



Société Française de Néonatalogie

Association des professionnels de la médecine néonatale

Commission environnement des soins de la SFN

Groupe de **R**éflexion et d'**E**valuation de l'**E**nvironnement des **N**ouveau-nés

Recommandations du GREEN de la SFN

Juin 2023

Titre : Visite centrée sur la famille dans les unités néonatales

Title: Family-centered rounds in neonatal units

V. Thébaud¹ ; F. Bian²; C. Le Pors², F. Berne Audéoud³; J. Sizun^{1,4} et le groupe GREEN de la SFN⁵

¹ Service de Néonatalogie et Réanimation Pédiatrique, CHRU Brest, 29200 Brest, France

² Université de Bretagne Occidentale, Brest, 29200 France

³ Néonatalogie; CHU Grenoble, Grenoble, 38700 La Tronche, France

⁴ Néonatalogie ; CHU de Toulouse, 31000 Toulouse, France

⁵ Groupe de Réflexion et d'Evaluation sur l'Environnement du Nouveau-né (GREEN) de la Société Française de Néonatalogie (SFN): Aurore Allen (AP-HP, Hôpital de Port Royal), Frédérique Audeoud (CHU Grenoble), Charlotte Bouvard (SOS Préma), Anne Brandicourt (CH Sud Francilien), Laurence Caeymaex (CHIC Créteil), Marie Agnès Duboz (CHU Besançon), Anne Evrard (Comité Inter-Associatif de la Naissance), Christine Fichtner (CHU Saint-Etienne), Céline Fischer-Fumeaux (CHUV Lausanne) Laurence Girard (Association Connaître), Françoise Gonnaud (CHU Lyon), Petra Hüppi (CHU Genève), Nadine Knezovic (CHU Strasbourg), Pierre Kuhn (CHU Strasbourg), Elisabeth Laprugne-Garcia (CHU Lyon), Sophie Legouais (Paris), Fabienne Mons (CHU Limoges), Jean-Baptiste Muller (CHU Nantes), Jean-Charles Picaud (CHU Lyon), Véronique Pierrat (CHU Lille, Inserm Epopé), Patrick Pladys (CHU Rennes), Audrey Reynaud (SOS Préma), Laurent Renesme (CHU Bordeaux), Aline Rideau (AP-HP, Hôpital Robert Debré), Jacques Sizun (CHU Toulouse), Gilles Souet (ARS Centre), Gérard Thiriez (CHU Besançon), Pierre Tourneux (CHU Amiens), Marie Touzet (AP-HP, Hôpital de Port-Royal), Patrick Truffert (CHU Lille), Charlotte Tscherning (ex Casper) (Sidra Medecine, Qatar), Catherine Zaoui (CHG Valenciennes), Elodie Zana-Taieb (AP-HP, Groupe hospitalier Cochin Port-Royal), Claire Zores-Koenig (CHU Strasbourg).

Auteur correspondant: Pr Jacques Sizun Pédiatrie – Néonatalogie, Pôle enfants Hôpital des enfants, CHRU de Toulouse, avenue de Grande Bretagne - TSA 70034-31059 Toulouse cedex 9
Courriel : sizun.j@chu-toulouse.fr

Relecteurs :

Nos plus vifs remerciements vont aux relecteurs externes de ce texte. Ils ont permis l'évaluation attentive du contenu scientifique et de l'applicabilité de cette recommandation. Par ordre alphabétique :

Sophie BREINIG (Toulouse), Aude BUIL (Créteil, Paris), Céline CATELIN (Sherbrooke, Canada), Marie CHEVALIER (Grenoble), Delphine DRUART (Bruxelles, Belgique), Florence FLAMEIN (Lille), Philippe JOUVENCEL (Bayonne), Ayoub MITHA (Lille), Alexandra NUYTEN (Lille), Blandine REBEILLE-BORGELLA (Grenoble), Anais SEYNAVE (ANPDE, Hauts de France), Laure SIMON (Nantes), Philippe TRUC (Toulon), Inge VAN HERREWEGHE (Bruxelles, Belgique)

Un grand merci à Mmes RAUCH Amandine et GORSY Caroline (Strasbourg) qui ont assuré le suivi et l'anonymisation de la relecture externe de cette recommandation.

1. Introduction

La place et le rôle des parents dans les services de médecine néonatale se sont progressivement modifiés durant les dernières décennies. Les parents, initialement interdits d'accès puis tolérés durant certaines périodes de la journée, peuvent actuellement accéder à leur enfant hospitalisé sans limitation d'horaire ou de durée dans une majorité d'unités de néonatalogie. Les soins centrés sur la famille (SCF) sont devenus progressivement un nouveau standard de soin. Les SCF peuvent être définis comme une « *approche de l'organisation, de la réalisation et de l'évaluation des soins de santé fondée sur un partenariat mutuellement bénéfique entre les patients, les familles et les soignants qui reconnaît l'importance de la famille dans la vie du patient* » (1) ou « *une approche des soins respectueuse et répondant aux besoins et aux valeurs de chaque famille* » (2). Les principes de cette approche sont 1-le respect mutuel, 2-le partage d'information, 3-la participation des familles aux soins et au processus de décision (au niveau souhaité par la famille elle-même), 4- la collaboration de la famille avec la structure médicale, depuis le développement de programmes jusqu'à la formation des professionnels (1). Un des moments clés du partage d'information et de la décision médicale se déroule lors de la visite du médecin senior, en règle quotidienne. Cette visite se déroule au chevet du patient ou en salle de réunion ; y participent le(s) médecin(s) senior(s), les internes, les étudiants en santé et selon les services les infirmières et d'autres professionnels : psychologues, kinésithérapeutes, et pour les pays nord-américains les inhalothérapeutes). Cette visite a également pour but d'optimiser l'organisation des soins, de former les étudiants et de préparer la sortie du patient. Dans les unités pédiatriques ou néonatales, les parents peuvent être présents lors de cette visite mais leur participation active à la visite et au processus de décision ne semble pas formalisée ou encouragée.

La « visite centrée sur la famille » (VCF) ou « Family-centered round » est « une visite interdisciplinaire au chevet du patient lors de laquelle la famille participe à la gestion du plan de soin ainsi qu'à l'évaluation du processus lui-même » (3). Le concept de SCF et son application par la VCF ont été principalement élaborés dans les pays anglo-saxons. La pratique de la visite au chevet du patient avec l'implication du patient et/ou de sa famille est recommandée par l'Institut US de Médecine en 2001 [4] et par l'American Academy of Pediatrics en 2003 (5). Dans une étude nord-américaine impliquant 265 praticiens, la VCF était pratiquée dans 44% des services, la visite en salle de réunion 24%, le couloir 21%. La VCF était pratiquée plus souvent dans les services universitaires (6). Dans une étude européenne impliquant 11 unités de 6 pays (mais aucun pays francophone), la présence des parents durant

la visite était variable selon les unités quelques soient leurs caractéristiques ce qui suggérait un rôle important de la culture du service (7). Il n'existe pas de données sur la pratique de la VCF dans les unités pédiatriques et/ou néonatales en France.

Certains services présentent des particularités qui peuvent impacter l'organisation et le contenu de la visite. Les soins dans les unités de réanimation sont par nature complexes sur le plan médical et/ou éthique de sorte que le contenu de la visite peut s'avérer très technique ou présenter un contenu sensible. Ceci peut être considéré comme un obstacle à la participation des parents. Néanmoins, l'American College of Clinical Care Medicine a recommandé la participation de la famille à la visite dans les unités de soins critiques (8). Dans les unités néonatales, l'hospitalisation parfois longue des enfants a lieu pendant une période de vulnérabilité des parents. Cette vulnérabilité pourrait être un argument pour ne pas les exposer à un stress supplémentaire en lien avec la participation à la VCF. A l'inverse, la participation aux soins et aux décisions peut être envisagée comme un besoin d'estime et d'accomplissement de soi pour les parents (9).

Il n'existe aucune recommandation francophone concernant la VCF. Les objectifs du groupe de travail ont été de i) présenter le rationnel scientifique concernant la VCF en pédiatrie, ii) émettre des recommandations pratiques pour sa diffusion dans les unités de néonatalogie, iii) identifier les perspectives de recherche.

2. Méthodes

Les questions retenues dans ce travail ont été définies à l'issue de discussions collégiales intégrant des néonatalogistes, puéricultrices, psychologues, pédopsychiatre, représentants des familles:

- *Quelle est la définition de la VCF ?*
- *Quels sont les objectifs de la VCF ?*
- *Quels sont les éléments de la VCF ?*
- *Quelles en sont les bases éthiques ?*
- *Quels sont les prérequis à l'implantation de la VCF (équipe, parents...) ?*
- *Quel est l'impact de la VCF sur l'enfant, la famille et les soignants ?*
- *Quelles sont les barrières et les éléments favorisant l'implantation ?*
- *Quelles sont les spécificités de la VCF en néonatalogie (incluant les unités de soins intensifs et réanimation) ?*
- *Quelles sont les stratégies d'implantation ?*

Une revue de la littérature concernant la VCF a été réalisée. Pour la question spécifique de l'impact de la VCF, une stratégie formalisée de revue systématique a été menée sur Pubmed, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) et Google Scholar de janvier 2000 à juillet 2018. Les mots clés utilisés étaient (pediatr*, neonat*): “family-centered-round”, “family-centered care”, “family nursing”, “bedside rounds and family”, “teaching rounds and family”, “family presence on rounds”, “multidisciplinary rounds and family”, “bedside case presentation and family”. La sélection des articles selon les critères d'éligibilité a été réalisée de façon indépendante par deux paires de chercheurs. Une analyse des biais a permis de classer les articles sur un score de 0 (faible qualité) à 3 (très bonne qualité) (Tableau I). La figure 1 détaille le processus de sélections des études. Une veille bibliographique a permis de sélectionner des études paraissant pertinentes publiées après 2018.

La plupart des études ont été conduites en pays anglo-saxons (33 aux USA, 5 au Canada, 1 en Australie et 1 au Pakistan). La majorité (n = 31) était de nature observationnelle, 3 de type « amélioration de la qualité », 6 expérimentales ou quasi-expérimentales. Sur les 40 études examinées, 3 étaient jugées de très bonne qualité, 14 de bonne qualité, 13 de qualité moyenne et 10 de mauvaise qualité. Ces dernières n'ont pas été jugées suffisamment fiables pour être inclus dans des tableaux résumant les impacts. Tous les résultats sont résumés dans le tableau I. La mesure de l'impact de la VCF étant très hétérogène, cela a conduit à développer des catégories thématiques selon les personnes concernées. Certains paramètres étaient mesurés objectivement (ex : durée de la VCF) ou subjectivement (ex : perception de la durée). Des auto-questionnaires souvent basés sur une échelle de Likert de 1 à 5 étaient utilisés comme suit: 17 questionnaires pour les parents, 13 pour les professionnels, 7 pour les étudiants en médecine. Des échelles comme le Neonatal Instrument of Parent Satisfaction (NIPS), le Collaboration and Satisfaction About Care Decision (CSACD) et le Parental Stress Scale (PSS) ont été utilisées de même que l'observation directe de la visite (15 études) ou des entretiens individuels (n=7) et des focus groups (n = 5).

Les recommandations issues de l'analyse de la littérature ont été classées par le groupe de travail en fonction des grades retenus par la Haute Autorité de santé (HAS) (grade A, B, C). Ces recommandations ont été revues par un groupe multidisciplinaire indépendant, incluant des professionnels et des représentants de parents. Les relecteurs ont été invités à noter indépendamment et anonymement chaque recommandation sur une échelle de 1 (totalement en désaccord) à 9 (totalement en accord). Chaque note inférieure à 5 nécessitait une justification de la part du relecteur. Une note égale à 1 nécessitait une modification substantielle ou une suppression de la recommandation. La méthodologie complète décrite précédemment (10).

3. Rationnel scientifique

3.1 Quelle est la définition de la VCF ?

La définition de la VCF était précisée dans 37 études et variait en fonction du contenu, des participants et du lieu de réalisation. La définition de Sisterhen et al. (3) est fréquemment citée : « *une visite multidisciplinaire lors de laquelle le patient et sa famille partagent le processus de décision médicale comme membre de l'équipe médicale* ».

3.2 Quels sont les objectifs de la VCF ?

La VCF est conçue pour accroître la participation des parents, améliorer la communication au sein de l'équipe soignante et offrir un modèle de rôle pour les étudiants en santé (5, 11). L'objectif est de créer un partenariat avec les parents pour la prise de décision (12). L'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins en engageant le patient ainsi que sa famille dans les soins quotidiens est également évoquée (6).

3.3 Quels sont les éléments de la VCF ?

La VCF n'est pas simplement une visite médicale à laquelle les parents sont « autorisés » à assister. C'est un moment organisé, programmé et analysé favorisant un échange équilibré d'informations permettant un processus partagé de prise de décisions. Certains éléments sont essentiels (11-15) :

- Les parents invités, encouragés et valorisés à participer à cette visite.
- Une équipe multidisciplinaire (figure 2) : le(s) parent(s), un médecin senior (ou plus), un médecin junior (assistant, interne), l'infirmière en charge de l'enfant, un ou des étudiants en santé. Selon les services et les organisations professionnelles, en particulier nord-américaines, l'assistante sociale, le pharmacien, le « *respiratory therapist* » (kinésithérapeute spécialiste de la ventilation ou inhalothérapeute) ou le « *case-manager* » (professionnel en charge de l'organisation et de la continuité des prises en charge complexes, en particulier pour les patients souffrant de pathologie chronique) peuvent être présents.
- Un lieu (Figure 3) : généralement la chambre du patient (permettant dans les unités hors néonatalogie à celui-ci d'y participer) ou le couloir, exceptionnellement une salle de réunion.
- Une format structuré (Figure 4) : un horaire et une durée pré-établis, un rôle d'animateur du médecin senior permettant de structurer chaque moment passé avec une

famille : présentation des professionnels et des parents participants, exposé par l'interne ou l'étudiant du dossier médical, invitation faite aux parents puis à l'infirmière de compléter ou de poser des questions, synthèse à voix haute par le médecin puis élaboration du projet de soin (examens complémentaires, traitements, organisation de la sortie...) avec nouvelle invitation faite aux participants de s'exprimer. La VCF se termine idéalement par un debriefing entre professionnels permettant, par une pratique réflexive individuelle et collective, d'améliorer la VCF : « avons-nous répondu aux attentes de cette famille ? » ; « Comment pourrait-on améliorer notre interaction et notre communication avec cette famille ? » (11).

3.4 Quelles sont les bases éthiques ?

L'implantation de la VCF est basée sur les principes philosophiques des SCF. Les SCF reconnaissent que la famille joue un rôle essentiel pour la santé et le bien-être de l'enfant, ce qui justifie une collaboration étroite des professionnels et des structures de santé avec les parents. Cette collaboration réelle entre soignants et parents repose sur les connaissances scientifiques des professionnels et les savoirs expérientiels des parents (16). Le patient (ici le parent) doit « *pouvoir faire valoir son expérience, ses savoirs afin de prendre part aux décisions le concernant et exercer un certain niveau de leadership au même titre que les professionnels apportent leur expertise clinique* » (16).

Cependant, dans une étude quantitative et qualitative menée dans une unité de néonatalogie australienne, les auteurs remarquent que certains parents contestent cette vision philosophique de la VCF : pour eux, il s'agit essentiellement d'un « droit » leur donnant l'opportunité « d'être un parent » (17).

La VCF s'intègre également dans une stratégie de médecine fondée sur les preuves. En effet, cette visite permet, tout en s'appuyant sur les données scientifiques et sur l'expertise de chacun des professionnels participants à la visite, de les adapter aux valeurs et aux croyances de chaque famille et de chaque enfant (18).

4.5 Quels sont les prérequis à l'implantation ?

La VCF est un outil parmi d'autres des SCF. Il paraît donc important que le service ait au préalable implanté une politique, une philosophie et des pratiques centrées sur le nouveau-né et sa famille. L'approche des SCF représente en effet un changement important de paradigme (11) (tableau II). Elle ne se résume pas en la présence des parents pendant la visite mais bien en leur intégration réelle aux échanges d'information conduisant au processus partagé de

décision médicale. L'implantation des SCF, véritable processus dynamique, est selon Moore et al « *plus un voyage qu'une destination* » (19). Des recommandations (« *potential better practices* » ou PBP) ont été établies dans un travail de benchmarking réalisé par le Vermont Oxford Network Neonatal Intensive Care Unit Quality Improvement Collaborative Year 2000 (NIC/Q 2000) (20). Ces PBP se résumaient en 10 points :

- ✓ La vision et la philosophie du service abordent les principes des soins axés sur la famille ;
- ✓ Les leaders de l'hôpital et du service font la promotion des principes de soins axés sur la famille ;
- ✓ Les notions de coopération, travail d'équipe, appartenance sont au cœur de la philosophie ou culture du service;
- ✓ Le style de management utilisé est la collaboration multidisciplinaire ;
- ✓ Les soins sont conçus et réalisés en tenant compte du vécu du nouveau-né et de sa famille ;
- ✓ Les familles sont encouragées à participer aux soins de leur (s) bébé (s) au niveau souhaité par eux ;
- ✓ L'environnement physique reflète et soutient une approche familiale des soins ;
- ✓ Des indicateurs relatifs à la promotion des SCF sont disponibles afin d'améliorer de manière continue la qualité des soins ;
- ✓ Les familles ont diverses opportunités pour servir de conseillers.
- ✓ Les attentes en matière de pratiques de soin centrées sur la famille sont claires et tous les membres du personnel bénéficient d'une formation, de ressources et d'un soutien pour actualiser le changement centré sur la famille

4.6 Quel est l'impact de la VCF sur l'enfant, la famille et les soignants ?

4.6.1 Impact sur l'enfant (tableau III)

Toutes les études concernant des unités de pédiatrie et toutes sauf une ont signalé un impact positif sur les enfants, basé sur le ressenti des parents ou des soignants. Diverses explications ont été suggérées: davantage de contrôles des antécédents et de l'examen physique, diminution des erreurs médicales (21- 23); suggestions des infirmières pour optimiser la qualité des soins (24); communication accrue entre les familles et les professionnels (25), soins mieux centrés sur l'enfant (26). Concernant l'impact de la VCF sur les traitements médicamenteux, Benjamin et al. (27) ont montré qu'aucun changement de médicament demandé par les parents lors de la VCF n'était inapproprié tandis que Kuo et al. (2012) n'ont mesuré aucune différence dans le nombre de médicaments utilisés entre le groupe VCF et le groupe non-VCF.

Deux études ont rapporté un meilleur respect et une meilleure reconnaissance de l'enfant durant la VCF (26, 29). Berkwitt et al. (30) ont rapporté des résultats mitigés sur le confort des enfants: alors que de nombreux enfants se sentaient en sécurité, à l'aise avec la visite, certains pouvaient se sentir anxieux et non préparés à rencontrer des personnes inconnues dans leur chambre. Paradise Black et al. (25) ont rapporté que les étudiants percevaient que le confort des enfants pouvait être altéré pendant la VCF.

4.6.2 Impact sur les familles

Trente et une études dont 20 de qualité moyenne à très bonne ont rapporté au moins un impact sur les familles (tableau IV). L'impact est en règle générale positif dans les domaines de satisfaction générale d'être présent (6, 17, 21- 23, 26, 28, 29, 31-38), de partage d'information (17, 25, 27-29, 31, 34, 35, 39-41), de compréhension et d'amélioration des connaissances, de relation avec les professionnels, de stress et de confort et de communication. Les 10 études concernant la responsabilisation ou autonomisation des parents (« empowerment ») montrent un impact positif. La VCF apparaît être une opportunité pour discuter du plan de soins (27, 28), participer au processus de décision (6, 21, 26, 33, 36, 39, 41), aider à identifier des erreurs et des omissions (31, 26). Les parents ressentent que la collaboration avec les soignants est accrue (17). Certaines limites sont cependant observées. Kuo et al. ne mettent pas en évidence de différence en termes de compréhension du projet de sortie, de respect des rendez-vous de suivi ou de mémorisation du nom d'un médecin selon la participation à la VCF dans un service de pédiatrie (28). La communication peut être difficile pour les parents ne maîtrisant pas la langue officielle et dépend de la présence d'interprètes (38, 41). Il peut exister des différences entre les objectifs affichés (communication, participation, collaboration) et les pratiques de terrain (41). Tous les éléments de la communication ne sont pas perçus comme adaptés par les parents comme la compréhension du jargon médical (17). Le stress et l'inconfort des parents dépend de leur niveau d'études et de leur ancienneté dans le service : plus de facilité à poser des questions chez les parents avec un niveau d'études plus élevé (33, 38) ou après plusieurs jours d'hospitalisation (22).

Le problème de confidentialité est vécu différemment par les parents et les soignants : peu d'impact ou un impact positif de la VCF sur cet aspect pour les parents (17, 26, 29), impact négatif pour les soignants (6).

4.6.3 Impact sur les professionnels

Dix-neuf études ont rapporté au moins un impact pour les professionnels et 13 étaient de qualité moyenne à très bonne (tableau V). Dans la plupart des études, le degré de satisfaction chez les infirmières et médecins était élevé (17, 23, 35, 37). L'impact positif de la VCF sur la communication au sein de l'équipe et/ou avec les parents était plus régulièrement rapporté que l'impact sur la satisfaction spécifique des professionnels. Toutes les études qui ont étudié l'impact de la VCF sur la collaboration et les aspects relationnels ont rapporté des effets positifs. Les infirmières ne rapportaient pas de sentiment d'inconfort (17, 32). Dans certaines études, les médecins et internes rapportaient que la présence des parents pouvait limiter certaines discussions chez le personnel (34, 35). Une étude a signalé que la VCF pouvait limiter les opportunités de formation pour les professionnels (17). En effet, la présence des parents peut inhiber certaines discussions relevant du pronostic de l'enfant ou limiter les questions posées par les professionnels.

a- Impact sur les étudiants en sciences de la santé

Parmi les études examinées, 18 ont rapporté au moins un impact de la VCF sur les étudiants et 14 étaient de qualité moyenne à très bonne (tableau VI). L'impact de la VCF sur la formation des étudiants a été rapporté de manière discordante dans les études. Peu d'études ont exploré la satisfaction globale des étudiants. Les internes (« *residents* » aux USA) avaient une opinion non consensuelle concernant leur formation professionnelle. Certains trouvaient que cela augmentaient le temps consacré à leur formation (21, 25) et améliorait leur apprentissage en particulier pour les aspects "non-didactiques" comme les compétences en communication, l'approche des problèmes psychosociaux, le modèle de rôle du médecin et la gestion du temps (25, 36). D'autres rapportaient que leurs besoins en formation entraient en compétition avec les besoins des familles ce qui pourrait limiter les opportunités de formation (34, 42, 43). Les médecins sembleraient moins à l'aise pour la formation des internes durant la VCF (32). Dans certaines études, les étudiants en médecine exprimaient un inconfort lorsqu'ils voulaient poser des questions en présence des familles et du personnel non-médical (36) lors des discussions concernant un mauvais pronostic (25, 34) et en présence de familles potentiellement conflictuelles (25).

b- Impact sur les dimensions organisationnelles

Parmi les études examinées, 20 ont rapporté un impact sur l'organisation de l'unité et 17 étaient de qualité moyenne à bonne (tableau VII). L'impact de la VCF sur l'organisation du service a été rapporté de manière hétérogène. Cependant, deux indicateurs thématiques ont

émergé: la durée de la visite et l'organisation de la sortie du patient. L'impact de la présence de la famille sur la durée de la visite a été mesuré de manière discordante dans 12 études: certaines études ont évalué la perception des professionnels de la santé au sujet de la durée, tandis que d'autres ont chronométré la visite avec et sans famille ou le temps dédié au patient. La moitié des études ont rapporté des durées de visites similaires après ajustement sur divers facteurs (par ex. état de santé des patients, médecin participant) (24, 26, 40, 44). À l'inverse, deux études réalisées en réanimation pédiatrique ont révélé que la présence de la famille augmentait la durée respectivement de 1.3 minutes/patient (45) et de 1.6 min/patient (35).

D'autres éléments concernant les éléments organisationnels ont été étudiés : plus de sortie avant 15h dans un hôpital pédiatrique (47 vs 40%) (42), réduction de la durée de séjour dans une unité de soins intensifs pédiatrique au Pakistan (49 vs 78h) (26), réduction du délai entre prescription et réalisation d'examen complémentaires (46).

c- Résultats spécifiques issus des revues systématiques de la littérature publiées

Cypress a mené une revue systématique des articles publiés de 1988 à 2010 pour analyser l'impact de la VCF et la satisfaction des participants. Les biais potentiels n'étaient pas analysés. Les résultats sont voisins de notre propre recherche bibliographique (47).

Fernandes et al. ont réalisé une revue systématique pour répondre à la question « Les VCF promeuvent-elles des soins pédiatriques humanistes ? » en analysant les résultats publiés (jusqu'en 2020) selon 5 thèmes principaux pouvant résumer l'humanisme: empathie, communication améliorée, partenariat, respect, satisfaction. Les auteurs concluaient que la VCF améliore chacun de ces 5 thèmes. Les patients ayant une maîtrise limitée de l'anglais ou des handicaps ou qui recevaient des soins intensifs ont obtenu des avantages supplémentaires (48). Dans la revue systématique de Rea et al. des articles publiés entre 2007 et 2017, la thématique était centrée sur l'expérience des parents (49). Selon les auteurs, il n'est pas clair si la participation à la VCF augmente la satisfaction de la famille par rapport aux visites classiques ; cependant, les familles signalent un fort désir d'y participer. Les avantages pour la famille de la VCF comprenaient une meilleure compréhension de l'information et de la confiance dans l'équipe médicale, ainsi qu'une réduction de l'anxiété des parents.

La revue systématique de Knighton et Bass visait à synthétiser les éléments disponibles concernant l'implantation de la VCF en pédiatrie (50). Les résultats sont exposés dans le paragraphe « Quelles sont les stratégies d'implantation de la VCF ? ».

4.7 Quelles sont les barrières et les éléments favorisant l'implantation?

Dans une étude nord-américaine impliquant 265 praticiens, les barrières les plus souvent rapportées étaient les contraintes architecturales, l'appréhension des étudiants et le temps disponible (6). D'autres barrières comme la langue des parents, les variabilités de style chez les médecins, l'absence de structuration de la VCF ou l'état de santé du patient ont été rapportées (51).

Dans une étude européenne prospective incluant 241 familles et 11 unités de néonatalogie (Suède, Finlande, Estonie, Italie, Espagne, Norvège), basée sur des questions adressées sous forme de SMS (7), les mères étaient présentes lors des visites médicales de 62,5% à 91% et les pères de 30,8% à 77,8% des jours. Le degré de participation des mères et des pères variait entre les unités et entre les pays ($p < 0,001$ et $p = 0,022$, respectivement). En analyse multivariée, la présence des parents augmentait avec l'âge gestationnel ($p = 0,010$), l'éducation des pères ($p = 0,009$) et la politique de l'unité ($p = 0,036$). Les caractéristiques de base de l'enfant avaient peu d'influence sur la participation.

Dans une étude monocentrique qualitative de type ethnographique, Axelin et al. (52) ont étudié la dynamique de communication néonatalogiste-parents et le processus de décision durant la visite dans une unité finlandaise où les parents participent à environ 60% des visites. Quatre « patterns » comportementaux ont été observés chez les médecins : « *collaboratif* », « *dirigé par le néonatalogiste* », « *urgente* » et « *déconnecté* ». Le pattern « Collaboratif » était le plus adapté à la pratique de la VCF. Les caractéristiques de chaque pattern sont résumées dans le tableau VIII. Les facteurs facilitant et entravant la participation des parents à la visite sont exposés dans le tableau IX.

4.8 Quelles sont les spécificités de la VCF en néonatalogie ?

Quatre études ont été réalisées en néonatalogie (17, 34, 53, 54)

4.8.1 Perception a priori des professionnels

Dans une étude française basée sur un questionnaire adressé à 304 professionnels répartis en 3 groupes (54) (groupe 1: professionnels participant à un congrès NIDCAP francophone; groupe 2: professionnels travaillant dans une unité de néonatalogie d'un centre hospitalier universitaire; groupe 3: internes en pédiatrie issus de 6 universités françaises), les répondants percevaient positivement la VCF pour eux-mêmes, les parents et les étudiants. Cependant, la plupart des répondants étaient d'accord avec les affirmations suivantes: « *La présence des parents à la visite empêche certaines discussions entre professionnels de la santé* » (66%, IC à 95% 57 à 73), « *La VCF augmente la durée des visites* » (63%, IC à 95% 55 à 71) et « *Certaines*

décisions prises lors des visites médicales peuvent être stressantes pour les parents » (51%, IC 95% 42 à 59). Néanmoins, les réponses variaient considérablement selon la formation au NIDCAP et l'expérience en néonatalogie. Le groupe 1 affichait une attitude beaucoup plus positive que les autres groupes ($p < 0,001$). Les membres de ce groupe exprimaient moins d'inquiétude quant à l'inhibition potentielle des discussions entre professionnels de la santé ($p < 0,001$), la faisabilité ($p = 0,02$) et les durées de visite ($p < 0,001$).

4.8.2 Perception des parents et des professionnels exposés à la VCF

Dans une étude américaine de type avant-après, la collaboration et la satisfaction, mesurées par le questionnaire Collaboration and Satisfaction about Care Decisions (CSACD), des Fellows et des infirmières praticiennes (NNP) étaient significativement augmentées après l'introduction de la VCF. La satisfaction des parents, mesurée par le Neonatal Instrument of Parent Satisfaction, était augmentée ($p < 0,01$) dans les domaines de communication, rencontre avec les praticiens et obtention d'information concernant leur enfant (53)

Dans une étude transversale (34) réalisée dans un service américain invitant en routine les parents à participer à la visite, et basée sur un questionnaire adressé aux parents, aux infirmières et aux internes et étudiants en médecine « seniors » (ces derniers regroupés sous le vocable de « étudiants »), la majorité des parents indiquait que la participation aux visites avait réduit leur anxiété et accru leur confiance dans l'équipe soignante. Les infirmières étaient plus susceptibles que les étudiants de soutenir la présence des parents lors des visites ($p = 0,02$). Environ les trois quarts des étudiants et des infirmières pensaient que la discussion pouvait être inhibée et 69% des stagiaires estimaient que l'enseignement diminuait lorsque les parents assistaient aux visites.

Dans un essai australien randomisé en cross-over (17), avec une période avec VCF et une période sans VCF, 95% des parents ayant terminé l'essai ont affirmé que les parents devraient être autorisés à assister aux visites. Le score de stress NICU Parental Stressor Scale ne différait pas entre les deux périodes. La satisfaction des parents était plus élevée avec la VCF en termes de connaissance, compréhension et communication. Les professionnels évalués par questionnaire indiquaient dans 90% de ceux-ci que les parents devraient être autorisés à assister aux visites. L'analyse qualitative des focus groups regroupant parents et professionnels faisait émerger deux thèmes : communication et philosophie. Les parents et les professionnels de la santé étaient d'accord sur le fait que les informations partagées pendant la VCF étaient plus riches et de meilleure qualité. Les professionnels signalaient que la VCF alignait la pratique de

la visite à la philosophie du service alors que les parents exprimaient « avec passion » qu'il ne s'agissait pas de « philosophie » mais de leur « droits » et d'une opportunité d'« être parent ».

4.9 Quelles sont les stratégies d'implantation de la VCF ?

Selon Cox et al. les éléments essentiels de l'implantation en service de pédiatrie sont un fort soutien et engagement des leaders, une participation active des professionnels impliqués, un agenda défini de l'implantation, une formation multidisciplinaire, une évaluation continue selon des indicateurs pertinents (durée des visites, perception par les soignants ou les parents...), permettant une amélioration progressive (51). Les conseils sont de « débiter petit, évaluer puis diffuser » (39).

Moore et al (11) ont schématisé 8 étapes successives pour l'implantation de la VCF en milieu hospitalier:

- ✓ Identifier et valoriser des « champions » médecins, infirmières, administratifs jouant un modèle de rôle et considérés comme les ambassadeurs du projet ;
- ✓ Construire des équipes multidisciplinaires en les encourageant à réfléchir régulièrement sur leurs pratiques ;
- ✓ Inviter les parents à participer à la visite ;
- ✓ Débuter les VCF multidisciplinaires ;
- ✓ Réaliser des débriefings et engager une pratique réflexive animée par le médecin senior ;
- ✓ Évaluer les étudiants, les internes et les médecins ;
- ✓ Évaluer le processus et les résultats ;
- ✓ Diffuser la VCF.

Cox et al. ont développé un ensemble d'outils destinés à faciliter l'implantation et le maintien d'une VCF de qualité (55). Cette boîte à outils comprend outre une checklist (tableau X), un programme de formation pour les professionnels impliqués (présentation didactique et jeu de rôle) et des documents d'information pour les autres professionnels. L'impact de l'utilisation de cette check-list a été étudié dans un essai avec randomisation en cluster de 4 unités de pédiatrie (pédiatrie générale, hématologie, pneumologie) permettant l'inclusion de 298 familles (34). Cette checklist augmentait l'opportunité pour les familles (odds ratio [OR] = 2.43, $P < .05$) et pour le personnel (OR = 4.28, $P = .002$) de poser des questions, et la relecture commune des prescriptions (OR = 12.43, $P < .001$) (39).

Dans une recherche qualitative associant observations et interviews, la même équipe a rapporté que les facteurs influençant l'utilisation de la checklist étaient liés à toutes les composantes du système hospitalier par exemple la connaissance des médecins du contenu de

la « checklist » (aspect individuel), la visibilité de cette checklist (aspect environnemental), le temps disponible des participants pour la visite (aspect organisationnel), la disponibilité d'un ordinateur mobile (aspect organisationnel) (56). Ces études de l'université du Wisconsin concluent en l'importance du contenu et du style de communication ainsi que de la prise en compte des facteurs liés au « système » hospitalier (57).

La barrière de la langue a été surmontée avec succès par l'intégration d'interprètes dans la VCF selon un processus d'amélioration de la qualité des soins cycle PDSA dans un service de pédiatrie de Boston (58).

Knighon et Bass ont réalisé une revue systématique de la littérature publiée de 2009 à 2020 concernant spécifiquement les processus d'implantation de la VCF (50). Selon les auteurs, il existait peu de données avec haut de niveau de preuve concernant l'impact des stratégies d'implantation sur l'évolution des patients.

4.10 Programmes de soins de développement centrés sur la famille et VCF

Certains programmes de soins de développement intègrent et soutiennent la VCF.

Le Family Integrative Care ou FiCare vise à faciliter le partenariat et la collaboration entre parents et soignants en néonatalogie, à promouvoir les interactions parents-enfants et à construire la confiance parentale. Ceci est basé sur une information partagée entre parents et soignants et la participation directe des parents aux soins. *« L'équipe multidisciplinaire encourage les parents à participer au mieux de leurs capacités aux visites médicales, pour présenter leur enfant à l'équipe ainsi que pour discuter de ses progrès. La participation des parents aux visites facilite leur compréhension des soins de leur bébé et leur permet d'être entendu concernant les décisions. »* (59).

Le Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) est un programme de soin de développement individualisé par l'observation comportementale et centré sur les parents, considérés comme les soutiens essentiels de leur enfant. Le manuel de Certification NIDCAP des unités de néonatalogie rassemble des items en lien avec 4 domaines : l'architecture, les soins à l'enfant, le soutien aux parents et le soutien aux soignants, scorés de 1 (faible niveau de soins de développement) à 5 (excellence des soins de développement) (60). L'item B3 « Communication parents-soignants incluant la participation à la visite » est scoré comme suit (extraits):

- Score 1 : « Si les parents sont présents dans le service, ils savent qu'ils doivent quitter les lieux lors la visite médicale ».

- Score 4 : « Lors des réunions avec les parents, qui incluent les visites médicales, les familles sont invitées à donner leur point de vue sur leurs enfants, sur le programme des soins et leurs propres souhaits sur la manière d'aider leur enfant ».
- Score 5 : « Le personnel prend au sérieux et prend en compte dans les programmes de soins ainsi que dans la communication avec d'autres professionnels concernés par l'évolution de l'enfant, toute observation ou information que la famille peut apporter ».

Le programme Close Collaboration with Parents (61), développé en Finlande, est basé sur 3 éléments : la compréhension partagée du comportement du nouveau-né, la reconnaissance des capacités intuitives des parents à « être parent », le besoin des parents d'être en relation avec leur enfant. Ce programme insiste sur la nécessité pour les soignants de négocier, permettant ainsi un réel partage du processus de décision.

L'impact de ces trois programmes sur l'implantation réelle de la VCF n'est cependant pas connu.

4. Recommandations du GREEN de la SFN

En néonatalogie, la VCF augmente significativement la satisfaction des parents en terme de connaissance, de confiance, de compréhension et de communication, diminue leur anxiété sans avoir d'impact sur leur niveau de stress (Niveau 2-4). Les parents souhaitent y participer (Niveau 2). La VCF en néonatalogie augmente la satisfaction professionnelle et le travail collaboratif des infirmières et des internes. Les infirmières sont plus favorables à la VCF que les étudiants. La majorité des professionnels de santé soutiennent la VCF en raison de l'amélioration de la connaissance, de la communication et de la collaboration qu'elle apporte (NP 2-4). Elle est donc recommandée (grade B).

En néonatalogie, les étudiants estiment que la VCF diminue l'apport pédagogique de la visite et inhibe certaines discussions. Les études réalisées en pédiatrie montrent que, pour les étudiants en santé, la VCF améliore leur apprentissage en terme de communication, d'approche des problèmes psychosociaux, de gestion du temps et de modèle de rôle du médecin (NP4). Il est donc recommandé que le médecin senior adopte vis-à-vis des aspects pédagogiques de la VCF une posture réflexive pouvant favoriser chez les étudiants le développement de compétences relationnelles et de savoir-être (avis d'expert). En parallèle des réserves sont émises sur l'enseignement théorique au lit du patient (NP 4). Un débriefing en présence des étudiants en santé portant sur le processus et le contenu de la VCF est recommandé (Grade C). Il est

recommandé que le médecin complète la formation des étudiants par d'autres activités d'enseignement hors VCF (avis d'expert).

Une attention toute particulière doit être portée dans les situations où le pronostic médical est mauvais ou les relations avec les familles conflictuelles (avis d'expert).

- En France, la formation des soignants en soins de développement et leur expérience en néonatalogie influencent positivement leur attitude par rapport à la VCF (NP4). Ces professionnels auront moins d'appréhension par rapport à l'inhibition des discussions avec les parents (NP4 [54]). Il est donc recommandé qu'une formation en soins de développement individualisés et centrés sur l'enfant et sa famille soit dispensée aux soignant pratiquant la VCF (Grade C). Il est recommandé qu'avant la mise en place d'une VCF dans un service de néonatalogie, celui-ci ait débuté un processus de réflexion et d'implantation d'une philosophie de SCF. Cette réflexion doit concerner la place, les droits, le rôle et le soutien des parents au sein de l'unité (avis d'expert).
- Les barrières les plus souvent rapportées sont les contraintes architecturales, l'appréhension des étudiants, le temps disponible, la langue des parents, le profil de comportement du médecin, le caractère improvisé (non structuré) ou l'état de santé du patient (NP 4). Il est recommandé une vigilance particulière sur ces aspects lors de l'implantation de la VCF (avis d'expert).
- Les équipes pratiquant la VCF insistent sur l'importance de l'engagement des leaders, une participation active des professionnels impliqués, un agenda défini, une formation multidisciplinaire et une évaluation continue selon des indicateurs pertinents (NP4). Il est recommandé de tenir compte de ces éléments (AE).
- L'utilisation de checklists comprenant les différents éléments essentiels de la VCF améliore le déroulement de celle-ci en pédiatrie en particulier sur l'invitation formulée aux parents et aux soignants à donner leur avis, et sur la lecture des prescriptions à voix haute (NP 2). L'utilisation d'une checklist est recommandée (grade B).
- Une crainte fréquemment exprimée, pouvant être un frein à l'implantation, est que la VCF allonge la durée de la visite. Les études réalisées en pédiatrie ne confirment pas ce point (NP 4). La crainte de l'allongement du temps de visite ne doit donc pas être un obstacle à l'implantation de la VCF (Grade C).
- Une autre crainte exprimée est que la VCF peut altérer la confidentialité des informations concernant le nouveau-né ou sa famille (NP2). Une attention particulière doit y être apportée durant les phases de préparation et d'implantation (grade B).

5. Stratégies d'implantation

Les différentes stratégies permettant d'appliquer au mieux ces recommandations sont les suivantes :

- Une formation des professionnels concernant les modèles théoriques (en particulier la théorie de l'attachement), les besoins des parents, la nature et les bénéfices attendus de la VCF pourrait être facilitante.
- Une checklist est un facteur favorisant. Il est recommandé de la présenter et la discuter avec l'ensemble de l'équipe et vérifier l'adhésion des professionnels à cet outil.
- La pratique réflexive individuelle et collective paraît essentielle pour se préparer et préparer les équipes au changement induit par l'implantation de la VCF. L'utilisation du cycle réflexif de Gibbs peut être un outil utile (Figure 5).
- Cette pratique réflexive pourrait permettre d'adopter un pattern comportemental plus collaboratif, selon le modèle décrit par Axelin et al. (Tableau IX) (52).
- Un debriefing régulier avec les soignants concernant le vécu de leur participation à la VCF est recommandé.
- Une réflexion et une formation spécifique pour les médecins senior portant en particulier sur le leadership et la conduite de la VCF paraît nécessaire.
- Les aspects liés à la confidentialité sont importants à considérer. Des solutions pratiques comme le port d'un casque musical par les autres parents sont à envisager.
- La proximité physique de la VCF avec le nouveau-né est à considérer afin de choisir le lieu idéal tenant compte de la fragilité sensorielle de l'enfant.

6. Points non résolus

- Impact de la VCF sur le pronostic neuro-comportemental du nouveau-né hospitalisé, sur les liens d'attachement et sur la santé psychologique des parents à distance de l'hospitalisation.

7. Recommandations pour la recherche

Afin d'avoir un état des lieux en France et/ou Europe francophone, une **enquête de pratique** devrait être réalisée idéalement dans des unités de niveau II et III incluant les unités de réanimation, de soins intensifs, de soins courant et de néonatalogie en maternité. Cette enquête

pourrait être basée sur des questionnaires diffusés auprès des professionnels de santé ou sur une enquête déclarative auprès des parents.

La quasi-totalité des études publiées concernant les unités des pays anglo-saxons, une **évaluation du ressenti** de la VCF par les parents, les soignants, les étudiants en santé serait utile ainsi qu'une évaluation de l'impact sur l'organisation des soins dans les unités francophones. Le recours à des méthodologies mixtes de recherche, qualitative et quantitative, paraît particulièrement adapté à cette thématique. Ce type d'étude permettrait de mieux connaître les freins et facteurs facilitant dans les unités francophones.

Il serait souhaitable d'évaluer l'impact de la VCF sur les **pratiques de soins** impliquant les parents (peau à peau, allaitement maternel) et sur certains marqueurs d'hospitalisation (présence parentale, durée de séjour, alimentation, taux d'allaitement...).

8. Conclusion

La VCF est la pierre angulaire pour le développement de la participation des parents au processus de décision et d'organisation des soins. C'est un élément important de la philosophie de SCF. Le GREEN recommande son implantation. Dans un but de diffusion large de la VCF dans les unités francophones, une évaluation méthodique de son implantation et des retours d'expérience sont encouragés.

Références

- 1- Institute for Patient and Family-centered care. What is PFCC? <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- 2- Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103-128
- 3- Sisterhen LL, Blaszak RT, Woods MB, Smith CE. Defining family-centered rounds. *Teach Learn Med* 2007;19:319–22
- 4- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
- 5- Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 2003;112: 691–7.
- 6- Mittal VS, Sigrest T, Ottolini MC, et al. Family-centered rounds on pediatric wards: a PRIS network survey of US and Canadian hospitalists. *Pediatrics*. 2010;126(1):37-43
- 7- Aija A, Toome L, Axelin A, Raiskila S, Lehtonen L. Parents' presence and participation in medical rounds in 11 European neonatal units. *Early Hum Dev*. 2019 Mar;130:10-16
- 8- Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med* 2007;35:605–22
- 9- Sizun J, Pierrat V, Gonnaud F et al. GREEN study group. Quels sont les besoins des parents en néonatalogie ? *Perfectionnement en Pédiatrie* 2018; 1: 265-270.
- 10- Kuhn P, Sizun J, Casper C; GREEN study group from the French Neonatal Society. Recommendations on the environment for hospitalised newborn infants from the French neonatal society: rationale, methods and first recommendation on neonatal intensive care unit design. *Acta Paediatr* 2018;107(11):1860-1866.
- 11- Moore WJ, O'Meara C, Buckley-Peter F. et al. Navigating patient- and family-centered care rounds: a guide to achieving success. 2010 <https://www.ipfcc.org/bestpractices/navigating-pfcc-rounds.pdf>
- 12- Destino LA, Shah SS, Good B. Family-Centered Rounds: Past, Present, and Future. *Pediatr Clin North Am* 2019; 66(4):827-837.
- 13- Mittal V. Family-centered rounds. *Pediatr Clin North Am*. 2014 Aug;61(4):663-70
- 14- Davidson JE. Family presence on rounds in neonatal, pediatric, and adult intensive care units. *Ann Am Thorac Soc*. 2013 Apr;10(2):152-6.

- 15- Cypress BS. Family presence on rounds: a systematic review of literature. *Dimens Crit Care Nurs.* 2012 Jan-Feb;31(1):53-64
- 16- Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique* 2015; 27: S41-S50.
- 17- Abdel-Latif ME, Boswell D, Broom M, Smith J, Davis D. Parental presence on neonatal intensive care unit clinical bedside rounds: randomised trial and focus group discussion. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2015 May;100(3):F203-9.
- 18- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996 Jan 13;312(7023):71-2.
- 19- Moore KA, Coker K, DuBuisson AB, Swett B, Edwards WH. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. *Pediatrics* 2003;111(4 Pt 2):e450-e460.
- 20- Saunders RP, Abraham MR, Crosby MJ, Thomas K, Edwards WH. Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units. *Pediatrics* 2003;111(4 Pt 2):e437-e449.
- 21- Mittal V, Krieger E, Lee BC, et al. Pediatrics Residents' Perspectives on Family-Centered Rounds: A Qualitative Study at 2 Children's Hospitals. *J Grad Med Educ.* 2013;5(1):81-87.
- 22- Aronson PL, Yau J, Helfaer MA, Morrison W. Impact of Family Presence During Pediatric Intensive Care Unit Rounds on the Family and Medical Team. *Pediatrics.* 2009;124(4):1119-112
- 23- Chand D. Observational Study Using the Tools of Lean Six Sigma to Improve the Efficiency of the Resident Rounding Process. *J Grad Med Educ.* 2011;3(2):144-150.
- 24- Aragona E, Ponce-Rios J, Garg P, Aquino J, Winer JC, Schainker E. A Quality Improvement Project to Increase Nurse Attendance on Pediatric Family Centered Rounds. *J Pediatr Nurs.* 2016 Jan-Feb;31(1):e3-9
- 25- Paradise Black NM, Kelly MN, Black EW, Sessums CD, Dipietro MK, Novak MA. Family-centered rounds and medical student education: a qualitative examination of students' perceptions. *Hosp Pediatr.* 2011;1(1):24-29.
- 26- Ladak LA, Premji SS, Amanullah MM, Haque A, Ajani K, Siddiqui FJ. Family-centered rounds in Pakistani pediatric intensive care settings: non-randomized pre-and post-study design. *International journal of nursing studies.* 2013;50(6):717-726.
- 27- Benjamin JM, Cox ED, Trapskin PJ, Rajamanickam VP, Jorgenson RC, Weber HL, Pearson RE, Carayon P, Lubcke NL. Family-initiated dialogue about medications during family-centered rounds. *Pediatrics.* 2015 Jan;135(1):94-101.

- 28- Kuo DZ, Sisterhen LL, Sigrest TE, Biazio JM, Aitken ME, Smith CE. Family experiences and pediatric health services use associated with family-centered rounds. *Pediatrics*. 2012 Aug;130(2):299-305
- 29- Landry M-A, Lafrenaye S, Roy M-C, Cyr C. A Randomized, Controlled Trial of Bedside Versus Conference-Room Case Presentation in a Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatrics*. 2007;120(2):275-280.
- 30- Berkwitz A, Grossman M. A Qualitative Analysis of Pediatric Patient Attitudes Regarding Family-Centered Rounds. . *Hosp Pediatr*. 2015;5(7):357-362.
- 31- Mittal V, Krieger E, Lee BC, et al. Pediatrics Residents' Perspectives on Family-Centered Rounds: A Qualitative Study at 2 Children's Hospitals. *J Grad Med Educ*. 2013;5(1):81-87
- 32- Stickney CA, Ziniel SI, Brett MS, Truog RD. Family Participation during Intensive Care Unit Rounds: Attitudes and Experiences of Parents and Healthcare Providers in a Tertiary Pediatric Intensive Care Unit. *The Journal of Pediatrics*. 2014;164(2):402-406.
- 33- Ahmed A, Chu D, Wang S. Current Caregiver Perspectives and Effects of Demographics on Family-Centered Rounds. *Clinical Pediatrics*. 2017;57(6):694-699.
- 34- Grzyb MJ, Coo H, Rühland L, Dow K. Views of parents and health-care providers regarding parental presence at bedside rounds in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*. 2014;34(2):143-148.
- 35- Levin AB, Fisher KR, Cato KD, Zurca AD, October TW. An Evaluation of Family-Centered Rounds in the PICU: Room for Improvement Suggested by Families and Providers. *Pediatr Crit Care Med*. 2015 Nov;16(9):801-7
- 36- Rappaport DI, Cellucci MF, Leffler MG. Implementing Family-Centered Rounds: Pediatric Residents' Perceptions. *Clinical Pediatrics*. 2010;49(3):228-234.
- 37- Yager PH, Clark M, Cummings BM, Noviski N. Parent participation in pediatric intensive care unit rounds via telemedicine: feasibility and impact. *The journal of pediatrics*. 2017;185:181-186. e183.
- 38- Anttila A, Rappaport DI, Tijerino J, Zaman N, Sharif I. Interpretation modalities used on family-centered rounds: perspectives of Spanish-speaking families. *Hosp Pediatr*. 2017;7(8):492-498.
- 39- Cox ED, Jacobsohn GC, Rajamanickam VP, et al. A family-centered rounds checklist, family engagement, and patient safety: a randomized trial. *Pediatrics*. 2017;139(5):e20161688.
- 40- Bhansali P, Birch S, Campbell JK, et al. A time-motion study of inpatient rounds using a family-centered rounds model. . *Hosp Pediatr*. 2013;3(1):31-38.

- 41- Subramony A, Hametz PA, Balmer D. Family-centered rounds in theory and practice: an ethnographic case study. *Academic pediatrics*. 2014;14(2):200-206.
- 42- Sandhu AK, Amin HJ, McLaughlin K, Lockyer J. Leading educationally effective family-centered bedside rounds. *J Grad Med Educ*. 2013;5(4):594-599.
- 43- Aronson PL, Yau J, Helfaer MA, Morrison W. Impact of Family Presence During Pediatric Intensive Care Unit Rounds on the Family and Medical Team. *Pediatrics*. 2009;124(4):1119-1125.
- 44- Chand D. Observational Study Using the Tools of Lean Six Sigma to Improve the Efficiency of the Resident Rounding Process. *J Grad Med Educ*. 2011;3(2):144-150.
- 45- Gupta PR, Perkins RS, Hascall RL, Shelak CF, Demirel S, Buchholz MT. The effect of family presence on rounding duration in the PICU. *Hosp Pediatr*. 2017;7(2):103-107.
- 46- Oshimura JM, Downs SM, Saysana M. Family-centered rounding: can it impact the time of discharge and time of completion of studies at an academic children's hospital? *Hosp Pediatr*. 2014 Jul;4(4):228-32.
- 47- Cypress BS. Family presence on rounds: a systematic review of literature. *Dimens Crit Care Nurs* 2012;31(1):53-64
- 48- Fernandes AK, Wilson S, Nalin AP et al. Pediatric Family-Centered Rounds and Humanism: A Systematic Review and Qualitative Meta-analysis. *Hosp Pediatr* 2021;11(6):636-649
- 49- Rea KE, Rao P, Hill E et al. Families' Experiences With Pediatric Family-Centered Rounds: A Systematic Review. *Pediatrics* 2018 Mar;141(3):e20171883
- 50- Knighton AJ, Bass EJ. Implementing Family-Centered Rounds in Hospital Pediatric Settings: A Scoping Review. *Hosp Pediatr* 2021;11(7):679-691
- 51- Kern J, Gay A, Mittal V. How to Manage Family-Centered Rounds *Journal of Clinical Outcomes Management*. 2016 April;23(4)
- 52- Axelin A, Outinen J, Lainema K, Lehtonen L, Franck LS. Neonatologists can impede or support parents' participation in decision-making during medical rounds in neonatal intensive care units. *Acta Paediatr* 2018 Dec;107(12):2100-2108
- 53- Voos KC, Ross G, Ward MJ, Yohay AL, Osorio SN, Perlman JM. Effects of implementing family-centered rounds (FCRs) in a neonatal intensive care unit (NICU). *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011 Nov;24(11):1403-6
- 54- Thébaud V, Lecorguillé M, Roué JM, Sizun J. Healthcare professional perceptions of family-centred rounds in French NICUs: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017 Jul 2;7(6):e013313.
- 55- Cox ED, Carayon P, Kelly M, DuBenske LL, Wetterneck TB, Brown RL. "The Family-Centered Rounds Toolkit." Madison, WI: University of Wisconsin – Madison Department of

Industrial and Systems Engineering, Department of Pediatrics, Institute for Clinical and Translational Research, and UW Health Innovation Program; 2014. Available at: <https://hipxchange.org/familyrounds>

- 56- Kelly MM, Xie A, Li Y, et al. System Factors Influencing the Use of a Family-Centered Rounds Checklist. *Pediatr Qual Saf* 2019; 4(4):e196.
- 57- Kelly MM, Xie A, Carayon P, DuBenske LL, Ehlenbach ML, Cox ED. Strategies for improving family engagement during family-centered rounds. *J Hosp Med*. 2013;8(4):201-207
- 58- Cheston CC, Alarcon LN, Martinez JF, Hadland SE, Moses JM. Evaluating the Feasibility of Incorporating In-Person Interpreters on Family-Centered Rounds: A QI Initiative. *Hosp Pediatr*. 2018;8(8):471-478.
- 59- FiCare. FiCare in action. <http://familyintegratedcare.com/about-ficare/ficare-in-action/>
- 60- NIDCAP Federation International. Nursery assessment materials. <https://nidcap.org/nidcap-nursery/nidcap-nursery-materials/>
- 61- Toivonen M, Lehtonen L, Löyttyniemi E, Ahlqvist-Björkroth S, Axelin A. Close Collaboration with Parents intervention improves family-centered care in different neonatal unit contexts: a pre-post study. *Pediatr Res* 2020; 88(3):421-428.

Figure 1 : Flow-Chart des études sélectionnées

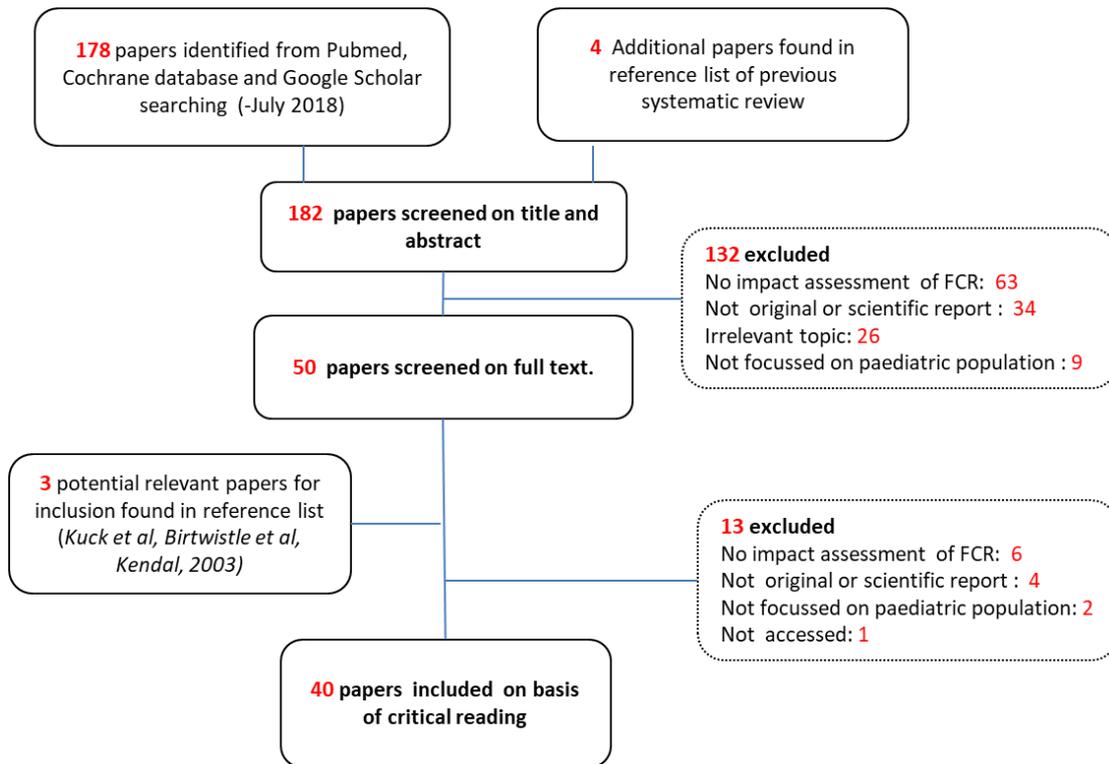


Figure 2. Participants à la VCF selon les études (n=36)

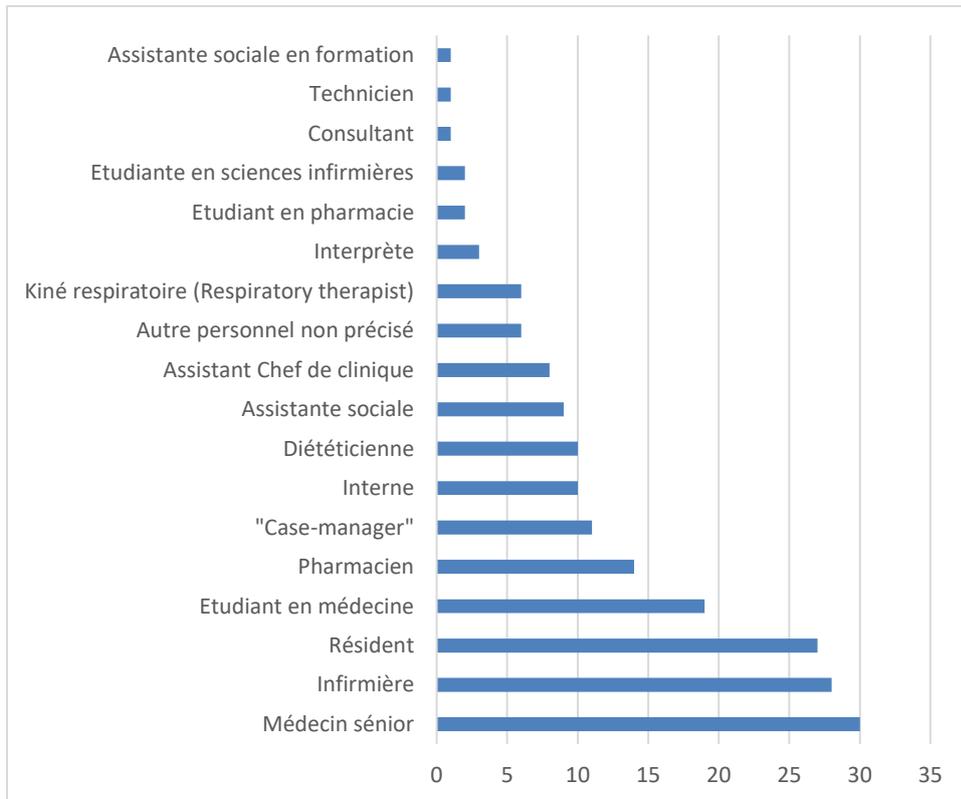


Figure 3. Lieu de la VCF selon les études (n=36)

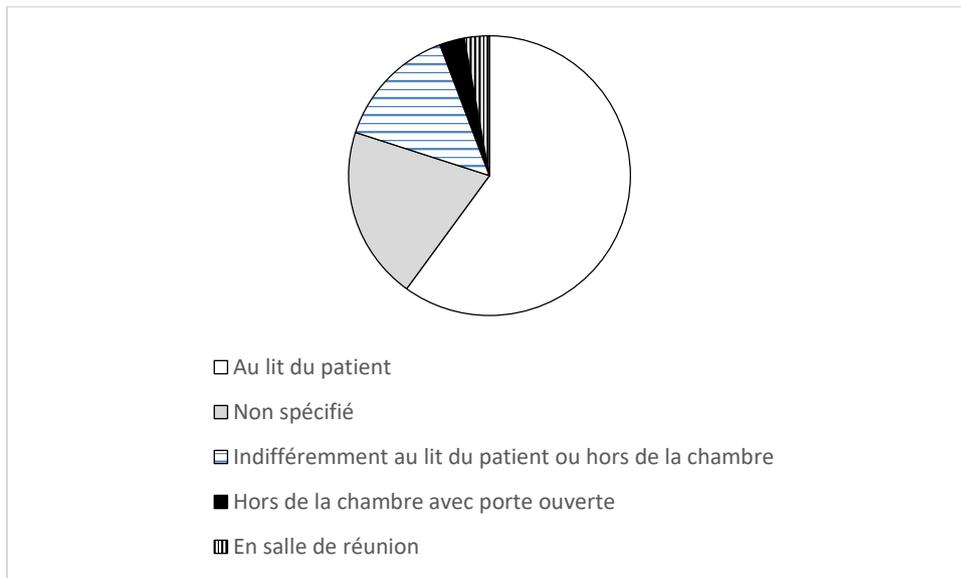


Figure 4. Description du contenu de la VCF selon les études (n=36)

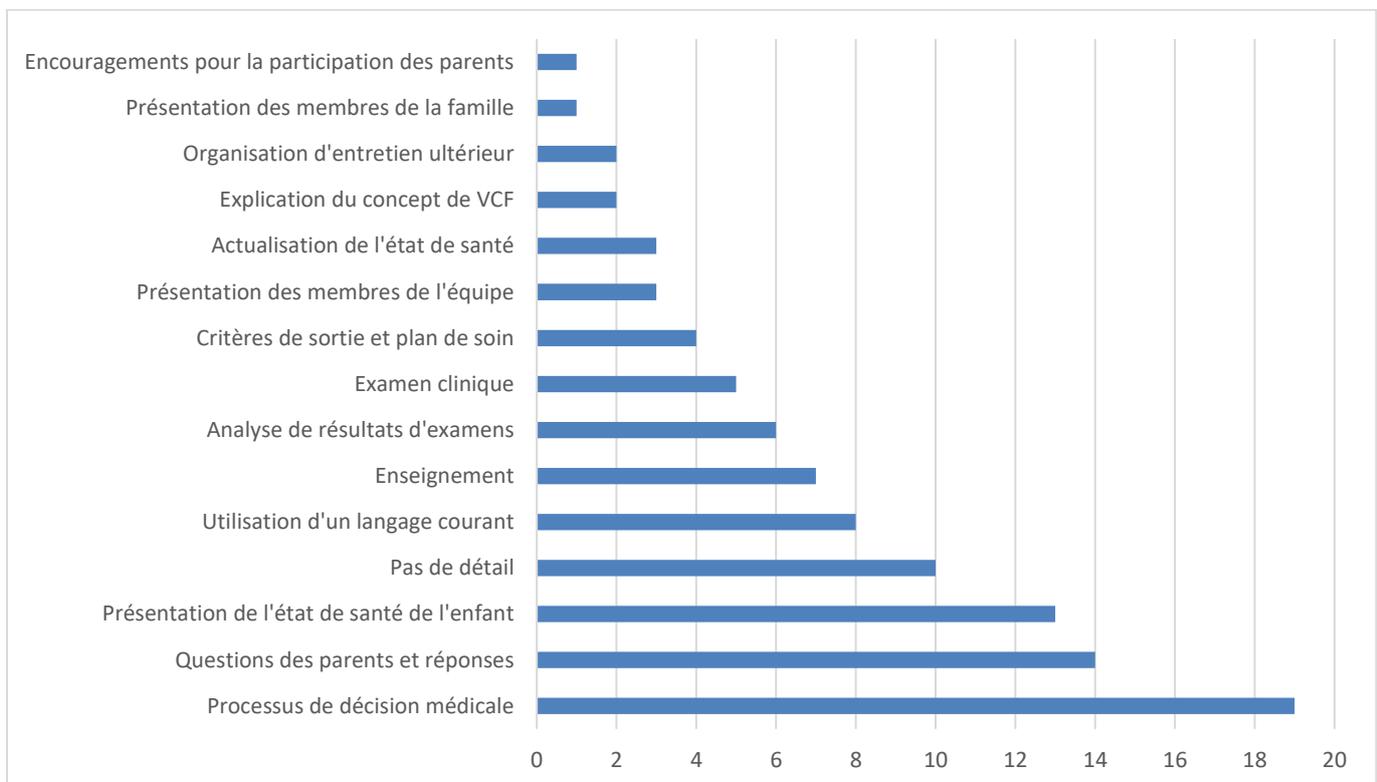
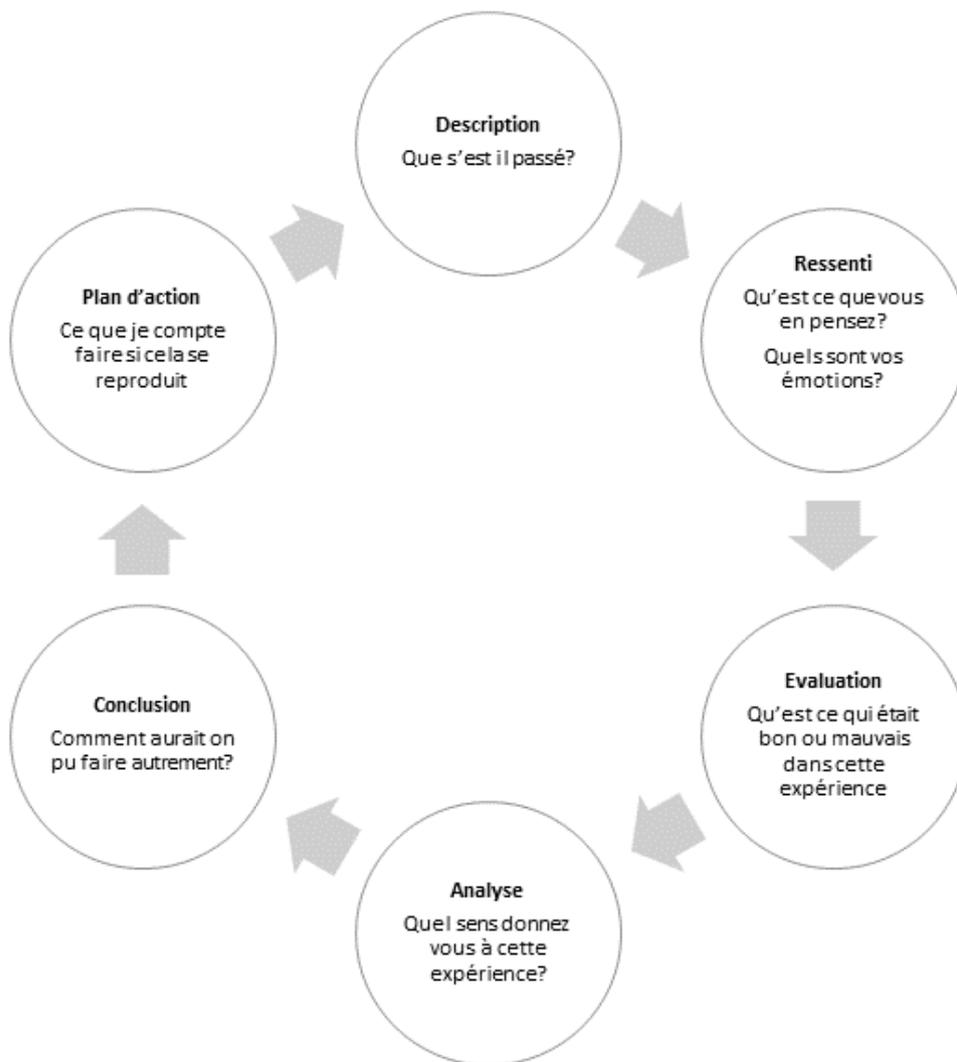


Figure 5 : La pratique réflexive et le cercle réflexif de Gibbs

La pratique réflexive est la capacité de réfléchir sur ses actions afin d'adopter une position ou une attitude critique envers sa propre pratique et celle de ses pairs, en s'engageant dans un processus d'adaptation et d'apprentissage continu.

L'analyse d'une situation concrète peut se faire de façon individuelle ou collective. Les différentes étapes de ce cycle d'apprentissage sont les suivantes selon Kolb¹ : pratique d'une expérience concrète, analyse rationnelle et émotionnelle des faits, conceptualisation et généralisation, puis transfert des connaissances acquises dans une autre situation pratique. Ces étapes ont été décrites plus en détails dans le cercle réflexif de Gibbs.



Cycle réflexif selon Gibbs 1988

¹ Kolb DA. Experiential learning. Experience as a source of learning and development. Pearson Press 2014.

Tableau I : Caractéristiques des études et évaluation du risque de biais

Etudes	Lieu	Design	Objectif	Répondants	Biais de sélection	Biais de mesure	Biais de rapport	Score de qualité
Aronson et al. 2009	USA	Cross-sect. (a)	Analytical	P, R	Low	Low	Low	3
Cox et al. 2017	USA	Expérimental	Tool evaluation	Obs, P	Low	Low	Low	3
Kuo et al. 2012	USA	Quasi-exp. (b)	Analytique	P	Low	Low	Low	3
Abdel-Latif et al. 2015	Australia	Expérimental	Parent eval. (f)	P, HCP	Low	Low	Unclear	2
Bhansali et al. 2013	USA	Cross-sect. (a)	Descriptif	Obs	High	Low	Low	2
Chand et al. 2011	USA	DMAIC (c)	Quali-improv(g)	HCP, R	Low	Low	Unclear	2
Cox et al. 2011	USA	Cross-sect. (a)	Analytique	S	Unclear	Low	Low	2
Gupta et al. 2017	USA	Prospectif	Analytique	Obs	Unclear	Low	Low	2
Ladak et al. 2013	Pakistan	Rep cross-sec (d)	Analytique	P, HCP	Unclear	Low	Low	2
Mittal et al. 2010	Canada	Cross-sect. (a)	Analytique	HCP	Low	Low	Unclear	2
Mittal et al. 2013	Canada	Qualitatif	Descriptif	R	Unclear	Low	Low	2
Oshimura et al. 2014	USA	Case-control	Analytique	Obs	Low	Unclear	Low	2
Paradise Black et al. 2011	USA	Qualitatif	Descriptif	S	Unclear	Low	Low	2
Sandhu et al. 2013	Canada	Qualitatif	Descriptif	R	Unclear	Low	Low	2
Stickney et al. 2014	USA	Cross-sect. (a)	Descriptif	P, HCP	Unclear	Low	Low	2
Subramony et al. 2012	USA	Cross-sect. (a)	Analytique	P	Unclear	Low	Low	2
Subramony et al. 2014	USA	Qualitatif	Descriptif	P	High	Low	Low	2
Ahmed et al. 2017	USA	Cross-sect. (a)	Descriptif	P	Unclear	Low	Unclear	1
Anttila et al. 2017	USA	Cross-sect. (a)	Descriptif	P	Unclear	Low	Unclear	1
Aragona et al. 2016	USA	PDSA (e)	Quali-improv	N	Low	Unclear	Unclear	1
Benjamin et al. 2015	USA	Cross-sect. (a)	Descriptif	Obs	Unclear	Low	Unclear	1
Berkwitt et al. 2015	USA	Qualitatif	Descriptif	C	High	Low	Unclear	1
Drago et al. 2013	USA	Cross-sect. (a)	Analytique	P	High	Low	Unclear	1
Grzyb et al. 2014	Canada	Cross-sect. (a)	Descriptif	P, R	Unclear	Low	Unclear	1
Kimbrough et al. 2016	USA	Cohorte	Analytique	S	unclear	Low	Unclear	1
Landry et al. 2007	Canada	Expérimental	Parent eval.	P, R	Low	Unclear	Unclear	1
Levin et al. 2015	USA	Cross-sect. (a)	Descriptif	P, HCP	Unclear	Low	Unclear	1
Osorio et al. 2012	USA	Cross-sect. (a)	Analytique	R	Unclear	Low	Unclear	1
Rappaport et al. 2010	USA	Cross-sect. (a)	Descriptif	R	High	Low	Unclear	1
Yager et al. 2017	USA	Cross-sect. (a)	Pilote	P, HCP	Unclear	Low	Unclear	1
Cameron et al. 2009	USA	Cross-sect. (a)	Analytique	P, HCP	Unclear	Unclear	High	0

Knoderer et al. 2009	USA	Pilot	Quali-improv	P, R	High	Unclear	High	0
Latta et al. 2008	USA	Qualitatif	Descriptif	P	High	Unclear	High	0
Lewis et al. 1998	USA	Quasi-exp. (b)	Parent eval.	C, P, S	Unclear	High	High	0
Phipps et al. 2007	USA	Cross-sect. (a)	Descriptif	P, HCP	Unclear	Unclear	Unclear	0
Pinto et al. 2014	USA	Cross-sect. (a)	Descriptif	R	Unclear	Unclear	High	0
Rappaport et al. 2012	USA	Cross-sect. (a)	Analytique	P, HCP	Unclear	High	High	0
Rosen et al. 2009	USA	Quasi-exp. (b)	Parent eval.	C, P, HCP	High	High	High	0
Voos et al. 2011a	USA	Rep cross- sec. (d)	Analytique	P, HCP	Unclear	Unclear	Unclear	0
Walker-Vischer et al. 2015	USA	Qualitatif	Descriptif	P	Unclear	Unclear	Unclear	0

Design (a) Cross sectional; (b) Quasi experimental; (c) Define, Measure, Analyze, Improve , Control; (d) Repeated cross sectional; (e) Plan-Do-Study- Act; (f) Parent evaluation; (g) Quality improvement.

Respondants: C: Child; HCP: Health Care Professionnal; N: Nurse; Obs: observator; P: Parents; R: Resident; S: student

Tableau II : Paradigme des soins traditionnels et des soins centrés sur le patient et la famille (d'après Moore et al 2011)

Modèle traditionnel	Modèle des soins centrés sur le patient et sa famille
Centré sur les déficits du patient et de la famille	Centré sur les forces
Contrôle	Collaboration
Modèle basé sur l'expert	Modèle basé sur le partenariat
Information limitée	Information partagée
Soutien négatif	Soutien positif
Rigidité et protocoles	Flexibilité
Dépendance	Autonomie

Tableau III : Impact rapportés de la VCF sur les enfants (n=15 / 19 études analysées)

	Qualité	Soins à l'enfant	Reconnaissance de l'enfant	Confort
Aronson et al. 2009	3	+ Pa		
Kuo et al. 2012	3	+ Pa		
Chand et al. 2011	2	+ Pro-R		
Ladak et al. 2013	2	+ Pa	+ Pa	
Mittal et al. 2010	2	+ Pro		
Mittal et al. 2013	2	+ R		
Paradise Black et al. 2011	2	+ R		- S
Ahmed et al. 2018	1	+ Pa		
Benjamin et al. 2015	1	+ Obs		
Berkwitt et al. 2015	1	+ C	<u>+</u> C	<u>+</u> C
Drago et al. 2013	1	+ Pa		
Landry et al, 2007	1		+ Pa	
Levin et al. 2015	1	+ Pro		
Rappaport et al. 2010	1	+ R		
Yager et al. 2017	1	+ Pa		
	<i>Total (+)</i>	14	2	
	<i>Total (-)</i>			1
	<i>Total (±)</i>		1	1

(+) Positif (-) Négatif; (±) résultats non cohérents entre répondants (0): pas de différence observée.

Réponses selon les ^{Pa} parents, ^R résidents, ^S étudiants, ^{Pro} professionnels, ^{Obs} Observateur

Tableau IV : impact de la VCF sur les familles (n=20/31 études analysées)

	Qualité	Satisfaction générale d'être présent	Apprentissage, compréhension et connaissance	Partage d'information	Reconnaissance des parents et relations avec les professionnels	Renforcement du pouvoir parental	Stress et confort	Communication	Intimité
Aronson et al. 2009	3	+ Pa	± Pa		+ Pa		- Pa		
Cox et al. 2017	3			+ Obs	+ Obs	+ Obs		+ Obs	
Kuo et al. 2012	3	+ Pa	0 Pa	+ Pa	+ Pa	+ Pa			
Abdel-Latif et al. 2015	2	+ Pa	+ Pa	+ Pa		+ Pa	0 Pa	± Pa	0 Pa
Bhansali et al. 2013	2			+ Obs					
Ladak et al. 2013	2	+ Pa	+ Pa	+ Pa	+ Pa	+ Pa			+ Pa
Mittal et al. 2010	2	+ Pro	+ Pro			+ Pro			- Pro
Mittal et al. 2013	2	+ R	+ R	+ R		+ R		+ R	
Paradise Black et al. 2011	2			+ S	+ S		- S	± S	
Stickney et al. 2014	2	+ Pa	+ Pa					+ Pa	
Subramony et al. 2012	2		+ Pa						
Subramony et al. 2014	2			+ Pa	+ Pa	+ Pa			
Ahmed et al. 2017	1	+ Pa			+ Pa	+ Pa	± Pa	+ Pa	
Anttila et al. 2017	1	+ Pa	+ Pa		+ Pa		± Pa		
Benjamin et al. 2015	1			+ Obs		+ Obs			
Grzyb et al. 2014	1	+ Pa	+ Pa	+ Pa	+ Pa		+ Pa		
Landry et al. 2007	1	+ Pa	+ Pa		+ Pa		- R	+ R	+ Pa
Levin et al. 2015	1	+ Pa		+ Pa	+ Pa		+ Pa		
Rappaport et al. 2010	1	+ R	+ R			+ R			
Yager et al. 2017	1	+ Pa	+ Pro				+ Pa	+ Pa	
<i>total (+)</i>		14	11	11	11	10	3	6	2
<i>total (-)</i>							3		1
<i>total (±)</i>			1				2	2	
<i>total (0)</i>			1				1		1

(+) Positif (-) Négatif; (±) résultats non cohérents entre répondants (0): pas de différence observée. Pour **stress et intimité** : (+) amélioration: (-) aggravation

Réponses selon les Pa parents, R résidents, S étudiants, Pro professionnels, Obs Observateur

Tableau V : Impact de la VCF sur les professionnels de santé (n= 13/ 19 études analysées)

Studies	Qualité	Communi- cation	Satisfactio- n générale	Partage d'informati- on	Collaboratio- n & relation		Confor- t	Compré- hension et connaissa- nce
Cox et al. 2017	3	+ Obs		+ Obs	+ Obs			
Abdel-Latif et al. 2015	2	<u>±</u> Pro	+ Pro	+ Pro	+ Pro		<u>±</u> Pro	
Chand et al. 2011	2		+ Pro					
Ladak et al. 2013	2		0 Pro	+ Pro				
Mittal et al. 2010	2	+ Pro			+ Pro			
Mittal et al. 2013	2	+ R						
Paradise Black et al. 2011	2						- R	
Stickney et al. 2014	2	+ Pro					<u>±</u> Pro	
Aragona et al. 2016	1				+ Pro			+ Pro
Benjamin et al. 2015	1			+ Obs				
Grzyb et al. 2014	1	+ Pro	<u>±</u> Pro				- Pro	
Levin et al. 2015	1		+ Pro	+ Pro	+ Pro		- Pro	
Yager et al. 2017	1	+Pro	+ Pro					
	<i>Total (+)</i>	6	4	5	5			1
	<i>Total (-)</i>						3	
	<i>Total (±)</i>	1	1				2	
	<i>Total (0)</i>		1					

(+) Positif (-) Négatif; (±) résultats non cohérents entre répondants (0): pas de différence observée.

Réponses selon les ^{Pa} parents, ^R résidents, ^S étudiants, ^{Pro} professionnels, ^{Obs} Observateur

Tableau VI : Impact de la VCF sur les étudiants (n=14 / 18 études)

Studies	Qualité	Développement professionnel et enseignement	Confort & confiance en soi	Communication	Relations & Collaboration	Compréhension et connaissances
Aronson et al. 2009	3	- R	+ R	+ R		
Abdel-Latif et al. 2015	2	- Pro				
Chand et al. 2011	2	+ R				
Cox et al. 2011	2	<u>+</u> S	- S			
Mittal et al. 2010	2	+ Pro			- Pro	
Mittal et al. 2013	2	+ R	+ R	+ R		
Paradise Black et al. 2011	2	+ S	- S	+ S	+ S	+ S
Sandhu et al. 2013	2	<u>+</u> R	- R		<u>+</u> R	- R
Stickney et al. 2014	2	- Pro				
Grzyb et al. 2014	1	- R	- R	+ R		
Kimbrough et al. 2016	1	0 S				
Landry et al. 2007	1	0 R	<u>+</u> R		+ Pa	
Osorio et al. 2012	1			+ R	+ R	
Rappaport et al. 2010	1	+ R	- R		+ R	
	<i>Total (+)</i>	5	2	5	4	1
	<i>Total (-)</i>	4	5		1	1
	<i>Total (±)</i>	2	1		1	
	<i>Total (0)</i>	2				

(+) Positif (-) Négatif; (±) résultats non cohérents entre répondants ; (0): pas de différence observée.

Réponses selon les Pa parents, R résidents, S étudiants, Pro professionnels qualifiés

Tableau VII : aspects organisationnels (n=17 /20 reviewed studies)

	Qualité	Durée	Sortie du patient	Autres éléments
Aronson <i>et al.</i> 2009	3	0 ^T		
Kuo <i>et al.</i> 2012	3		0 ^M	
Abdel-Latif <i>et al.</i> 2015	2	+ ^{Pro}		
Bhansali <i>et al.</i> 2013	2	0 ^T		
Chand <i>et al.</i> 2011	2	- ^T		
Gupta <i>et al.</i> 2017	2	+ ^T		
Ladak <i>et al.</i> 2013	2	0 ^T	+ ^M	
Mittal <i>et al.</i> 2010	2	0 ^{Pro}	+ ^{Pro}	<u>+</u> ^{Pro}
Mittal <i>et al.</i> 2013	2		+ ^{Pro}	
Oshimura <i>et al.</i> 2014	2		+ ^M	+ ^M
Paradise Black <i>et al.</i> 2011	2	+ ^S		
Stickney <i>et al.</i> 2014	2	<u>+</u> ^{Pro}		
Aragona <i>et al.</i> 2016	1	0 ^T	+ ^{Pro}	
Benjamin <i>et al.</i> 2015	1			
Grzyb <i>et al.</i> 2014	1	<u>+</u> ^{Pro}		
Levin <i>et al.</i> 2015	1	+ ^T		
Yager <i>et al.</i> 2017	1			0 ^{Pro}
	<i>total (+)</i>	4	5	1
	<i>total (-)</i>	1		
	<i>total (<u>±</u>)</i>	2		1
	<i>total (0)</i>	5	1	1

(+) Positif ou augmentation de la durée ; (-) Négatif ou diminution de la durée; (±) résultats non cohérents entre répondants ; (0): pas de différence observée.

Evaluation de la durée selon la perception des professionnels ^{Pro} ; ^T temps

Evaluation de la sortie selon la perception des professionnels: ^{Pro}; ^M mes

Tableau VIII : Caractéristiques de chaque pattern de comportement du médecin modifiant la participation des parents à la visite (d'après Axelin et al. 2018)

Pattern	Caractéristiques
« <i>Collaboratif</i> »	<p>Communication réciproque Interroge la maman Ecoute attentivement Confirme sa compréhension verbalement et non verbalement Exprime ses pensées concernant la situation Ecoute active Atmosphère calme</p>
« <i>Dirigé par le néonatalogiste</i> »	<p>Questions fermées Informations uni-directionnelles Questions sur point spécifique de l'état de l'enfant Equipe soignante généralement derrière l'ordinateur Les infirmières et médecins apportent la plupart des informations concernant l'état de l'enfant Interruption par d'autres membres de l'équipe Pas d'engagement dans un processus de réflexion à voix haute</p>
« <i>Urgence</i> »	<p>Communication essentiellement vers les infirmières et les autres médecins Jargon médical Equipe autour de l'ordinateur Atmosphère tendue Décision collaborative entre soignants Inquiétude sur le fait que les parents pourraient devenir émotionnels durant la visite</p>
« <i>Déconnecté</i> »	<p>Visite menée de façon très rigide Ne recherche pas de confirmation verbale et non verbale de la compréhension des parents Comportement non verbal du médecin non conforme à son langage verbal Pas d'écoute active Fait comme si les parents n'étaient pas là Groupe important d'étudiants suivant la visite Décisions prises sans concertation A priori concernant les parents</p>

Tableau IX: facteurs facilitant ou empêchant la participation des parents à la visite (d'après Axelin et al. 2018).

Facteurs entravant la participation des parents à la visite médicale	Facteurs favorisant la participation des parents à la visite médicale
<p>Approche centrée sur le professionnel Ne pas tenir compte des observations des parents Agenda rigide et inflexible de la visite Manque de réciprocité Transfert d'informations à sens unique Manque d'écoute active Interview, utilisation de questions fermées et jargon médical Faible utilisation de relance conversationnelle (« follow up questions ») Contradiction entre l'expression non verbale et verbale Ne confirme pas la compréhension par les parents Inquiétude de voir les parents devenir émotifs A priori sur les parents Énumération d'ordres Exclure les parents du processus de décision Focus sur l'ordinateur Positionnement dispersé dans la chambre de patient Atmosphère tendue Perturbations externes</p>	<p>Considère les observations des parents comme significatif pour la prise de décision médicale Focus sur la situation et l'interaction Communication réciproque Donne aux parents l'opportunité de partager leurs observations Écoute attentive Validation des observations des parents Utilisation de relance conversationnelle, « follow up questions » Expliquer ses propres réflexions sur l'état médical de l'enfant Communication non verbale et verbale cohérentes Renforcement positif et rétroaction Partage proactif des informations Réflexion à haute voix sur le processus décisionnel et recherche de consensus Atmosphère calme</p>

Tableau X : Checklist de la VCF (adaptée d'après Cox et al.) (55)

- ✓ S'assurer de la présence de l'infirmière
- ✓ Vérifier la préférence des parents pour la visite :
 - Participer avec le patient (dans la chambre, dans le couloir)
 - Participer sans le patient (dans le couloir)
 - Ne pas participer
- ✓ Demander à la famille s'ils connaissent tous les membres participants, si non, présenter les membres inconnus et leur rôle
- ✓ Discuter de l'évaluation du patient et du plan pour la journée
- ✓ Revoir et actualiser les objectifs pour la sortie
- ✓ Demander aux membres de la famille s'ils ont des questions
- ✓ Demander aux membres de l'équipe s'ils ont des questions
- ✓ Relire à voix haute les prescriptions

Compléter tous ces items avant de passer au patient suivant.