental et le maintien du lien avec l'enfant.

Ainsi, la question de recherche formulée est : **Quelles interventions infirmières en communication peuvent être mises en place pour reconnaître le stress parental et améliorer leur expérience lors de l'hospitalisation de l'enfant aux SIP ?**

IV. Méthode

La question de recherche, centrée sur les interventions infirmières en communication, visant à reconnaître le stress parental et à améliorer l'expérience des familles, structure l'ensemble du processus de recherche documentaire fondées sur des données probantes.

i Sources d'information

Pour assurer une recherche documentaire rigoureuse, une stratégie méthodique a été élaborée.

La méthode PICO (Population, Intervention, Contexte) a été utilisée pour structurer la question de recherche et construire des équations cohérentes. Cette méthode permet de cibler précisément les publications pertinentes en lien avec la thématique.

Ces termes ont ensuite été traduits en anglais à l'aide de la plateforme *Health Terminology Ontology Portal* (HeTop) pour garantir une cohérence terminologique et optimiser la recherche dans les bases de données internationales.

Tableau 1: Définition des éléments PICO de la question de recherche

PICO	Mots-clés Français	Termes MeSH PubMed	Mots-clés Embase
P : population	Parents, Famille	<i>Parents, Family</i>	<i>Parents, Family</i>
I : intervention	Interventions infirmières	<i>Nursing care</i>	<i>Nursing care, nurse interventions</i>
	Communication	<i>Communication</i>	<i>Communication</i>
	Expérience parental	<i>Parent Experiences, Parents' experiences;</i>	<i>Parent Experiences, Parents' experiences;</i>
Co : contexte	Soins intensifs pédiatriques	<i>Intensive care, Intensive care unit, Pediatric, Critical care, Children with medical complexity</i>	<i>Intensive care, Intensive care unit, Pediatric, Critical care, Children with medical complexity</i>

ii Stratégie de recherche documentaire

À partir des éléments PICO, des équations de recherche ont été élaborées et intégrées dans plusieurs bases de données scientifiques reconnues, notamment *Public Medline* (PubMed) et *Excerpta Medica Database* (Embase), sélectionnées pour la qualité et la pertinence de leurs publications en soins infirmiers, pédiatrie et SI.

Des équations de recherches ont été construites en combinant les mots-clés identifiés avec les opérateurs booléens *AND* et *OR*, afin d'optimiser la précision et l'exhaustivité des résultats. Des filtres ont été appliqués pour restreindre la recherche (date de publication et la langue).

Tableau 2: Équations de recherche

	Équations de recherche	Base de données	Date de la recherche	Filtres utilisés	Nombre de résultats
1	(((Nursing care) AND (Parents)) AND (Pediatric)) AND (Intensive care units) AND (communication))	PubMed	7.2.2025	Less than 10 years, English, French	129
2	(((Nursing care) AND (Parents)) AND (Pediatric)) AND (Critical care))	PubMed	15.9.2024	Less than 10 years, English, French	629
3	((Parents) AND (communication)) AND (Nursing care)) AND (Pediatric)) AND (Intensive care)) AND (well-being))	PubMed	7.2.2024	Less than 10 years, English, French	224
4	(((Nursing care) AND (Parents)) AND (Pediatric)) AND (Intensive care)) OR (Critical care)AND (communication))	PubMed	15.9.2024	Less than 5 years, English, French	9'460
5	(((Parents) AND (communication) AND (experience) AND (Intensive care))	PubMed	10.2.2025	Less than 10 years, English, French	146
6	('nurse intervention' OR ('nurse/exp OR nurse) AND ('intervention/exp OR intervention)) AND ('parents/exp OR parents) AND ('intensive care/exp OR 'intensive care' OR (intensive AND ('care/exp OR care))) AND ('pediatric/exp OR pediatric) AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND [2014-2025]/py	Embase	28.9.2024	Less than 10 years AND English French	94
7	well-being + parents + communication + nurse' OR ('well being/exp OR 'well being') AND ('parents/exp OR parents) AND ('communication/exp OR communication) AND + AND ('nurse/exp OR nurse))	Embase	10.2.2025	Less than 10 years AND English French	132

- **Premier tri** : lecture des titres et résumés afin d'écartier les articles hors sujet, notamment ceux centrés exclusivement sur les aspects médicaux, technologiques ou organisationnels, sans lien direct avec la communication infirmière ou l'expérience parentale.
- **Deuxième tri** : sélection fondée sur des critères méthodologiques précis (type d'étude, pertinence des résultats, alignement avec la question de recherche).
- **Troisième tri** : exclusion des études redondantes, obsolètes ou présentant un niveau de preuve insuffisant pour soutenir une réflexion pratique et théorique en lien avec le *Caring* infirmier.

Au total, 123 articles ont été initialement recensés et consignés dans un tableau de suivi.

Après application des critères de sélection, neuf articles ont été retenus pour une analyse critique approfondie, sur la base de leur capacité à éclairer les interventions de communication infirmière permettant de reconnaître le stress parental et d'améliorer l'expérience des familles aux SIP.

L'ensemble du processus de sélection est présenté sous forme de diagramme de flux, qui détaille les différentes étapes de filtrage des publications et les motifs d'exclusion.

Les données issues de cette sélection serviront de base à l'élaboration de recommandations cliniques visant à renforcer la qualité du lien soignant-parent et à favoriser l'implication parentale dans un contexte de haute intensité émotionnelle.

Figure 1: Diagramme de flux

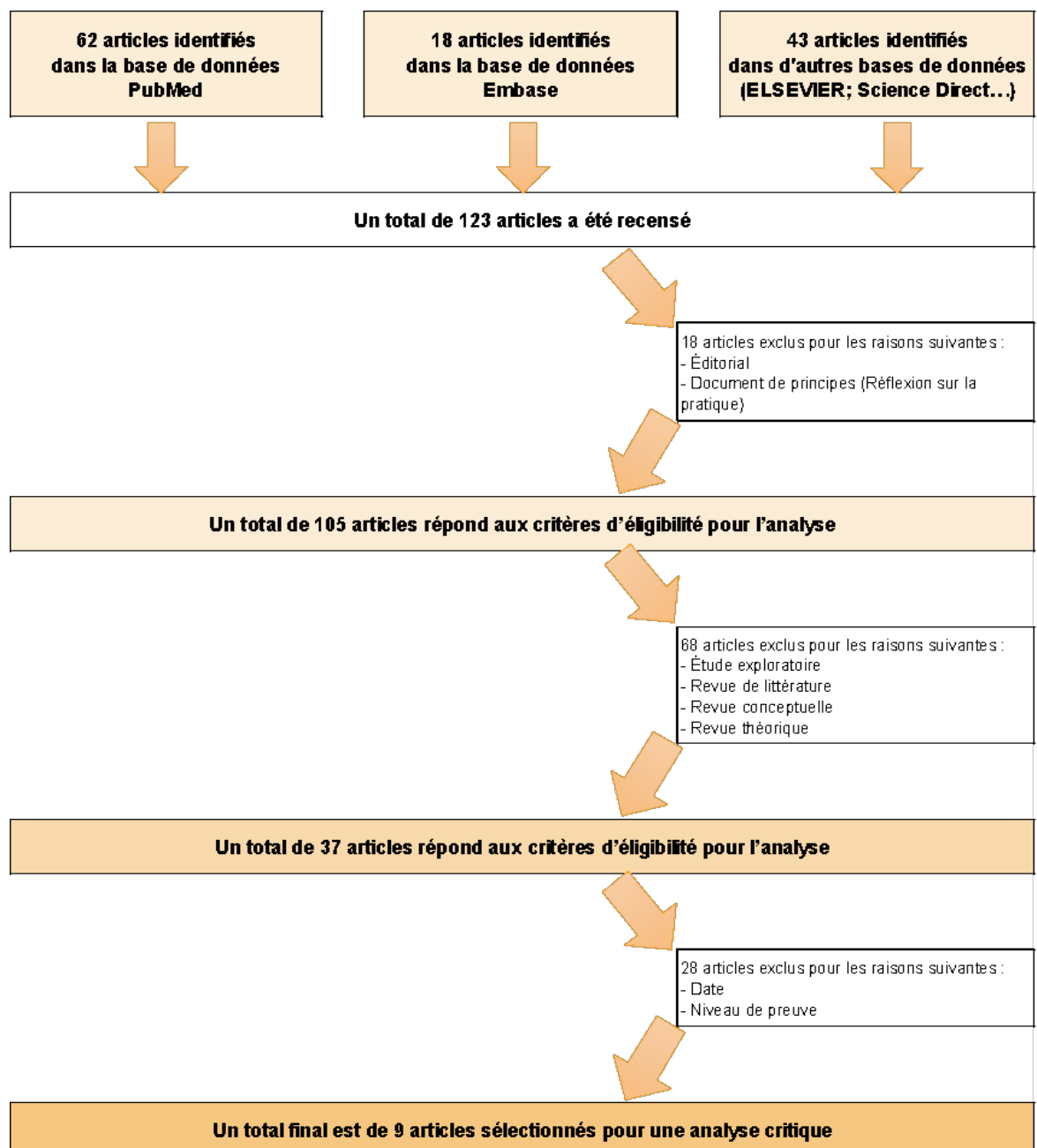


Tableau 3: Récapitulatif des neuf articles sélectionnés

Article 1	Itoshima, R., Varendi, H., Toome, L., Saik, P., Axelin, A., Lehtonen, L., Moazami-Goodarzi, A., & Ahlqvist-Björkroth, S. (2025). <i>Outcomes following Close Collaboration with Parents intervention in neonatal intensive care units: A nonrandomized clinical trial</i> . JAMA Network Open, 8(1), e2454099. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.54099
Article 2	Kasat, K., Stoffels, G., & Ellington, M. (2020). <i>Improving communication with parents: The neonatal intensive care unit empathy workshop</i> . Journal of Perinatology, 40(9), 1423-1432. https://doi.org/10.1038/s41372-020-0742-x
Article 3	Haave, R. O., Bakke, H. H., & Schröder, A. (2021). <i>Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway</i> . BMC Emergency Medicine, 21(1), 20. https://doi.org/10.1186/s12873-021-00412-8
Article 4	Van Burgsteden, L., Lamerichs, J., Hoogerwerf, A., te Molder, H., & de Jong, M. (2024). <i>Formulating parents' feelings: Analysing parent-nurse conversations in family-integrated neonatal care to develop communication training</i> . PEC Innovation, 5, 100327. https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100327
Article 5	Grandjean, C., Ullmann, P., Marston, M., Maitre, M.-C., Perez, M.-H., Ramelet, A.-S., The OCToPuS Consortium. (2021). <i>Sources of stress, family functioning, and needs of families with a chronic critically ill child: A qualitative study</i> . Frontiers in Pediatrics, 9. https://doi.org/10.3389/fped.2021.740598
Article 6	Bertoncelli, N., Buttera, M., Nieddu, E., Berardi, A., & Lugli, L. (2025). <i>The experience of Caring for a medically complex child in the neonatal intensive care unit: A qualitative study of parental impact</i> . Children, 12(2), 123. https://doi.org/10.3390/children12020123
Article 7	Houlihan, B. V., Coleman, C., Kuo, D. Z., Plant, B., & Comeau, M. (2024). <i>What families of children with medical complexity say they need: Humanism in care delivery change</i> . Pediatrics, 153(1), e2023063424. https://doi.org/10.1542/peds.2023-063424F
Article 8	Sahota, L. K., Agrawal, N., Kumar, R., & Simalti, A. K. (2025). <i>A survey of factors affecting parental satisfaction regarding patient care in pediatric intensive care unit at a tertiary hospital in Northern India</i> . Journal of Pediatric Critical Care, 12(1), 14–19. https://doi.org/10.4103/jpcc.jpcc_79_24
Article 9	Paulsamy, P., Alshahrani, S. H., Venkatesan, K., Prabahar, K., Bhagavathy, M. G., Thangam, M. M. N., Veeramani, V. P., Hegazy, S. M., Ahmed, R., Easwaran, V., T. A., H., A. A., H., Kandasamy, G., & K. W., W (2024). <i>A cross-sectional study on nurse-parent partnership in the pediatric intensive care units</i> . International Journal of Clinical Practice, 2024, Article 9934196. https://doi.org/10.1155/2024/9934196

V. Résultats

Les recherches indiquent que l'identification du stress parental devrait débuter dès l'admission aux SIP. De manière récurrente, les articles sélectionnés soulignent l'importance d'un entretien structuré, permettant d'accueillir les émotions parentales et de poser un cadre rassurant (Itoshima et al., 2025 ; Kasat et al., 2020 ; Grandjean et al., 2021 ; Paulsamy et al., 2024).

Par ailleurs, la formation des infirmières à l'observation des signaux émotionnels, tels que l'agitation ou le retrait, permet de mieux repérer les besoins émergents et d'y répondre de manière proactive (Kasat et al., 2020 ; Grandjean et al., 2021 ; Bertoncelli et al., 2025).

Dans cette continuité, l'intégration du vécu parental dans les transmissions est également identifiée comme un levier pertinent pour renforcer la continuité de la relation soignante (Itoshima et al., 2025 ; Bertoncelli et al., 2025 ; Grandjean et al., 2021).

En communication, les interventions infirmières centrées sur les parents s'appuient notamment sur une posture empathique, la validation émotionnelle et l'adaptation du langage, favorisant l'instauration d'un lien de confiance (Kasat et al., 2020 ; van Burgsteden et al., 2024).

Des programmes structurés tels que *Close Collaboration with Parents* (CCP) ou des ateliers d'empathie ont montré une amélioration significative de l'expérience parentale, grâce à l'écoute active, au respect perçu et à la clarté des échanges (Itoshima et al., 2025 ; Kasat et al., 2020).

L'analyse des interactions infirmière-parent met également en évidence l'importance d'une posture congruente, ouverte et ajustée aux émotions exprimées, qui facilite l'expression parentale et contribue à créer un climat de sécurité (van Burgsteden et al., 2024 ; Paulsamy et al., 2024).

La disponibilité des infirmières est perçue comme un repère sécurisant ; leur présence constante, même silencieuse, réduit le sentiment d'isolement vécu par les parents (Itoshima et al., 2025 ; Houlihan et al., 2024 ; Bertoncelli et al., 2025). La clarté des rôles, la stabilité des infirmières référentes et la joignabilité de l'équipe apparaissent également comme des critères déterminants d'une expérience parentale satisfaisante (Haave et al., 2021 ; Sahota et al., 2025).

Par ailleurs, plusieurs auteurs soulignent que les échanges informels, bien que souvent peu valorisés, participent activement à l'alliance thérapeutique, en particulier dans les périodes de vulnérabilité émotionnelle (Bertoncelli et al., 2025 ; Grandjean et al., 2021).

Enfin, le partenariat entre infirmières et parents repose sur une reconnaissance explicite et authentique du rôle parental, même en contexte hautement technique.

La co-construction des soins, l'implication progressive des parents dans les décisions et leur positionnement comme partenaires actifs sont systématiquement associées à une meilleure perception des soins et à une confiance accrue envers les équipes (Itoshima et al., 2025 ; Grandjean et al., 2021 ; Houlihan et al., 2024).

Les résultats soulignent également l'importance de l'intelligence émotionnelle des infirmières centrée sur la famille et de leurs compétences en communication comme des facteurs clés dans l'établissement d'un véritable partenariat (Paulsamy et al., 2024). Lorsque ces dimensions sont présentes, les familles décrivent un climat de confiance, une diminution du stress et un sentiment accru de sécurité émotionnelle.

L'ensemble des articles converge vers une même conclusion : reconnaître l'expertise parentale et intégrer leur vécu dans la relation de soins permet non seulement de renforcer la sécurité affective des familles, mais aussi d'améliorer la qualité relationnelle, la cohérence des soins et leur efficacité globale (Bertoncelli et al., 2025 ; Haave et al., 2021 ; Kasat et al., 2020).

VI. Discussion

i Accueil et repérage du stress parental

L'accueil comme fond de l'expérience parentale

La littérature s'accorde à dire que l'accueil détermine les premières représentations des familles sur le service et l'équipe soignante (Grandjean et al., 2021 ; Guttman et al., 2024). Aux SIP, la durée moyenne des hospitalisations étant de 48 heures, le temps dont dispose l'équipe soignante pour accueillir et encadrer les familles est restreint (OFS, 2023a). Ce moment doit être efficace et complet. La manière dont l'équipe se présente l'environnement hospitalier influence fortement l'adaptation des parents (Gordon et al., 2009 ; Roscigno et al., 2013).

Des gestes simples comme la présentation du personnel, l'explication du service, la remise d'un document informatif, réduisent l'angoisse initiale et créent une continuité humaine dans un environnement technique (Itoshima et al., 2025 ; Béranger, 2018). Lorsqu'ils s'accompagnent d'une attitude calme et rassurante, ces gestes renforcent la sécurité psychique (Kasat et al., 2020 ; Lorie et al., 2023). Ces pratiques incarnent le premier processus de *Caring* selon Watson qui est de « cultiver une bienveillance authentique, dès la première rencontre » (Watson, 2008).

Toutefois, Haave et al., 2021 affirme que même lorsque les informations sont transmises de manière cohérente, elles peuvent être partiellement intégrées par les parents. Le choc émotionnel peut altérer leur capacité de mémorisation (Grandjean et al., 2021). Il est nécessaire de répéter les informations afin de garantir leur compréhension (Haave et al., 2021).

Afin de limiter l'impact du choc, Grandjean et al. (2021) soulignent l'importance de préparer les parents durant l'entretien d'accueil avant la rencontre avec leur enfant. Cette préparation concerne à la fois l'environnement technique et les éventuelles modifications physiques de l'enfant hospitalisé. Les modifications physiques peuvent provoquer un choc émotionnel conséquent.

L'accueil comme levier de reconnaissance du stress

L'accueil des parents ne se limite pas à l'explication logistique et médicale. Cela constitue un moment déterminant pour l'identification du vécu parental. L'observation des signes de stress parental débute dès l'admission. Certains comportements tels que le repli, l'agitation et le silence peuvent révéler une détresse émotionnelle (Grandjean et al., 2021). Être attentif à ces signaux exige une posture de présence et une disposition à accueillir l'autre.

Reconnaître l'état émotionnel du parent, sans jugement ni banalisation, légitime son expérience. Cette reconnaissance fonde la relation de soin sur le respect mutuel et s'inscrit dans l'éthique du *Caring* (Watson, 1998).

Le repérage du stress parental repose encore aujourd'hui sur l'intuition clinique. L'absence de grilles structurées, comme le soulignent Lautrette et al. (2007) et Jarvis et al. (2023), génère des disparités d'accompagnement. Le SSPT étant une conséquence fréquente des hospitalisations aux SI, les HUG ont mis en place des consultations post hospitalisation. Ceci ayant pour but d'identifier les souffrances psychologiques et apporter de l'aide. Ces consultations sont un progrès considérable dans les prises en soins (HUG, 2024). À ce jour, la littérature ne documente toutefois que très peu les stratégies de prévention en amont du développement du SSPT.

En pédiatrie, la famille est considérée comme un système interdépendant, il est essentiel de prendre en compte l'ensemble de ses membres (van Burgsteden et al., 2024). Le bien-être psychologique, physique et social des parents constitue un élément central de la prise en soins de l'enfant. Une analyse clinique complète se doit d'intégrer ces différentes dimensions afin de garantir des soins globaux et de qualité. Identifier le stress parental s'avère être un élément déterminant à la construction d'un lien thérapeutique (Grandjean et al., 2021).

La dimension spirituelle du stress parental

Chez certains parents, l'hospitalisation active des questionnements existentiels et spirituels. Ces aspects du vécu parental, rarement abordés dans les interactions de l'accueil, sont pourtant cruciaux. Gordon et al. (2022) relèvent que les familles expriment un besoin de sens face à l'incertitude. Ce besoin engendre du stress face à une situation inconnue lorsqu'il n'est pas abordé.

La dimension spirituelle est parfois absente des outils de communication ou des formations proposées aux soignants (Jarvis et al., 2024; Bandata et al., 2022). Craig et al., (2024) expriment pourtant l'importance de connaître le contexte social, religieux et culturel des familles.

Certaines familles peuvent ressentir de la discrimination culturelle lorsque leurs croyances ne sont pas prises en compte. Prendre le temps de discuter des croyances des parents pourrait diminuer le stress ressenti (Bertoncelli et al., 2025); (Bandata et al., 2020).

La spiritualité est un élément important car il a été démontré qu'un lien fort existe avec les stratégies de *coping*. Comme le démontra Bandata et al., (2022), les parents s'adaptent mieux à l'environnement des SIP lorsqu'ils ont des croyances et qu'ils peuvent les exprimer et les pratiquer.

Dans l'étude de Bertoncelli et al. (2025), les parents expriment le besoin d'accéder dès l'admission à une information claire et honnête sur l'état de santé de leur enfant. Parallèlement, ils expriment le désir de préserver une forme d'espoir, notamment à travers des paroles telles que « restez positifs » ou « chaque enfant réagit différemment ». Ces formulations sont perçues comme soutenantes face à l'incertitude. Bertoncelli et al., (2025) rappellent aux professionnels le fait que l'espoir ne supprime pas la réalité du pronostic.

Watson (2008) parle de « soin transpersonnel », dans lequel l'écoute silencieuse, l'absence de jugement et la simple présence sont déjà des réponses soignantes. L'absence d'espaces pour exprimer cette dimension spirituelle peut contribuer à un sentiment d'isolement et à une détresse prolongée (Gordon et al., 2022 ; Guttman et al., 2024).

Cohérence d'équipe et qualité de l'accueil

La qualité de l'accueil ne dépend pas uniquement d'un soignant. Elle repose sur une posture partagée au sein de l'équipe. Lorsque les professionnels font preuve de cohérence dans les informations transmises, les familles perçoivent une continuité rassurante (Lorié et al., 2021).

À l'inverse, des messages contradictoires ou un manque de repères partagés créent confusion, stress et instabilité (Paulsamy et al., 2024 ; Lorié et al., 2023). Grandjean et al. (2021) soulignent que la qualité perçue du séjour est liée à la capacité des soignants à offrir un accompagnement coordonné. Cela implique des transmissions précises, une organisation stable et une reconnaissance des rôles respectifs. Cette dynamique collective est souvent mise à mal par le rythme clinique, le turn-over du personnel et le manque de temps.

Suite à l'étude menée par Bertoncelli et al. (2025), les USIP de Modène ont instauré une équipe pluridisciplinaire chargée d'enseigner aux professionnels de santé l'importance des soins centrés sur la communication et cela dès l'entretien d'accueil. Cette prise de conscience institutionnelle est une avancée en termes de soins personnalisés.

ii Communication infirmière et posture relationnelle

Communiquer pour soutenir

La communication est une composante essentielle de la relation soignant-parent. Elle est perçue comme un acte de soin à part entière, particulièrement en situation de crise (Kynoch et al., 2023). Une communication claire, reformulée, et adaptée au contexte émotionnel permet de réduire la confusion liée au langage technique ou aux décisions complexes (Lorié et al., 2023 ; Sahota et al., 2025). Le choix des mots et du ton influe sur le sentiment d'inclusion des parents dans le processus de soins (Houlihan et al., 2024).

Bien que ces éléments soient validés par la littérature, leur application concrète dépend du contexte organisationnel. Jarvis et al. (2024) notent que la qualité de la communication varie fortement selon les unités et les personnes.

La communication non verbale dans la relation de soin

Le non-verbal joue un rôle déterminant dans la communication thérapeutique. Le regard, le ton de voix, la posture et les silences transmettent des messages d'empathie (Kasat et al., 2020 ; Wigert et al., 2013). Une posture ouverte et une voix posée renforcent la perception de présence et de disponibilité émotionnelle.

Watson (2008) décrit cette disposition comme un soin en soi : être là sans chercher à faire, simplement en témoignant d'une présence authentique. Cette capacité à « contenir » la souffrance et la valider, constitue un appui existentiel pour certains parents.

Dans les moments de crise ou face à une situation insoutenable, la présence infirmière devient un point d'ancrage symbolique. L'infirmière agit comme un témoin silencieux de la vulnérabilité parentale (Nelson et al., 2006).

À l'inverse, une attitude distante, un langage trop technique ou une posture fermée génèrent un sentiment d'exclusion. Ces éléments peuvent être vécus comme une forme de désengagement ou de rejet, aggravant le stress parental (Pecanac & King, 2019 ; Wigert et al., 2014).

Jarvis et al. (2024) soulignent que de nombreux soignants manquent de repères pour mobiliser consciemment le non-verbal dans la relation thérapeutique. Ce type de communication nécessite une formation spécifique. Or, elle reste rarement formalisée ou institutionnalisée. Elle repose encore largement sur les dispositions individuelles des soignants, ce qui limite sa reconnaissance dans les indicateurs de qualité (Béranger et al., 2018).

Former à la conscience relationnelle

La conscience relationnelle est une compétence qui dépasse la simple communication. Elle se définit comme la capacité du soignant à percevoir, formuler et ajuster sa posture en fonction des émotions parentales, exprimées ou implicites (van Burgsteden et al., 2024). Elle suppose une posture réflexive constante, qui permet de maintenir une attention à la dynamique de l'échange, même dans un contexte aigu.

Cette compétence s'acquiert par l'analyse de conversations authentiques, la simulation, et le retour réflexif entre pairs (Kasat et al., 2020). Elle rejoint le 4^e processus de *Caritas* proposé par Watson (2008), qui invite à cultiver une présence attentive dans l'instant.

Cette formation, bien que recommandée, est rarement mise en œuvre de manière structurée. Elle reste souvent considérée comme implicite, et peu intégrée aux standards de qualité (Béranger et al., 2018).

Une culture d'équipe propice à la communication bienveillante

La qualité de la communication dépend aussi du contexte institutionnel. Une culture d'équipe fondée sur la transparence et la coopération renforce la cohérence des messages (Reis et al., 2010 ; Paulsamy et al., 2024).

Dans un environnement soutenant la relation, l'infirmière devient médiatrice du lien thérapeutique. Elle incarne la continuité, le sens et la stabilité relationnelle. Cette posture rejoint le 8^e processus de *Caritas*, qui vise un environnement centré sur la dignité et la relation (Watson, 2008).

La littérature confirme que la collaboration avec les familles ne dépend pas uniquement des compétences individuelles. Elle est façonnée par la culture de l'unité, les pratiques collectives et les normes implicites. Lorsque l'institution valorise l'écoute et l'empathie, les parents rapportent un sentiment de sécurité accru dès l'admission (Haave et al., 2021 ; Grandjean et al., 2021).

À l'inverse, une culture tournée vers l'urgence, la hiérarchie ou la segmentation des rôles tend à diminuer la qualité des interactions et compromet la reconnaissance du rôle parental (Itoshima et al., 2025). Ces constats rejoignent la problématique initiale, en rappelant que les interventions infirmières en communication ne peuvent être pensées sans une prise de conscience générale des soignants.

Une présence stable face à l'incertitude

Aux SIP, la présence constante des infirmières constitue un repère essentiel pour les familles. Elle soutient leur stabilité face au choc de l'hospitalisation et à la perte de contrôle ressentie (Gordon et al., 2009 ; Guttmann et al., 2024). Cette continuité humaine se traduit par des attitudes de disponibilité, de bienveillance et de constance relationnelle. Bertocelli et al. (2025) montrent que les parents recherchent des soignants « présents », capables de soutenir leur détresse émotionnelle avec calme et humanité.

Durant une hospitalisation, les parents sont amenés à collaborer avec une équipe pluridisciplinaire. Grandjean et al. (2021) soulignent l'importance des transmissions d'informations par les professionnels de santé.

En effet, les parents peuvent se sentir submergés par les informations et les différentes démarches. Les infirmières ont été identifiées par les parents comme étant les ressources premières à la coordination et à la continuité des informations.

Accessibilité émotionnelle et écoute disponible

L'accessibilité ne se limite pas à la proximité physique. Elle inclut une posture relationnelle ouverte, une disponibilité mentale, et la possibilité pour les familles de solliciter un échange sans crainte d'être jugées (Lorié et al., 2023 ; Haave et al., 2021).

Grandjean et al. (2021) insistent sur l'importance de cette écoute disponible dans les moments critiques. Les familles confrontées à une évolution rapide de l'état de leur enfant perçoivent la présence infirmière comme une ressource émotionnelle majeure. Des techniques telles que la reformulation et le reflet des émotions peuvent aider les parents à identifier leur état psychologique et légitimer leur ressenti (Grandjean et al., 2021).

Pourtant, l'accompagnement émotionnel des parents peut présenter certaines limites. Dans l'étude de Grandjean et al. (2021), il est rapporté que la reformulation des émotions par les infirmières peut avoir un effet contre-productif. En anticipant ou en nommant les ressentis parentaux, les soignants risquent d'empêcher l'expression spontanée des émotions par les parents eux-mêmes. Cela peut réduire ainsi l'espace disponible pour un partage authentique.

Une alliance pour humaniser l'expérience parentale

Le partenariat infirmière-parent repose sur une relation fondée sur la reconnaissance mutuelle des rôles, un dialogue ouvert et une coopération autour de l'enfant (Gordon et al., 2009 ; Lorié et al., 2023).

Dans un environnement technique, tel que les SIP, il est essentiel d'offrir aux familles des formes concrètes de participation (Dubé et al., 2018). Être autorisé à tenir la main de son enfant, à assister à un soin de confort ou à poser des questions contribue à réduire l'impuissance et à maintenir un lien symbolique parent-enfant (Haave et al., 2021 ; Gordon et al., 2009). Ces gestes restaurent une continuité affective malgré l'intrusion hospitalière.

Le partenariat entre soignants et parents constitue un levier pour palier à la détresse familiale, restaurer un sentiment de compétence parentale et améliorer l'expérience hospitalière. Cette dynamique permet aux familles de se sentir pleinement impliquées dans les soins, même en situation de forte vulnérabilité (Grandjean et al., 2018).

L'étude de Houlihan et al. (2024) souligne que la reconnaissance du savoir expérientiel des parents, leur connaissance fine de leur enfant renforce leur dignité et leur sentiment de légitimité dans un contexte hospitalier. Bertonecelli et al., (2025) mettent en avant la frustration ressentie par les parents lorsqu'ils ne savent pas comment bien s'occuper de leur enfant. Ils rappellent que le partenariat de soin se crée à travers l'écoute active, le respect et le temps mis à disposition.

Toutefois, comme mentionné précédemment, tous les parents ne souhaitent pas participer aux soins de la même manière. L'identification de la volonté de participation se fait à travers une communication ouverte et non jugeante. Grandjean et al., (2021) ont pu identifier plusieurs groupes de parents. Certains parents effrayés par les équipements souhaitaient uniquement pouvoir rester auprès de leur enfant. D'autres, avaient besoin de se sentir utiles. Connaître les préférences de participation peut aider les soignants à définir des objectifs atteignables avec les parents.

L'étude de Hangstrom et al. (2017) rapporte que les parents ne se disent pas stressés par l'environnement des SI. Les auteurs attribuent ce constat au fait que les données ont été recueillies après une période de familiarisation avec l'unité. Ce faible niveau de stress est également lié à la relation de confiance établie avec les infirmières. Ces dernières impliquent les parents dans les soins et leur expliquent le fonctionnement de l'environnement. Cette étude permet de confirmer les bénéfices d'un partenariat soignant.

Le partenariat parents-soignants est fréquemment valorisé dans les discours professionnels. Il est présenté comme un devoir éthique et une norme relationnelle. Toutefois, sa mise en œuvre reste rare dans les pratiques cliniques. Il suppose une posture d'humilité professionnelle encore peu formalisée dans les protocoles de soins ou les formations (Béranger et al., 2018).

Les apports du modèle *FICare*

Le *FICare* est principalement présent dans les unités néonatales. Ce modèle propose une structure pour une implication progressive des parents dans les soins. Il prévoit l'intégration des familles au quotidien (Cheng et al., 2019 ; Yoo & Cho, 2020).

L'approche a démontré une réduction du stress parental et une amélioration du climat relationnel dans les unités de soins (Itoshima et al., 2025). Le partenariat diminue les malentendus et augmente la satisfaction des parents (Reis et al., 2010). Adopter une posture de partenariat, c'est aussi accepter que les parents soient experts de leur enfant. L'intuition parentale devrait avoir une valeur dans la trajectoire de soins (Bertoncelli et al., 2025). Cette posture rejoint l'éthique du *Caring* selon Watson, qui valorise la dignité relationnelle, l'écoute, et la reconnaissance de l'autre comme sujet à part entière (Watson, 2008).

Le modèle *FICare* peut soulever une contradiction lorsqu'il s'adresse à des parents submergés par la complexité clinique et qui préfèrent se maintenir à distance des soins. Dans ce contexte, les principes éthiques fondamentaux des soins infirmiers tels que la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice, offrent une solution pertinente (ASSM, 2018). En s'appuyant sur ces principes, les infirmiers peuvent ajuster leur accompagnement de manière progressive, en respectant le rythme d'adaptation des parents tout en favorisant, à terme, leur empowerment (Grandjean et al., 2021).

Des conditions facilitatrices pour soutenir la participation

Certaines conditions concrètes favorisent la participation des parents : des informations claires, un soutien émotionnel, des encouragements à pratiquer des gestes simples, et des retours positifs sur leur acquis (Melnyk et al., 2006 ; Bertoncelli et al., 2025 ; Reis et al., 2010).

Van Burgsteden (2024) souligne l'importance de donner des retours positifs sur les connaissances des parents. Les acquis enseignés doivent être valorisés et encouragés. Les parents ont besoin de savoir que leurs gestes sont corrects et sécuritaires pour leur enfant.

Cette dynamique s'inscrit dans les principes du *Caring* de Watson, en valorisant la relation comme cœur du soin. Comme le rappellent Houlihan et al. (2024), cette transformation nécessite une évolution culturelle profonde dans les pratiques, où la famille est pensée comme co-actrice du processus thérapeutique.

Conclusion

Au terme de cette revue de littérature, il est possible de dégager les principaux apports de ce travail, d'en reconnaître les limites, puis de proposer des recommandations concrètes pour la pratique clinique, la recherche et la formation.

i Apports et limites du travail

Ce travail de *Bachelor*, fondé sur une revue de littérature, avait pour objectif d'explorer les interventions infirmières en communication permettant de reconnaître le stress parental et d'améliorer leur expérience lors de l'hospitalisation de leur enfant aux SIP. L'analyse des neuf articles scientifiques a permis d'identifier quatre axes majeurs : l'accueil et le repérage du stress parental, la posture relationnelle, la présence infirmière et le partenariat de soins.

Ces résultats montrent que la communication infirmière, lorsqu'elle est intentionnelle, ajustée et continue, constitue un soin à part entière. Elle agit comme un levier de reconnaissance, de soutien et d'inclusion du parent dans la trajectoire de soins. Ce travail s'est appuyé sur la théorie du *Human Caring* de Jean Watson, qui offre un cadre solide pour penser une pratique infirmière fondée sur la dignité, la relation et l'humanité partagée. Cette approche valorise une disposition soignante incarnée, où chaque interaction devient potentiellement thérapeutique.

Ce travail a permis d'approfondir la compréhension du rôle relationnel des infirmières aux SIP. Il met en lumière les ressources humaines, cliniques et symboliques mobilisables pour soutenir les familles dans un contexte hautement technique. Il nourrit également la construction identitaire de la professionnelle, en l'invitant à se relier au vécu parental avec attention et intégrité.

Certaines limites doivent néanmoins être relevées. Le corpus restreint d'articles n'a pas permis d'explorer certaines dimensions comme l'interculturalité ou les perspectives parentales. Le manque de littérature analysant les outils validés pour repérer le stress parental et le temps imparti ont également restreint l'analyse. Une autre limite identifiée réside dans l'absence de littérature contradictoire. Les recherches disponibles tendent à converger sur les effets positifs de la communication, rendant difficile la mise en perspective de points de vue divergents dans la discussion.

Malgré cela, ce travail pose des bases solides pour développer des pratiques infirmières sensibles, conscientes et soutenantes aux SIP. Il confirme que la qualité de la communication constitue un déterminant essentiel de l'expérience parentale.

ii Recommandations

À partir des résultats de cette revue de littérature, plusieurs recommandations peuvent être formulées afin d'améliorer l'expérience parentale aux SIP à travers la communication infirmière.

La clinique

Sur le plan clinique, il serait pertinent d'instaurer un entretien d'accueil systématique entre les familles et l'équipe infirmière dès l'admission aux SIP. Cette rencontre permettrait de clarifier les rôles, d'expliquer le fonctionnement du service et d'offrir un premier espace de reconnaissance du vécu parental (Grandjean et al., 2021 ; Paulsamy et al., 2024).

L'élaboration de supports d'information écrits ou visuels clairs renforcerait le sentiment parental de sécurité. Ces outils devraient présenter le rôle infirmier, les procédures courantes, les espaces disponibles et les ressources à disposition (Reis et al., 2010 ; Bertoncetti et al., 2025).

Pour mieux accompagner le stress parental, une observation structurée, à l'aide d'outils simples ou de grilles informelles développées par l'équipe, pourrait être intégrée dès les premiers jours. Elle favoriserait un repérage homogène des signaux de détresse, sans dépendre uniquement de l'intuition clinique individuelle (Kasat et al., 2020 ; Grandjean et al., 2021).

Par ailleurs, une formation ciblée à la communication relationnelle devrait être proposée à l'ensemble des équipes soignantes. Elle pourrait porter sur l'écoute active, la congruence, l'adaptation du langage et la validation émotionnelle, dans le but de renforcer la présence soignante et l'adéquation des réponses aux besoins exprimés ou implicites (Kasat et al., 2020 ; van Burgsteden et al., 2024).

Il est également recommandé de promouvoir une culture d'équipe centrée sur la stabilité relationnelle, la disponibilité émotionnelle et la reconnaissance explicite du rôle parental. Cela implique de soutenir l'organisation des soins en favorisant la continuité des liens, la cohérence des messages et la valorisation de l'implication parentale, même partielle ou progressive (Haave et al., 2021 ; Paulsamy et al., 2024).

La recherche

Sur le plan de la recherche, il serait judicieux d'évaluer l'impact de certaines interventions ciblées comme, l'entretien d'accueil, la présence continue ou encore la co-construction des soins, sur l'adaptation parentale et la qualité de l'alliance thérapeutique (Jarvis et al., 2023 ; Grandjean et al., 2021).

L'étude du repérage structuré du stress parental, ainsi que des perceptions infirmières concernant la communication, permettrait également d'identifier les leviers et les freins pour renforcer ces pratiques.

Le partenariat soignant-parent gagnerait aussi à être exploré dans différents contextes hospitaliers, afin d'identifier les conditions organisationnelles qui le rendent possible (Bertoncelli et al., 2025 ; Paulsamy et al., 2024).

L'enseignement

Enfin, sur le plan de la formation, il serait essentiel d'intégrer dans le programme d'étude des futures infirmières en formation un enseignement structuré autour de la communication relationnelle et du soutien aux familles en situation de stress aigu.

Des ateliers de simulation basés sur la réalité clinique, combinés à une réflexion éthique sur la posture professionnelle, pourraient favoriser l'émergence d'une présence soignante ajustée, consciente et incarnée (Kasat et al., 2020 ; van Burgsteden et al., 2024).

La théorie du *Human Caring* de Jean Watson pourrait être mobilisée comme cadre de référence, permettant d'inscrire la relation soignante dans une démarche réflexive, intégrant les dimensions humaines, émotionnelles et spirituelles du soin (Watson, 2008 ; Houlihan et al., 2024).

Bibliographie

- Abela, K. M., Wardell, D., Rozmus, C., & LoBiondo-Wood, G. (2020). *Impact of pediatric critical illness and injury on families: An updated systematic review*. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, 21-31. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.10.013>
- Académie Suisse des Sciences Médicales [ASSM]. (2018). *Directives médico-éthiques : Mesures de soins intensifs*. Berne: ASSM. https://www.samw.ch/dam/jcr:3cfdabf1-f21d-4747-91f3-d0ab02b31dbc/directives_assm_soins_intensifs.pdf
- Adama, E. A., Adua, E., Bayes, S., & Mörelius, E. (2021). *Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review*. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5–6), 532–547. <https://doi.org/10.1111/jocn.15972>
- Alzawad, Z., Lewis, F. M., Kantrowitz-Gordon, I., & Howells, A. J. (2020). *A qualitative study of parents' experiences in the pediatric intensive care unit: Riding a roller coaster*. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.015>
- Badanta, B., Rivilla-García, E., Lucchetti, G., & de Diego-Cordero, R. (2022). *The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review*. *Nursing in Critical Care*, 27(3), 348–366. <https://doi.org/10.1111/nicc.12645>
- Béranger, A., Pierron, C., de Saint Blanquat, L., Bouazza, N., Jean, S., & Chappuy, H. (2018). *Provided information and parents' comprehension at the time of admission of their child in pediatric intensive care unit*. *European Journal of Pediatrics*, 177(3), 395–402. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-3075-9>
- Béranger, A., Pierron, C., de Saint Blanquat, L., Jean, S., & Chappuy, H. (2017). *Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique : revue de la littérature*. *Archives de Pédiatrie*, 24(3), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.001>
- Bertoncelli, N., Buttera, M., Nieddu, E., Berardi, A., & Lugli, L. (2025). *The experience of caring for a medically complex child in the neonatal intensive care unit: A qualitative study of parental impact*. *Children*, 12(2), 123. <https://doi.org/10.3390/children12020123>
- Bordet, F. (2024). *Place des proches en réanimation pédiatrique*. *Médecine Intensive Réanimation*, 33 (Hors-série 1), 41–50. <https://doi.org/10.37051/mir-00219>
- Cheng, C., Franck, L. S., Ye, X. Y., Hutchinson, S. A., Lee, S. K., & O'Brien, K. (2021). *Evaluating the effect of Family Integrated Care on maternal stress and anxiety in neonatal intensive care units*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(2), 166–179. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1659940>
- Cheon, J. H., Park, J. H., Kim, Y., & Han, H. J. (2024). *Healthcare providers' communication experience in the pediatric intensive care unit: A phenomenological study*. *BMC Health Services Research*, 24:956. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11394-1>
- Clark, M. E., Cummings, B. M., Kuhlthau, K., Frassica, N., & Noviski, N. (2017). *Impact of Pediatric Intensive Care Unit admission on family financial status and productivity: A pilot study*. *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(11-12), 973-977. <https://doi.org/10.1177/0885066617723278>
- Code civil suisse. (2025). *Art. 296 : Autorité parentale et droit à l'information*. Berne : Confédération suisse. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/24/233_245_233/fr

- Colville, G., Darkins, J., Hesketh, J., Bennett, V., & Alcock, J. (2009). *The impact on parents of a child's admission to intensive care: Integration of qualitative findings from a cross-sectional study*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(2), 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.10.002>
- Committee on Hospital Care, & Institute for Patient - and Family - Centered Care. (2012). *Patient- and family-centered care and the pediatrician's role*. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Craig, A. K., Munoz-Blanco, S., Pilon, B., & Lemmon, M. (2024). *Communicating with parents about therapeutic hypothermia and hypoxic ischemic encephalopathy: Integrating a palliative care approach into practice*. *Clinics in Perinatology*, 51(3), 711–724. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2024.04.009>
- Costello, J. M., Patak, L., & Pritchard, J. (2010). *Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care through augmentative and alternative communication*. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 3(4), 289–301. <https://doi.org/10.3233/PRM-2010-0140>
- Dahav, P., & Sjöström-Strand, A. (2017). *Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study—like being in another world*. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3864-3873. <https://doi.org/10.1111/scs.12470>
- Debelić I, Mikolčić A, Tihomirović J, Barić I, Lendić Đ, Nikšić Ž, Šencaj B, Lovrić R. (2022). *Stressful Experiences of Parents in the Paediatric Intensive Care Unit: Searching for the Most Intensive PICU Stressors*. *Int J Environ Res Public Health*. Sep 12;19(18):11450. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811450>
- Dubé, S., Lacharité, C., & Lacombe, M. (2018). *Problématisation de la participation parentale aux soins de l'enfant hospitalisé: une compréhension écosystémique de la parentalité*. *L'infirmière clinicienne*, 15(1), 1–14. https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/wp-content/uploads/2023/01/Dube_Lacharite_Lacombe_2018_Vol15no1pp1-14.pdf
- Durand, G., Branger, B., Durier, V., Liet, J.-M., Dabouis, G., Picherot, G., Cartron, E., Blache, S., Joram, E., Millasseau, F., Gratton, E., Guilbaud, V., Nizard, J., Bricaud, O., & Gaillard-Le Roux, B. (2022). *Experiences of parents and caregivers in pediatric intensive care units: A qualitative study*. *Archives De Pédiatrie: Organe Officiel De La Société Française De Pédiatrie*, 29(8), 554-559. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2022.08.021>
- Enger, R., Moi, A. L., & Bentsen, S. B. (2021). *Family satisfaction in the intensive care unit: A cross-sectional study from Norway*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63, 103006. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00412-8>
- Fedor, M. C., & Leyssene-Ouvrard, C. (2007). *L'intégration des familles à l'hôpital : quelles attentes et quelles réticences de la part des patients, proches, et soignants ?* *Recherche en Soins Infirmiers*, 2(58), 58–75. <https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-58>
- Franck, L. S., Wray, J., Gay, C., Dearmun, A. K., Lee, K., & Cooper, B. A. (2015). *Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study*. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 10-21. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011>

- Gordon, C., Barton, E., Meert, K. L., Eggly, S., Pollack, M., Zimmerman, J., Anand, K. J. S., Carcillo, J., Newth, C. J. L., Dean, J. M., Willson, D. F., & Nicholson, C. (2009). *Accounting for medical communication: Parents' perceptions of communicative roles and responsibilities in the pediatric intensive care unit*. *Communication & Medicine*, 6(2), 177–188. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3277327/>
- Graj, A., Picot, M.-C., Minassian, S., Lussion, J.-R., Durand, S., & Rametti, A. (2021). *Quality of life in parents of seriously ill/injured children: A prospective longitudinal study*. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(5), 561–571. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02624-0>
- Grandjean, C., Ullmann, P., Marston, M., Maitre, M.-C., Perez, M.-H., Ramelet, A.-S., The OCToPuS Consortium. (2021). *Sources of stress, family functioning, and needs of families with a chronic critically ill child: A qualitative study*. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 740598. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.740598>
- Guttmann, K. F., Raviv, G. N., Fortney, C. A., Ramirez, M., & Smith, C. B. (2024). *Parent perspectives on communication quality in the neonatal intensive care unit*. *Advances in Neonatal Care*, 24(4), 382. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000001178>
- Haave, R. O., Bakke, H. H., & Schröder, A. (2021). *Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway*. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00412-8>
- Haberey-Knuessi, V., Heeb, J. L., & De Paula, E. M. (2013). *L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier*. *Recherche en Soins Infirmiers*, 115(4), 8–18. <https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-4-page-8?lang=fr&tab=auteurs>
- Hagstrom, S. (2017). *Family stress in pediatric critical care*. *Journal of Pediatric Nursing*, 32, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.10.007>
- Herrera Corpas, K., & Gómez Bustamante, E. (2024). *Communication in the interdisciplinary health team in intensive care: A qualitative study*. *Universitas Médica*, 65. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed65.ceis>
- Hill, C., Knafl, K. A., & Santacroce, S. J. (2018). *Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric intensive care unit: An integrative review*. *Journal of Pediatric Nursing*, 41, 22–33. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.11.007>
- Hlyva, O., Rae, C., Deibert, S., Kamran, R., Shaikh, H., Thabane, L., Rosenbaum, P., Klassen, A., & Lim, A. (2021). *A mixed-methods feasibility study of integrated pediatric complex care: Experiences of parents with care and the value of parent engagement in research*. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 2. <https://doi.org/10.3389/fresc.2021.710335>
- Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (2025). *Unité de soins intensifs pédiatriques – Fonctionnement, missions et organisation*. Genève, Suisse. <https://enfants-ados.hug.ch/soins-intensifs-unite-pour-enfants-0-16-ans>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2024). *Consultation post soins intensifs à Genève aux HUG*. <https://www.hug.ch/soins-intensifs/consultation-post-soins-intensifs>
- Houlihan, B. V., Coleman, C., Kuo, D. Z., Plant, B., & Comeau, M. (2024). *What families of children with medical complexity say they need: Humanism in care delivery change*. *Pediatrics*, 153(1), e2023063424. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-063424>

- Itoshima, R., Varendi, H., Toome, L., Saik, P., Axelin, A., Lehtonen, L., Moazami-Goodarzi, A., & Ahlqvist-Björkroth, S. (2025). *Outcomes following close collaboration with parents intervention in neonatal intensive care units: A nonrandomized clinical trial*. *JAMA Network Open*, 8(1), e2454099. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.54099>
- Jarvis, J. M., Huntington, T., Perry, G., Zickmund, S., Yang, S., Galyean, P., Pinto, N., Watson, R. S., Olson, L. M., Fink, E. K., & Maddux, A. B. (2024). *Supporting families during pediatric critical illness: Opportunities identified in a multicenter, qualitative study*. *Journal of Child Health Care*, 28(3), 624–636. <https://doi.org/10.1177/13674935231154829>
- Kasat, K., Stoffels, G., & Ellington, M. (2020). *Improving communication with parents: The Neonatal Intensive Care Unit Empathy Workshop*. *Journal of Perinatology*, 40(9), 1423–1432. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0742-x>
- Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F., & McArdle, A. (2016). *The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: A systematic review update*. *JBI Evidence Synthesis*, 14(3), 181. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-2477>
- Labrie, N. H. M., van Veenendaal, N. R., van der Schoor, S. R. D., Ludolph, R. A., & Kempen, A. A. M. W. (2021). *Effects of parent-provider communication during infant hospitalization in the NICU on parents: A systematic review with meta-synthesis and narrative synthesis*. *Patient Education and Counseling*, 104(7), 1526–1552. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.023>
- Latour, J. M., van Goudoever, J. B., Schuurman, B. E., Albers, M. J. I. J., van Dam, N. A. M., Dullaart, E., van Heerde, M., Verlaat, C. W. M., van Vught, E. M., & Hazelzet, J. A. (2011). *A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven Dutch pediatric intensive care units*. *Intensive Care Medicine*, 37(2), 319-325. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-2074-3>
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, C., Barnoud, D., Bleichner, G., Bruel, C., Choukroun, G., Curtis, J. R., Fieux, F., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Georges, H., Goldgran-Toledano, D., Jourdain, M., Loubert, G., Reignier, J., ... Azoulay, E. (2007). *A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the icu*. *New England Journal of Medicine*, 356(5), 469-478. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa063446>
- Lorié, E. S., Wreesmann, W. W., van Veenendaal, N. R., van Kempen, A. A. M. W., & Labrie, N. H. M. (2021). *Parents' needs and perceived gaps in communication with healthcare professionals in the neonatal (Intensive) care unit: A qualitative interview study*. *Patient Education and Counseling*, 104(7), 1518–1525. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.12.007>
- Mardani, M., & Heidari, H. (2024). *Parents and Health Care Teams Perceptions of Communication in Neonatal Intensive Care Unit*. *The Qualitative Report*, 29(5), 1266-1278. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2024.6233>
- Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Crean, H. F., Johnson, J., Fairbanks, E., Small, L., Rubenstein, J., Slota, M., & Corbo-Richert, B. (2004). *Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers*. *Pediatrics*, 113(6), e597–e607. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.e597>

- N'Diaye, N., Simoncelli, M., Akouamba, B. S., & Samson, J. (2014). *L'implication des parents dans les soins intensifs pédiatriques: Analyse des pratiques et enjeux cliniques. Rapport de l'UETMIS du CHU Sainte-Justine*. https://www.chusj.org/getmedia/9eca1a8b-f1dc-4310-b216-5833b35d2f16/UETMIS_Implication-parents-USIP.pdf.aspx
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2020, 1 février). *Loi fédérale sur les professions de la santé (LPsan), du 30 septembre 2016 (RS 811.21)*. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2020/16/fr>
- Office fédéral de la statistique [OFS]. (2023a). *Statistique médicale des hôpitaux : nombre de cas selon le diagnostic principal d'hospitalisation, par classe d'âge et par sexe*. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/28625235>
- Office fédéral de la statistique [OFS]. (2023b). *Dépenses de santé*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/mesure-bien-etre/indicateurs/depenses-sante.html>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2025). *Services de santé de qualité*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Paulsamy, P., Alshahrani, S. H., Venkatesan, K., Prabahar, K., Bhagavathy, M. G., Thangam, M. M. N., Veeramani, V. P., Hegazy, S. M., Ahmed, R., Easwaran, V., T. A., H., A. A., H., Kandasamy, G., & K. W., W (2024). *A cross-sectional study on nurse-parent partnership in the pediatric intensive care units*. International Journal of Clinical Practice, 2024, Article 9934196. <https://doi.org/10.1155/2024/9934196>
- Pecanac, K., & King, B. (2019). *Nurse-family communication during and after family meetings in the intensive care unit*. Journal of Nursing Scholarship, 51(2), 129-137. <https://doi.org/10.1111/jnu.12459>
- Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (3e éd.). Chenelière Éducation.
- Petrinec, A. B., & Martin, C. M. (2015). *Coping strategies and post-traumatic stress symptoms in family decision makers*. Critical Care Medicine, 43(6), 1205–1212. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000934>
- Polito, A., Giacobino, C., Combescure, C., Levy-Jamet, Y., Rimensberger, P., & Swiss Society of Intensive Care Medicine. (2020). *Overall and subgroup specific performance of the pediatric index of mortality 2 score in Switzerland: a national multicenter study*. European Journal of Pediatrics (2020) 179:1515–1521. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03639-y>
- Ramírez, A., Navarro, S., Clavería, C., Molina, Y., & Cox, A. (2018). *Parental stressors in a pediatric intensive care unit*. Revista Chilena de Pediatría, 89(2), 196–204. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200182>
- Reis, M. D., Rempel, G. R., Scott, S. D., Brady-Fryer, B. A., & Van Aerde, J. (2010). *Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 39(6), 675–683. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x>
- Rennick, J. E., St-Sauveur, I., Knox, A. M., & Ruddy, M. (2019). *Exploring the experiences of parent caregivers of children with chronic medical complexity during pediatric intensive care unit hospitalization: An interpretive descriptive study*. BMC Pediatrics, 19, 272. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1634-0>

- Richards, C. A., Starks, H., O'Connor, M. R., & Doorenbos, A. Z. (2017). *Elements of Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review*. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 19(3), 238–246. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000335>
- Roscigno, C. I., Savage, T. A., Grant, G., & Philipsen, G. (2013). *How healthcare provider talk with parents of children following severe traumatic brain injury is perceived in early acute care*. *Social Science & Medicine*, 90, 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.017>
- Sahota, L. K., Agrawal, N., Kumar, R., & Simalti, A. K. (2025). *A survey of factors affecting parental satisfaction regarding patient care in pediatric intensive care unit at a tertiary hospital in Northern India*. *Journal of Pediatric Critical Care*, 12(1), 14–19. https://doi.org/10.4103/jpcc.jpcc_79_24
- Segers, E., Ockhuijsen, H., Baarendse, P., van Eerden, I., & van den Hoogen, A. (2019). *The impact of family-centred care interventions in a neonatal or paediatric intensive care unit on parents' satisfaction and length of stay: A systematic review*. *Intensive & Critical Care Nursing*, 50, 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.008>
- Simma, L., Stocker, M., Lehner, M., Wehrli, L., & Righini-Grunder, F. (2021). *Critically ill children in a Swiss pediatric emergency department with an interdisciplinary approach: A prospective cohort study*. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 721646. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.721646>
- Société Suisse de Médecine Intensive [SSMI] (2020). *Cadre de compétences en soins intensifs selon le modèle CanMEDS*. Bâle : IMK Institut pour la Médecine et la Communication. https://www.sgi-ssmi.ch/files/Dateiverwaltung/de/member_area/kwfb_pflege/Cadre%20de%20compe%CC%81tences%20en%20soins%20intensifs.pdf
- Terrasson, J., Brédart, A., El Mellah, L., Doz, F., Seigneur, E., & Dolbeault, S. (2021). *Enjeux émotionnels de la communication parents-pédiatre lors de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie pédiatrique : un état de la question*. *Bulletin du Cancer*. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.11.018>
- Van Burgsteden, L., Lamerichs, J., Hoogerwerf, A., te Molder, H., & de Jong, M. (2024). *Formulating parents' feelings: Analyzing parent-nurse conversations in family-integrated neonatal care to develop communication training*. *PEC Innovation*, 5, 100327. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100327>
- Van Veenendaal, N. R., van der Schoor, S. R. D., & van Kempen, A. A. M. W. (2024). *Formulating parents' feelings: Analyzing parent-nurse conversations in family-integrated neonatal care to develop communication training*. *Journal of Advanced Nursing*, 80(1), 241–253. <https://doi.org/10.1111/jan.15491>
- Voulgaridou, A., Paliouras, D., Deftereos, S., Skarentzos, K., Tsergoula, E., Miltsakaki, I., Oikonomou, P., Aggelidou, M., & Kambouri, K. (2023). *Hospitalization in neonatal intensive care unit: Parental anxiety and satisfaction*. *The Pan African Medical Journal*, 44, 55. <https://doi.org/10.11604/pamj.2023.44.55.34344>
- Waddington, C., van Veenendaal, N. R., O'Brien, K., & Patel, N. (2021). *Family integrated care: Supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit*. *Pediatric Investigation*, 5(2), 148–154. <https://doi.org/10.1002/ped4.12277>
- Wanquet Thibault, P. (2015). *L'enfant hospitalisé : Travailler avec la famille et l'entourage* (2e éd., p. 67). Elsevier Masson.

- Watson, J. (1998). *Le Caring: Philosophie et science des soins infirmiers*. Éditions Seli Arslan.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of Caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
- Wigert, H., Dellenmark, M. B., & Bry, K. (2013). *Strengths and weaknesses of parent–staff communication in the NICU: A survey assessment*. *BMC Pediatrics*, 13, 71. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-71>
- Yoo, S. Y., & Cho, H. (2020). *Exploring the influences of nurses' partnership with parents, attitude to families' importance in nursing care, and professional self-efficacy on quality of pediatric nursing care: A path model*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5452. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155452>

Annexe 1: Rapport d'analyse Compilatio du travail de *Bachelor*



ATTESTATION D'ANALYSE
studium

TRAVAIL DE BACHELOR_CATHIE & ANA_09.06.2025

14%
Textes suspects

5% Similitudes
0% similitudes entre guillemets
< 1% parmi des sources mentionnées

9% Textes potentiellement générés par IA

Nom du document: TRAVAIL DE BACHELOR_CATHIE & ANA_09.06.2025.pdf
ID du document: ce8141eefdf5124bd24a3b350d2197f451c6e6fe
Taille du document d'origine: 956,03 ko

Déposant: Ana Ris
Date de dépôt: 09/06/2025
Type de dépôt: interface
date de fin d'analyse: 09/06/2025

Nombre de mots: 20954
Nombre de caractères: 157 442

Emplacement des similitudes dans le document:



Sources principales détectées

N°	Description	Similitudes
1	hdl.handle.net Proposition d'une intervention de formation infirmière axée sur la communication thérapeutique entre l'infirmière et les familles dont... 15 sources similaires	<div style="width: 100%; height: 10px; background: linear-gradient(to right, green, grey);"></div>
2	www.oiiq.org Hospitalisation d'un enfant aux soins intensifs : l'expérience des parents OIIQ 14 sources similaires	<div style="width: 100%; height: 10px; background: linear-gradient(to right, green, grey);"></div>
3	doi.org Sources of Stress, Family Functioning, and Needs of Families With a Chronic Critically Ill Child: A Qualitative Study 14 sources similaires	<div style="width: 100%; height: 10px; background: linear-gradient(to right, green, grey);"></div>
4	doi.org The Experience of Caring for a Medically Complex Child in the Neonatal Intensive Care Unit: A Qualitative Study of Parental Impact 5 sources similaires	<div style="width: 100%; height: 10px; background: linear-gradient(to right, green, grey);"></div>
5	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Sources of Stress, Family Functioning, and Needs of Families With a Chronic Critically Ill Child: A Qualitative Study - PubMed 8 sources similaires	<div style="width: 100%; height: 10px; background: linear-gradient(to right, green, grey);"></div>

Sources avec similitudes accidentelles

N°	Description	Similitudes
1	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Parents' needs and perceived gaps in communication with healthcare professionals in the neonatal (intensive) care unit: A... https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33423822/	<div style="width: 100%; height: 10px; background: linear-gradient(to right, grey, grey);"></div>
2	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven Dutch pediatric intensive care units ... https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21063674/	<div style="width: 100%; height: 10px; background: linear-gradient(to right, grey, grey);"></div>
3	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Outcomes Following Close Collaboration With Parents Intervention in Neonatal Intensive Care Units: A Nonrandomized Cl... https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39786771/	<div style="width: 100%; height: 10px; background: linear-gradient(to right, grey, grey);"></div>
4	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov The Experience of Long-Stay Parents in the ICU: A Qualitative Study of Parent and Staff Perspectives - PubMed https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27648895/	<div style="width: 100%; height: 10px; background: linear-gradient(to right, grey, grey);"></div>
5	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Exploring the Influences of Nurses' Partnership with Parents, Attitude to Families' Importance in Nursing Care, and Profess... https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32751100/	<div style="width: 100%; height: 10px; background: linear-gradient(to right, grey, grey);"></div>

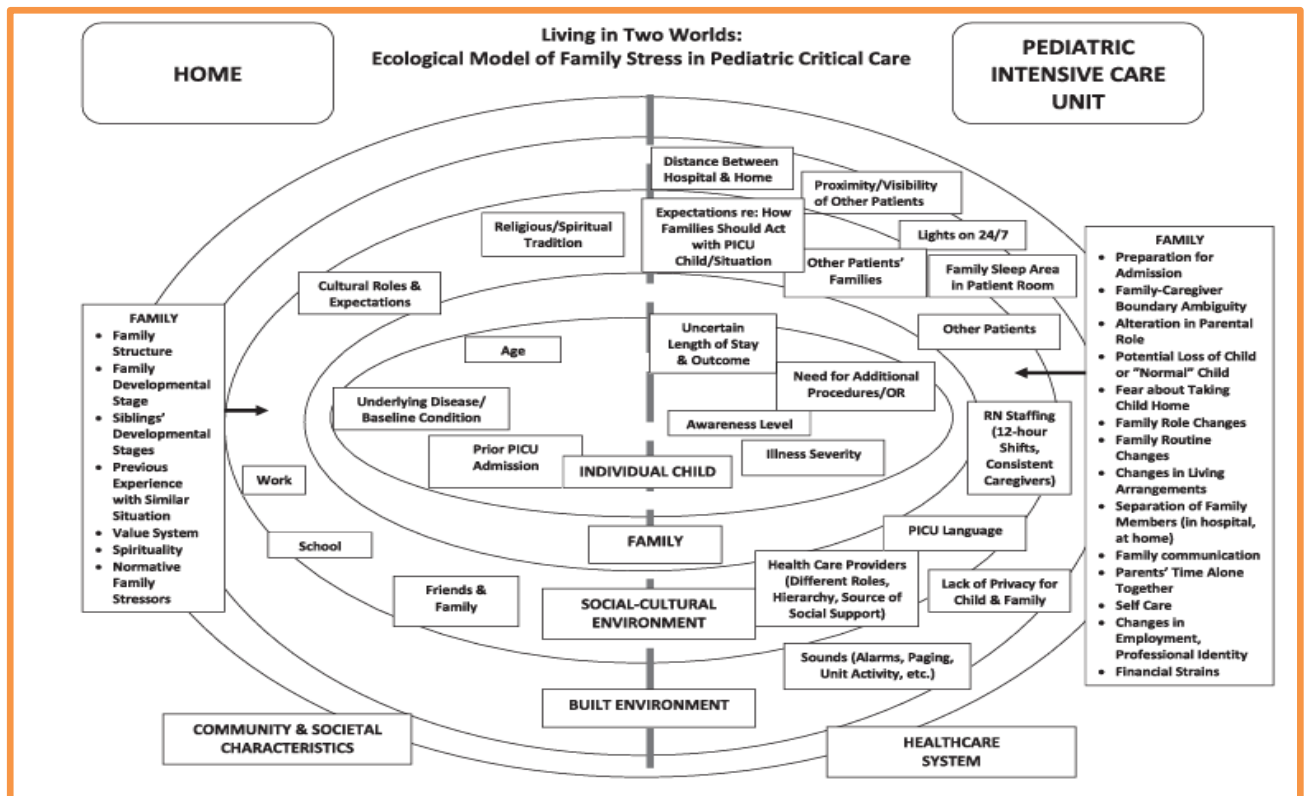
Sources mentionnées (sans similitudes détectées)

Ces sources ont été citées dans le document sans trouver de similitudes.

1	https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.54099
2	https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100327
3	https://doi.org/10.1542/peds.2023-063424F
4	https://doi.org/10.4103/jpcc.jpcc_79_24
5	https://doi.org/10.1155/2024/9934196

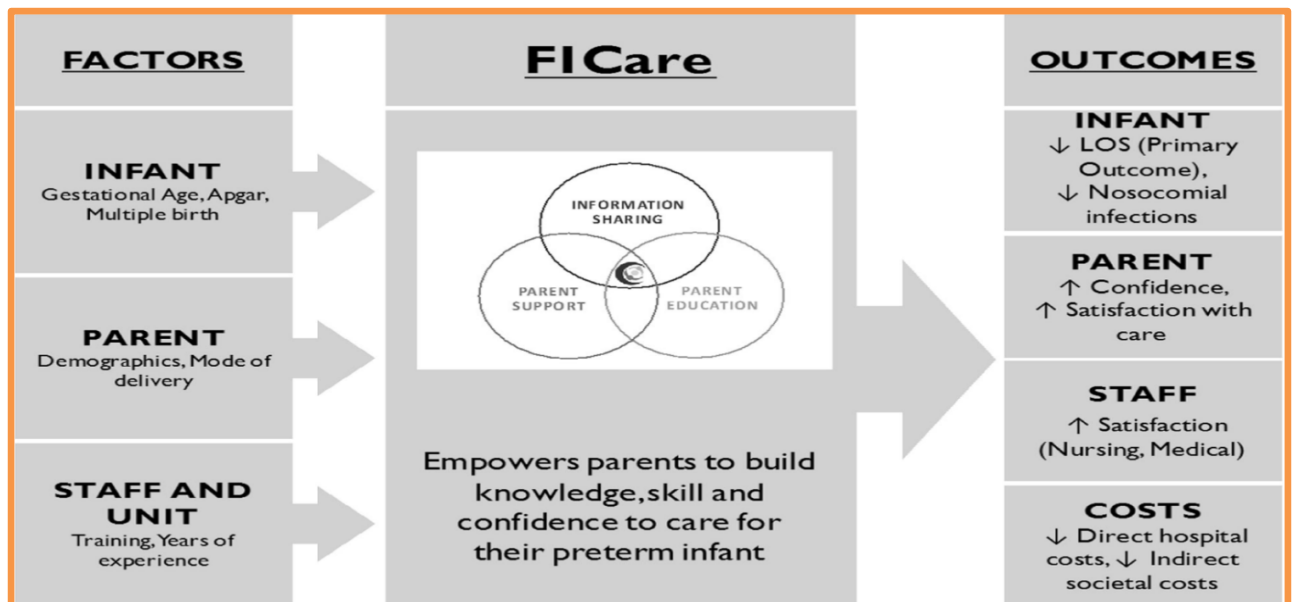
Compilatio. (2025). Rapport d'analyse du document « TRAVAIL DE BACHELOR_CATHIE & ANA_09.06.2025.pdf ». Rapport non publié, déposé le 9 juin 2025 via l'interface Studium.

Annexe 2: Ecological model of family stress in pediatric critical care



Adapté de *Ecological model of family stress in pediatric critical care*, par S. Hagstrom (2016), d'après Bubolz et Sontag (2004). © Sandra Hagstrom. Tous droits réservés.

Annexe 3: Modèle de soins du FICare



Adapté de *Evaluating the effect of Family Integrated Care on maternal stress and anxiety in neonatal intensive care units*, par C.-F. Cheng, L.-S. Franck, X.-Y. Ye, S.-A. Hutchinson, S.-K. Lee et K. O'Brien (2021), *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(2), 166–179. © Taylor & Francis. Tous droits réservés.

Annexe 4: Tableau d'analyse critique de l'article n°1

<p>Article 1</p>	<p>Itoshima, R., Varendi, H., Toome, L., Saik, P., Axelin, A., Lehtonen, L., Moazami-Goodarzi, A., & Ahlqvist-Björkroth, S. (2025). <i>Outcomes following Close Collaboration With Parents intervention in neonatal intensive care units: A nonrandomized clinical trial.</i> JAMA Network Open, 8(1), e2454099. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.54099</p>			
<p>But de l'étude</p>	<p>Le but de l'étude est d'évaluer l'impact de l'intervention "Close Collaboration With Parents" sur les pratiques de soins centrés sur la famille, précisément la qualité de la communication entre soignants et parents en néonatalogie. Elle vise aussi à déterminer si la fidélité de mise en œuvre influençait ces résultats.</p>			
<p>Auteurs</p>	<p>Année</p>	<p>Pays & Lieu</p>	<p>Population</p>	<p>Type d'étude</p>
<p>Itoshima Ryo Varendi Heili Toome Liis Saik Pille Axelin Anna Lehtonen Liisa Moazami-Goodarzi Ali Ahlqvist-Björkroth Sari</p>	<p>2025</p>	<p>Pays : Estonie Lieu : 6 NICUs réparties sur 3 hôpitaux</p>	<p>Population 1 : 471 parents (217 parents avant l'intervention, 308 parents après l'intervention). Population 2 : 156 soignants dont 99 ont complété entièrement l'étude (21 médecins et 55 infirmières).</p>	<p>Essai clinique non randomisé (étude avant-après)</p>
<p>Méthode & Instruments de mesure</p>	<p>Intervention</p>	<p>Résultats principaux</p>	<p>Limites (auteurs) & Recommandations (auteurs)</p>	<p>Nos commentaires & Nos limites identifiées</p>
<p><u>Méthode</u></p> <p>Questionnaire utilisé : FCC versions parents et infirmière à destination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des parents à la sortie de l'hospitalisation de leur enfant - du personnel infirmier ayant suivi la formation (questionnaire rempli quotidiennement) <p><u>Instrument de mesure</u></p> <p>Deux questionnaires standardisés</p> <p>Digi Family-Centered Care – Parent version rempli une seule fois à la sortie de leur enfant.</p> <p>Digi Family-Centered Care – Nurse version rempli quotidiennement.</p> <p>9 éléments mesurant les différents aspects des soins centrés sur la famille</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Écoute active 2. Participation des parents aux soins du nourrisson 3. Accompagnement individualisé des parents 4. Prise de décision partagée 5. Confiance des parents envers le personnel 6. Confiance du personnel envers les parents 7. Partage d'information individualisé 8. Soutien émotionnel 9. Participation aux visites médicales 	<p>L'intervention se concentre spécifiquement sur la communication entre le personnel et les parents afin de promouvoir un véritable partenariat.</p> <p>Le programme de formation comprend des éléments tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation théorique (e-learning). - Formation pratique au chevet du patient (une observation conjointe du comportement de l'enfant réalisée par les soignants avec les parents, afin de planifier ensemble les soins adaptés). - Des sessions de réflexion pour intégrer les nouveaux apprentissages (Ces sessions offrent un espace pour que le personnel puisse réfléchir à ses propres pratiques). 	<p>Les parents ont rapporté une amélioration significative de plusieurs aspects de la communication et de la collaboration avec les soignants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Écoute active : une meilleure qualité d'écoute de la part des soignants ($\beta = 6.3$; $p = .03$), indiquant. - Soutien émotionnel : les parents ont perçu un meilleur soutien émotionnel de la part des professionnels ($\beta = 10.0$; $p = .02$). - Accompagnement individualisé : une amélioration a été observée dans l'accompagnement personnalisé des familles ($\beta = 9.5$; $p = .02$). - Une participation accrue des parents aux décisions concernant les soins ($\beta = 13$; $p = .05$). - Une tendance à l'amélioration du partage d'informations individualisées ($\beta = 6.4$; $p = .09$). 	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Effet plafond dans les scores : majorité des évaluations déjà élevées avant l'intervention. - Outils de mesure potentiellement peu sensibles. - Déséquilibre dans les réponses entre mères et pères. - Exclusion de certains soignants dans le calcul du taux de fidélité : les soignants n'ayant pas suivi la formation complète . - Baisse du taux de réponse du personnel dans certaines unités : dans les unités A et D. <p><u>Recommandations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser de meilleurs outils d'évaluation & faire des observations sur le terrain. - Comprendre pourquoi certains soignants ne suivent pas la formation jusqu'au bout et trouver des solutions. 	<p><u>Nos commentaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation structurée du personnel → amélioration de la communication parent-soignant. - Observation partagée / discussions structurées → reconnaissance des besoins émotionnels et du stress parental. - Rôle central de l'infirmière → facilitatrice du lien, posture de caring. <p><u>Limites identifiées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesure indirecte du stress parental.

Annexe 5 : Tableau d'analyse critique de l'article n°2

Article 2		Kasat, K., Stoffels, G., & Ellington, M. (2020). <i>Improving communication with parents : The neonatal intensive care unit empathy workshop</i> . Journal of Perinatology, 40(9), 1423-1432. https://doi.org/10.1038/s41372-020-0742-x		
But de l'étude	Évaluer l'impact d'un atelier d'empathie sur les compétences communicationnelles des soignants en néonatalogie et sur la satisfaction des parents.			
Auteurs	Année	Pays & Lieu	Population	Type d'étude
Kasat Kavita Stoffels Guillaume Ellington Marty	2020	Pays : États-Unis (USA) Lieu : Lenox Hill Hospital, New York	Parents : 250 parents ont répondu aux questionnaires (127 avant, 123 après l'intervention). Soignants : 109 soignants ont participé aux ateliers (57 ont rempli les 3 évaluations, 80 soignants avant l'intervention, 80 soignants 1 semaine après, 62 soignants 6 mois après).	Étude quantitative pré-post interventionnelle sans groupe contrôlé
Méthode & Instruments de mesure	Intervention	Résultats principaux	Limites (auteurs) & Recommandations (auteurs)	Nos commentaires & Nos limites identifiées
<p><u>Méthode</u></p> <p>Évaluation des effets d'un atelier de formation en communication empathique (Empathy Workshop) sur la perception des parents (avant/après l'atelier) et l'autoévaluation des soignants (à 3 moments).</p> <p><u>Instrument de mesure</u></p> <p>Utilisation de 2 questionnaires :</p> <p>Questionnaire Parents Picker Institute Parent Experiences of Neonatal Care Survey -> 18 questions, -> distribué à la sortie du bébé, -> anonyme.</p> <p>Questionnaire Soignants NICU Provider Communication Skills Self-Assessment -> 13 questions, -> échelle de Likert 1 à 5, -> 3 temps : avant, 1 semaine après, 6 mois après.</p>	<p>Atelier d'empathie (2h) organisé sur site, animé par des soignants formés; 17 ateliers menés entre 2016 et 2018; Jusqu'à 10 participants par session.</p> <p>- Jeux de rôles : cas cliniques réels préparés à l'avance.</p> <p>- Mises en situation : Situations simulées autour de la communication avec des familles dans des contextes difficiles (annonce de mauvaises nouvelles, fin de vie, familles en colère).</p> <p>- Échanges autour de la communication : Un mini-cours interactif de 20 minutes qui abordait les bases de la communication verbale et non verbale.</p> <p>- Gestion des émotions : Les soignants apprenaient : À reconnaître et nommer les émotions, à adapter leur posture pour rassurer et soutenir, à ne pas fuir l'émotion, mais à l'accueillir avec empathie.</p> <p>- Gestion de situations difficiles : Cas simulés de familles exigeantes, en désaccord avec l'équipe, ou en détresse.</p> <p>- Communication non verbale : les participants étaient sensibilisés à : Leur posture, regard, expressions faciales, l'importance du silence, du ton de voix.</p>	<p>L'intervention a permis une amélioration de l'expérience des parents grâce à la communication.</p> <p>-> <u>Parent: amélioration significative sur 3 aspects</u></p> <p>- Le personnel utilise plus souvent le prénom de l'enfant (p = .02).</p> <p>- Les parents se sentent davantage soutenus émotionnellement (p = .03).</p> <p>- Plus d'informations données sur les groupes de soutien pour parents (p = .03).</p> <p>-> <u>Soignants: amélioration de la confiance en soi et renforcé leurs compétences avec des effets durables (jusqu'à six mois après l'atelier).</u></p> <p>- Meilleure capacité à délivrer des nouvelles difficiles de manière claire et empathique (p < 0.0001).</p> <p>- Communication en fin de vie: valeurs des familles (p < 0.0001) ; discussions sur la fin de vie (p < 0.0001).</p> <p>- Réconforter les familles en détresse émotionnelle (p < 0.0001)</p> <p>- Communication quotidienne: soins quotidiens (p = 0.0051); plan de sortie (p < 0.0001)</p> <p>- Prise de conscience de l'impact du non verbal (p = 0.0093).</p>	<p><u>Limites</u></p> <p>- Biais de sélection : seuls les parents volontaires ont répondu.</p> <p>- Pas de mesure du niveau de stress parental ni de la gravité des cas cliniques.</p> <p>- Aucun groupe témoin pour comparer les résultats.</p> <p>- L'outil utilisé pour évaluer les soignants n'est pas validé scientifiquement (outil conçu par les chercheurs).</p> <p><u>Recommandations</u></p> <p>- Répliquer ce type d'atelier dans d'autres services médicaux.</p> <p>- Intégrer l'empathie et la communication dans la formation continue du personnel.</p> <p>- Développer des outils validés pour évaluer les compétences en communication.</p>	<p><u>Nos commentaires</u></p> <p>- Renforcement des compétences relationnelles (écoute, gestion émotions) → amélioration du lien soignant-parent.</p> <p>- Impact positif perçu sur le respect, la reconnaissance et le soutien émotionnel des parents.</p> <p>- Atelier de communication empathique → intervention concrète et facilement transposable</p> <p><u>Limites identifiées</u></p> <p>- Pas de groupe contrôlé → Limite la validité scientifique des résultats.</p> <p>- La méthodologie de l'article manque de clarté (instruments utilisés).</p>

Annexe 6: Tableau d'analyse critique de l'article n°3

<p>Article 3</p>	<p>Haave, R. O., Bakke, H. H., & Schröder, A. (2021). <i>Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway</i>. BMC Emergency Medicine, 21(1), 20. https://doi.org/10.1186/s12873-021-00412-8</p>			
<p>But de l'étude</p>	<p>L'étude vise à décrire la satisfaction des proches concernant le séjour en soins intensifs, en particulier en lien avec la qualité des soins, de l'information reçue et du processus décisionnel.</p>			
<p>Auteurs</p>	<p>Année</p>	<p>Pays & Lieu</p>	<p>Population</p>	<p>Type d'étude</p>
<p>Haave Randi Olsson Bakke Hilde Hammerud Schröder Agneta</p>	<p>2021</p>	<p>Pays : Norvège Lieu : Deux hôpitaux situés dans des villes de taille moyenne (~30'000 habitants)</p>	<p>57 proches de patients hospitalisés > 48h ou décédés en réanimation</p>	<p>Étude quantitative, descriptive, transversale (cross-sectionnelle)</p>
<p>Méthode & Instruments de mesure</p>	<p>Intervention</p>	<p>Résultats principaux</p>	<p>Limites (auteurs) & Recommandations (auteurs)</p>	<p>Nos commentaires & Nos limites identifiées</p>
<p><u>Méthode</u></p> <p>- Étude réalisée dans deux unités de soins intensifs adultes (médicale et chirurgicale) d'un hôpital universitaire belge.</p> <p>- Familles de patients hospitalisés ≥ 48 heures en soins intensifs.</p> <p><u>Instrument de mesure</u></p> <p>* Utilisation du questionnaire FS-ICU 24</p> <p>* 24 items répartis en 2 sous-échelles :</p> <p>- FS-Care : satisfaction concernant les soins reçus par le patient et le soutien à la famille.</p> <p>- FS-DM : satisfaction concernant la communication et les décisions.</p>	<p>Pas d'intervention: observation du niveau de satisfaction après un séjour en soins intensifs.</p> <p><u>FS-DM de 10 items dimensions évaluées</u></p> <p>- Clarté des informations fournies</p> <p>- Temps accordé pour poser des questions</p> <p>- Implication dans les décisions concernant les soins</p> <p>- Compréhension de l'état de santé du patient</p> <p><u>FS-Care 13 items dimensions évaluées</u></p> <p>- Traitement du patient avec respect et dignité</p> <p>- Gestion de la douleur et de l'inconfort</p> <p>- Réactivité du personnel aux questions et besoins des proches</p> <p>- Soutien émotionnel reçu par la famille</p>	<p>Satisfaction globale : 83.9 / 100, indique un haut niveau de satisfaction globale des proches</p> <p>Selon les items évalués</p> <p>- Explications sur l'état du patient : 89.0 / 100</p> <p>- Temps laissé pour poser des questions : 86.0 / 100</p> <p>- Implication dans les décisions de soins : 83.0 / 100</p> <p>- Réponse à leurs besoins émotionnels : 77.0 / 100</p>	<p><u>Limites</u></p> <p>- Faible taux de réponse : 34,5% ont été retournés.</p> <p>- Petite taille de l'échantillon</p> <p>- Utilisation d'un questionnaire non validé en norvégien : La version norvégienne du FS-ICU 24 n'a pas encore été validée sur le plan psychométrique.</p> <p>- Biais de désirabilité sociale : surévaluation de la satisfaction ou par reconnaissance envers l'équipe, surtout en cas de décès.</p> <p><u>Recommandations</u></p> <p>- Mieux inclure les proches dans la communication et les décisions médicales (transparence, disponibilité, écoute).</p> <p>- Améliorer le soutien émotionnel des familles : former les équipes à être plus attentives au vécu des proches.</p> <p>- Utiliser la satisfaction des proches comme un indicateur de qualité des soins en réanimation.</p>	<p><u>Nos commentaires</u></p> <p>- Approche centrée sur le vécu réel → ancrée dans les interactions quotidiennes.</p> <p>- Base pour une formation ciblée → amélioration des compétences relationnelles infirmières.</p> <p>- Formulation des émotions parentales → outil de communication pour reconnaître le stress.</p> <p><u>Limites identifiées</u></p> <p>- Pas de retour parental → impact perçu non évalué.</p> <p>- Pas de mesure du stress parental → reconnaissance émotionnelle non objectivée.</p>

Annexe 7: Tableau d'analyse critique de l'article n°4

Article 4		Van Burgsteden, L., Lamerichs, J., Hoogerwerf, A., te Molder, H., & de Jong, M. (2024). <i>Formulating parents' feelings: Analyzing parent-nurse conversations in family-integrated neonatal care to develop communication training</i> . PEC Innovation, 5, 100327. https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100327		
But de l'étude	Explorer comment les infirmières formulent les sentiments des parents lors de conversations réelles en néonatalogie, afin d'informer le développement d'une formation en communication adaptée au modèle Family-Integrated Care (FICare).			
Auteurs	Année	Pays & Lieu	Population	Type d'étude
Van Burgsteden Lotte Lamerichs Joyce Hoogerwerf Annemarie te Molder Hedwig de Jong Miranda	2024	Pays : Pays-Bas Lieu : Deux hôpitaux néerlandais avec unités néonatales post-soins intensifs	Population 1 : 13 parents Population 2 : 5 infirmières	Étude qualitative, basée sur l'analyse de conversation et l'analyse thématique d'entretiens
Méthode & Instruments de mesure	Intervention	Résultats principaux	Limites (auteurs) & Recommandations (auteurs)	Nos commentaires & Nos limites identifiées
<p><u>Méthode</u></p> <p>- Enregistrement de 15 conversations entre infirmières et parents.</p> <p><u>Instrument de mesure</u></p> <p>- Réalisation de 2 entretiens semi-directifs avec des infirmières.</p> <p>- Transcription et analyse des échanges avec une approche conversationnelle inductive.</p>	<p>L'étude suit une approche en deux volets:</p> <p>1. Analyse conversationnelle inductive</p> <p>- Les auteurs ont sélectionné 15 conversations réelles entre soignants et parents.</p> <p>- Les échanges ont été enregistrés avec le consentement des participants, puis transcrits mot à mot.</p> <p>- L'analyse a suivi une approche inductive conversationnelle (inspirée de la linguistique et de l'ethnométhodologie).</p> <p>2. Entretiens semi-directifs avec deux infirmières</p> <p>- Deux infirmières ayant participé aux enregistrements ont été interrogées après-coup.</p> <p>- Le but étant de comprendre comment elles perçoivent et réfléchissent à leurs propres stratégies de communication.</p>	<p>Les chercheurs ont identifié trois types de formulations que les infirmières utilisent pour répondre aux émotions des parents :</p> <p>- Formulations empathiques : L'infirmière reformule ou reconnaît explicitement les émotions du parent (ex. : « Vous vous êtes sentie impuissante »).</p> <p>- Formulations modifiant le sens : L'infirmière reformule ce que dit le parent, mais change subtilement le message ou en minimise la portée (ex. : transformer une peur en simple souci).</p> <p>- Formulations déviées : L'infirmière répond avec une information ou un sujet différent, sans traiter l'émotion exprimée.</p> <p>Les entretiens post-analyse ont révélé que certaines infirmières reconnaissaient avoir évité l'émotion par maladresse ou gêne.</p>	<p><u>Limites</u></p> <p>- Petit échantillon : seulement 15 conversations.</p> <p>- Nombre limité de participants : 5 infirmières, dont deux seulement qui ont participé aux entretiens de retour réflexif.</p> <p>- Contexte spécifique (FICare) : unités de néonatalogie en soins centrés sur la famille (FICare).</p> <p>- Effet d'observation : les soignantes ont pu modifier leur manière de parler, ce qui peut fausser la spontanéité.</p> <p><u>Recommandations</u></p> <p>- Développer des formations en communication basées sur des situations concrètes.</p> <p>- Encourager les soignants à analyser leur propre manière de formuler les émotions.</p> <p>- Intégrer des moments de réflexion et de feedback dans les équipes, pour améliorer les compétences communicationnelles au quotidien.</p>	<p><u>Nos commentaires</u></p> <p>- Communication régulière, anticipée, personnalisée → réduit l'incertitude et le stress parental.</p> <p>- Rôle pivot de l'infirmière → continuité et coordination de l'information.</p> <p>Reconnaissance de l'expertise parentale → partenariat renforcé, empowerment.</p> <p><u>Les limites identifiées</u></p> <p>- Interventions proposées mais non appliquées → reste au stade théorique.</p> <p>- Absence de mesure du stress parental → données uniquement qualitatives.</p>

Annexe 8: Tableau d'analyse critique de l'article n°5

Article 5		Grandjean, C., Ullmann, P., Marston, M., Maitre, M.-C., Perez, M.-H., Ramelet, A.-S., The OCToPuS Consortium. <i>Sources of stress, family functioning, and needs of families with a chronic critically ill child: A qualitative study</i> . <i>Frontiers in Pediatrics</i> , 9. https://doi.org/10.3389/fped.2021.740598		
But de l'étude	Explorer les sources de stress, le fonctionnement familial et les besoins des familles d'enfants chroniquement critiques hospitalisés en soins intensifs pédiatriques (PICU).			
Auteurs	Année	Pays & Lieu	Population	Type d'étude
Grandjean Chantal Ullmann Pascale Marston Mark Maitre Marie-Christine Perez Marie-Hélène Ramelet Anne-Sylvie Le consortium OCToPuS	2021	Pays : Suisse Lieu : 8 unités de soins intensifs pédiatriques (PICU) du pays.	31 familles d'enfants hospitalisés ≥8 jours ou ≥2 fois en PICU dans les 12 derniers mois	Étude qualitative descriptive
Méthode & Instruments de mesure	Intervention	Résultats principaux	Limites (auteurs) & Recommandations (auteurs)	Nos commentaires & Nos limites identifiées
<p><u>Méthode</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretiens semi-directifs menés avec les parents : réalisés dans les 15 jours suivant la sortie du PICU. - Entretiens basés sur un guide d'entretien structuré en 4 thèmes : - L'expérience de l'hospitalisation - Les sources de stress - Le fonctionnement familial - Les besoins ressentis <p><u>Instrument de mesure</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse qualitative thématique inductive (selon Braun & Clarke, 2006). - Les entretiens ont été enregistrés, transcrits mot à mot, puis codés à l'aide du logiciel MAXQDA. - Codage effectué par plusieurs membres de l'équipe, avec discussion pour atteindre un consensus. 	<p>Pas d'intervention.</p> <p>L'étude visait à mieux comprendre les besoins et ressentis des familles pour ajuster les pratiques cliniques.</p> <p>L'accent est mis sur la communication, la coordination des soins et la reconnaissance du rôle parental.</p>	<p>1. Sources de stress</p> <ul style="list-style-type: none"> - État de santé de l'enfant : incertitude, peur de la mort. - Relation avec les soignants : manque d'informations, manque de continuité dans l'équipe, attitude perçue comme distante ou stressante. - Organisation du quotidien : logistique compliquée, perte de repères <p>2. Impact sur le fonctionnement familial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensions conjugales liées à la fatigue, à la charge mentale - Rôle parental affecté : sentiment d'impuissance, difficulté à rester parent dans un environnement médicalisé. - Isolement social : les familles se sentent seules, incomprises, parfois négligées par leur entourage. <p>3. Besoins exprimés par les familles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information claire et continue avec un langage compréhensible. - Communication humaine et personnalisée : écoute, empathie, accompagnement émotionnel. - Soutien global : aide psychologique, reconnaissance de leur rôle dans les soins. 	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Biais de sélection : Les familles qui ont accepté de participer sont peut-être plus disponibles, plus à l'aise pour s'exprimer. - Diversité culturelle non explorée : Les effets de la diversité culturelle n'ont pas été analysés. - Moment de l'entretien : Les entretiens ont été menés jusqu'à 15 jours à la sortie, très proche. <p><u>Recommandations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une communication plus continue, cohérente et personnalisée. - Offrir un soutien global, incluant les aspects psychologiques, sociaux et pratiques(ex. : hébergement, fratrie, soutien émotionnel). - Former les professionnels à une posture réflexive et empathique, tenant compte de l'impact du contexte sur les familles. - Reconnaître activement le rôle parental dans les soins et encourager leur implication dans les décisions. 	<p><u>Nos commentaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Communication claire et empathique → réduit le stress. - Interactions humaines valorisées → soutien émotionnel perçu comme essentiel. - Reconnaissance du rôle parental → maintien du lien parent-enfant malgré la médicalisation. <p><u>Limites identifiées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Échantillon restreint et spécifique → familles d'enfants avec pathologies très complexes. - Pas d'évaluation d'intervention spécifique → constats sans mise en place concrète.

Annexe 9: Tableau d'analyse critique de l'article n°6

Article 6		Bertoncelli, N., Buttera, M., Nieddu, E., Berardi, A., & Lugli, L. (2025). <i>The experience of caring for a medically complex child in the neonatal intensive care unit : A qualitative study of parental impact.</i> Children, 12(2), 123. https://doi.org/10.3390/children12020123		
But de l'étude	Explorer l'expérience des parents d'enfants avec des pathologies médicales complexes hospitalisés en soins intensifs néonataux (NICU), notamment en lien avec la communication avec les professionnels et les impacts après la sortie.			
Auteurs	Année	Pays & Lieu	Population	Type d'étude
Bertoncelli Natascia Buttera Martina Nieddu Elisa Berardi Alberto Lugli Licia	2025	Pays : Italie Lieu : Hôpital universitaire de Modène, en unité de soins intensifs néonataux (NICU)	10 parents ayant un enfant avec une maladie génétique ou malformative complexe	Étude qualitative, descriptive
Méthode & Instruments de mesure	Intervention	Résultats principaux	Limites (auteurs) & Recommandations (auteurs)	Nos commentaires & Nos limites identifiées
<p><u>Méthode</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les parents ont été interviewés entre 3 mois et 8 ans après la sortie de l'hôpital. - Entretiens semi-structurés avec les parents d'une durée moyenne de 30 à 60 minutes. Un guide d'entretien a été utilisé, avec des questions ouvertes sur : - Le vécu émotionnel - La relation avec l'équipe médicale - Le rôle parental - La vision du futur <p><u>Instrument de mesure</u></p> <p>Les entretiens ont été enregistrés, transcrits, puis analysés selon une méthode de template analysis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thèmes préliminaires définis par les chercheurs - Affinés au fur et à mesure de l'analyse - Utilisation d'un codage croisé (deux chercheurs analysent les données séparément puis comparent). 	Aucune intervention réalisée. L'étude visait à explorer le vécu émotionnel et relationnel de parents d'enfants avec une pathologie complexe, après une hospitalisation en unité néonatale.	<p>1. Vécu émotionnel complexe et ambivalent</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les parents décrivent un mélange intense d'émotions : peur, tristesse, colère, culpabilité, mais aussi amour profond et gratitude. - Certains décrivent un stress post-traumatique, même des années après l'hospitalisation. <p>2. Relation avec les soignants essentielle mais ambivalente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les parents reconnaissent l'expertise des professionnels, mais soulignent un manque d'écoute, de disponibilité ou d'empathie dans certains cas. - Ils expriment le besoin de se sentir reconnus dans leur rôle parental, pas seulement comme "spectateurs" des soins. - Une bonne relation soignant-parent est vécue comme un facteur de soutien émotionnel majeur. <p>3. Transformation du rôle parental</p> <p>Certains parents parlent d'une identité parentale fragilisée, voire d'un sentiment de "ne pas être un vrai parent".</p>	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Petit échantillon & diversité familiale réduite : La plupart des participants étaient des mères et les couples hétérosexuels. - Moment de l'entretien très variable : Les parents ont été interviewés entre 3 mois et 8 ans après la sortie de leur enfant. - Biais de désirabilité sociale possible : Certains parents peuvent avoir atténué leurs critiques envers les professionnels pour ne pas "accuser" les équipes. <p><u>Recommandations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la formation des professionnels pour développer une posture empathique, réflexive et centrée sur la famille. - Créer des espaces d'écoute et de parole pour les parents. - Reconnaître activement le rôle parental. - Proposer un suivi post-hospitalisation pour les familles (stress post-traumatique...). 	<p><u>Nos commentaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Communication honnête, empathique et réconfortante → diminue l'anxiété parentale. - Soins centrés sur la famille → écoute, souplesse, respect du rythme des parents. - Maintien du rôle parental → valorisation du lien affectif malgré la technologie. <p><u>Limites identifiées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Résultats difficilement généralisables → contexte spécifique à la complexité médicale chronique.

Annexe 10: Tableau d'analyse critique de l'article n°7

<p>Article 7</p>	<p>Houlihan, B. V., Coleman, C., Kuo, D. Z., Plant, B., & Comeau, M. (2024). <i>What families of children with medical complexity say they need: Humanism in care delivery change</i>. <i>Pediatrics</i>, 153(1), e2023063424. https://doi.org/10.1542/peds.2023-063424F</p>			
<p>But de l'étude</p>	<p>L'étude vise à identifier, à partir des témoignages de familles, les besoins fondamentaux pour améliorer les systèmes de soins destinés aux enfants à besoins médicaux complexes, en insistant sur l'importance d'une communication empathique, respectueuse et centrée sur la relation.</p>			
<p>Auteurs</p>	<p>Année</p>	<p>Pays & Lieu</p>	<p>Population</p>	<p>Type d'étude</p>
<p>Houlihan Bethlyn Vergo Coleman Cara Kuo Dennis Z. Plant, Benjamin Comeau, Meg</p>	<p>2024</p>	<p>Pays : USA Lieu : 10 États différents</p>	<p>127 parents d'enfants avec maladie médicale complexe</p>	<p>Étude qualitative, descriptive</p>
<p>Méthode & Instruments de mesure</p>	<p>Intervention</p>	<p>Résultats principaux</p>	<p>Limites (auteurs) & Recommandations (auteurs)</p>	<p>Nos commentaires & Nos limites identifiées</p>
<p><u>Méthode</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 27 focus groups ont été menés dans 10 États américains, auprès de 127 parents/familles. - Les groupes ont été animés par des pairs : des parents de CMC formés à la facilitation (et non par des chercheurs). - Les discussions ont été enregistrées, transcrites mot à mot, puis anonymisées. <p><u>Instrument de mesure</u></p> <p>Les chercheurs ont mené une analyse de contenu inductive à partir des verbatims :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lecture et relecture des transcriptions - Codage par thèmes émergents - Organisation en grands domaines de besoins 	<p>Pas d'intervention clinique.</p> <p>L'étude s'inscrit dans un programme national américain de qualité appelé CMC CoIIN, dont l'objectif est de co-construire des améliorations dans les soins aux enfants médicalement complexes.</p> <p>Le but de cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner la parole aux familles via des focus groups animés par des parents pairs, dans 10 États. - Utiliser ces discussions pour identifier les besoins concrets des familles dans leur parcours de soins. - Ces données ont ensuite été utilisées pour guider les actions d'amélioration dans les équipes de soins locales (mais cette partie n'est pas détaillée dans cet article). 	<p>Les analyses ont révélé 3 grands domaines de besoins exprimés par les parents :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Communication efficace avec les professionnels Les parents veulent être écoutés, compris et considérés comme des partenaires. 2. Souhait d'un système de santé plus humain et plus souple Les parents appellent à des soins plus individualisés, prenant en compte la réalité globale de la famille, et pas seulement l'état clinique de l'enfant. 3. Soutien à la parentalité Ils demandent un accompagnement émotionnel et psychologique. 	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Représentativité limitée : Les participants étaient des familles déjà engagées dans le programme CMC CoIIN. - Pas de données démographiques détaillées : pas collecté de données comme : niveau d'éducation, origine ethnique, revenu, situation géographique précise. - Focus sur la perception subjective : Les résultats sont fondés sur les ressentis et récits des parents, sans données cliniques croisées. <p><u>Recommandations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la formation des professionnels sur les spécificités du vécu des familles avec enfants à besoins complexes. - Développer des systèmes de soins plus souples, coordonnés et centrés sur la famille. 	<p><u>Nos commentaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Humanisme au cœur du soin → reconnaissance de la dignité et de l'individualité. - Communication empathique et proactive → renforce confiance et réduit le sentiment d'isolement parental. - Partenariat soignant-parent → valorisation du vécu familial, co-construction du soin. <p><u>Limites identifiées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas centré spécifiquement sur les SIP. - Échantillon peu diversifié → majorité de mères, dans un contexte américain.

Annexe 11: Tableau d'analyse critique de l'article n°8

Article 8		Sahota, L. K., Agrawal, N., Kumar, R., & Simalti, A. K. (2025). A survey of factors affecting parental satisfaction regarding patient care in pediatric intensive care unit at a tertiary hospital in Northern India. Journal of Pediatric Critical Care, 12(1), 14–19. https://doi.org/10.4103/jpcc.jpcc_79_24		
But de l'étude	Évaluer la satisfaction des parents concernant les soins reçus en soins intensifs pédiatriques (PICU) dans un hôpital tertiaire en Inde du Nord, et identifier les facteurs influençant cette satisfaction.			
Auteurs	Année	Pays & Lieu	Population	Type d'étude
Sahota Lovmeet Kaur Agrawal Nitika Kumar Rakesh Simalti Ashish Kumar	2025	Pays : Inde du Nord, Uttarakhand Lieu : Hôpital tertiaire	113 parents d'enfants hospitalisés en PICU pendant > 24h	Étude quantitative descriptive, transversale
Méthode & Instruments de mesure	Intervention	Résultats principaux	Limites (auteurs) & Recommandations (auteurs)	Nos commentaires & Nos limites identifiées
<p><u>Méthode</u> Étude menée par questionnaire structuré. Parents recrutés entre le 3^e et 5^e jour d'hospitalisation ou à la sortie du PICU.</p> <p><u>Instrument de mesure</u> pFS-ICU 24R (Pediatric Family Satisfaction in the ICU – 24 items Revised), questionnaire validé évaluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Satisfaction concernant les soins, •La communication, •L'environnement, •Le soutien émotionnel, •La prise de décision partagée, etc. 	Aucune intervention n'a été mise en place.	<p>Satisfaction globale élevée : 89,4 % des parents se disent globalement satisfaits des soins reçus dans le PICU.</p> <p>Communication & information : 83,2 % trouvent que les soignants ont bien répondu à leurs questions.</p> <p>Soutien émotionnel : 79,6 % des parents ont ressenti de l'empathie et du soutien émotionnel de la part de l'équipe.</p> <p>Confort & environnement : 82,3 % sont satisfaits de l'hygiène et de l'environnement physique du PICU.</p>	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monocentrique : L'étude a été réalisée dans un seul hôpital en Inde du Nord. - Autoévaluation immédiate : Les questionnaires ont été remplis juste après la sortie du service. Les réponses peuvent être influencées par des émotions immédiates (gratitude, soulagement), ce qui peut surévaluer la satisfaction. - Biais de désirabilité sociale : Les parents peuvent avoir surévalué leur satisfaction pour ne pas critiquer les soignants en face ou par respect. <p><u>Recommandations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Former les soignants à l'empathie et au soutien émotionnel. - Mener des études multicentriques et mixtes (quantitatives + qualitatives) à l'avenir, pour obtenir une vision plus complète et représentative. 	<p><u>Nos commentaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence de communication avec les infirmières jugée insuffisante → besoin d'interventions infirmières ciblées. - Lien entre anxiété parentale et baisse de satisfaction → reconnaître le stress pour mieux le prendre en charge. - Importance de l'information cohérente et continue → influence directe sur l'expérience vécue. <p><u>Limites identifiées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas centré sur des interventions infirmières spécifiques → difficile de cibler des actions concrètes. - Contexte socio-culturel spécifique (Inde).

Annexe 12: Tableau d'analyse critique de l'article n°9

<p>Article 9</p>	<p>Paulsamy, P., Alshahrani, S. H., Venkatesan, K., Prabahar, K., Bhagavathy, M. G., Thangam, M. M. N., Veeramani, V. P., Hegazy, S. M., Ahmed, R., Easwaran, V., T. A., H., A. A., H., Kandasamy, G., & K. W., W (2024). <i>A cross-sectional study on nurse-parent partnership in the pediatric intensive care units</i>. International Journal of Clinical Practice, 2024, Article 9934196. https://doi.org/10.1155/2024/9934196</p>			
<p>But de l'étude</p>	<p>Identifier les facteurs influençant le partenariat infirmier-parent dans les unités de soins intensifs pédiatriques (NICU/PICU), en lien avec les compétences émotionnelles (EI) et la communication centrée sur le patient (PCC) des infirmières.</p>			
<p>Auteurs</p>	<p>Année</p>	<p>Pays & Lieu</p>	<p>Population</p>	<p>Type d'étude</p>
<p>Paulsamy, Premalatha Alshahrani, Shadia Hamoud Venkatesan, Krishnaraju Prabahar, Kousalya Bhagavathy, Manjula Gopinathan Thangam, Mathar Mohideen Nagoor Veeramani, Vinoth Prabhu Hegazy, Samya Mohamed Ahmed, Rehab Easwaran, Vigneshwaran T. A., Haseena A. A., Hala Kandasamy, Geetha K. W., Wagjida</p>	<p>2024</p>	<p>Pays : Inde Lieu : Hôpitaux à Chennai, Sud de l'Inde</p>	<p>71 infirmières travaillant aux SI néonataux ou pédiatriques (NICU/PICU)</p>	<p>Étude quantitative, transversale (cross-sectional)</p>
<p>Méthode & Instruments de mesure</p>	<p>Intervention</p>	<p>Résultats principaux</p>	<p>Limites (auteurs) & Recommandations (auteurs)</p>	<p>Nos commentaires & Nos limites identifiées</p>
<p><u>Méthode</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude réalisée via un questionnaire en ligne auto-administré. - Recrutement par convenance, sur la base du volontariat. <p><u>Instrument de mesure</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire structuré incluant plusieurs échelles validées (format Likert 5 points), mesurant : - Le partenariat infirmière-parent (NPP) - Le sentiment d'efficacité professionnelle - Le stress perçu - Les attitudes envers le partenariat - Les barrières perçues à la collaboration <p>- Analyse des données: Statistiques descriptives (moyennes, écarts-types).</p> <p>- Analyse de corrélation (test de Pearson).</p>	<p>Aucune intervention réalisée.</p> <p>L'étude visait uniquement à mesurer le niveau de partenariat infirmière-parent perçu par les soignants, ainsi que les facteurs qui l'influencent (stress, efficacité perçue, barrières...).</p>	<p>Le niveau global de partenariat infirmière-parent (NPP) perçu par les infirmières était élevé : Score moyen du NPP : 3,97 / 5</p> <p>Facteurs associés au partenariat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attitudes positives envers le partenariat Corrélation significative et positive ($p < 0.001$) Plus l'infirmière a une attitude favorable, plus elle perçoit un bon partenariat. - Sentiment d'efficacité professionnelle Corrélation positive ($p < 0.01$) Plus l'infirmière se sent compétente, plus elle collabore efficacement avec les parents. - Stress perçu Corrélation négative ($p < 0.05$) Plus le stress est élevé, moins le partenariat est perçu positivement. - Barrières perçues à la collaboration (charge de travail, manque de temps...) Corrélation négative ($p < 0.001$) Ces obstacles diminuent la qualité du partenariat perçu. 	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taille d'échantillon limitée - Méthode de recrutement non aléatoire: Les participantes ont été recrutées par convenance et ont répondu volontairement à un questionnaire en ligne, ce qui peut introduire un biais de sélection. - Auto-évaluation uniquement: Les données sont auto-rapportées, ce qui peut être influencé par un biais de désirabilité sociale. - Design transversal: L'étude est de type transversal, ce qui empêche d'établir un lien de causalité entre les variables. <p><u>Recommandations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des formations pour renforcer les compétences en communication, l'attitude collaborative et la gestion du stress chez les infirmières en réanimation. - Améliorer les conditions de travail pour favoriser un climat propice au partenariat. 	<p><u>Nos commentaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Partenariat soignant-parent analysé finement via des échelles validées (NPP, PCC, EI). - Lien fort entre intelligence émotionnelle, communication centrée patient et qualité du partenariat. - Importance des compétences relationnelles pour construire la confiance et reconnaître le stress parental. <p><u>Limites identifiées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Auto-évaluation uniquement par les infirmières → pas de perception parentale recueillie. - Étude transversale, sans observation de terrain ni suivi → impact réel des compétences non mesuré dans le temps (ex. : on ne peut pas dire que le stress "cause" une baisse du partenariat). - Contexte culturel spécifique (Inde).