

Evaluation de la satisfaction des familles des patients admis au service de réanimation d'un Hôpital de première Catégorie, Cameroun

Assessment of satisfaction among families of patients admitted to the intensive care unit of a first-class hospital in Cameroon

Ndom Ntock Ferdinand^{1,3*}, Metogo Mbengono Junette Arlette^{1,3,4}, Kona Ngondo Stéphane⁴, Tiguy Nemy Willy³, Jemea Bonaventure⁴, Beyiha Gérard^{3,4}, Bengono Bengono Roddy Stéphan^{2,4}

1. Hôpital Général de Douala, Cameroun.

2. Hôpital de Référence de Sangmélima, Cameroun

3. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

4. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun.

***Auteur correspondant :** Dr Ferdinand Ndom Ntock, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala. Tel : (+237) 675396879. Email : ferdilous@yahoo.fr

Résumé

Objectif : Evaluer la satisfaction des familles des patients après leur passage au service de réanimation d'un hôpital de première catégorie au Cameroun. **Méthode :** Nous avons mené une étude transversale sur une période de 3 mois, au service de Réanimation Médico-Chirurgicale et Brûlé de l'Hôpital Général de Douala. Nous avons inclus les membres de la famille des patients âgés de plus de 18ans, dont le malade avait séjourné au moins 48h. Le questionnaire FS-ICU version courte (24 items) a été utilisé pour évaluer la satisfaction aux soins et aux décisions des membres de la famille. **Résultats :** Nous avons recruté 52 membres majoritairement de la fratrie du malade dont l'âge moyen était $37,4 \pm 10,1$ ans, majoritairement de la tranche d'âge allant de 26 à 45 ans (71,2 %), avec une légère prédominance masculine (53,8 %). La majorité des participants avaient un niveau d'éducation supérieur (50 %). Concernant la satisfaction aux soins, les aspects les mieux notés incluaient la prise en charge de la douleur ($62,09 \pm 16,92$) et la courtoisie du personnel ($59,13 \pm 19,82$), tandis que la communication avec les infirmières ($35,09 \pm 23,35$) et l'ambiance en salle d'attente ($12,98 \pm 13,54$) étaient les plus critiqués. Pour la satisfaction aux décisions, la compréhensibilité de l'information ($52,88 \pm 16,90$) et l'honnêteté sur l'état de santé ($54,32 \pm 18,33$) étaient bien évaluées, mais la participation des patients et familles à la prise de décision ($12,98 \pm 23,99$) et le temps alloué à ces décisions ($21,15 \pm 41,23$) étaient perçus négativement. **Conclusion :** La satisfaction des familles des patients admis en réanimation repose la communication claire et transparente de l'équipe médicale par rapport à l'évolution thérapeutique, et sur l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

Mots clés : Famille ; satisfaction ; réanimation ; FS24-ICU

Abstract

Objective: To assess the satisfaction of patients' families after their stay in the intensive care unit of a first-class hospital in Cameroon. **Method:** We conducted a cross-sectional study over a period of three months in the Medical-Surgical and Burn Intensive Care Unit of the General Hospital of Douala. We included family members of patients over the age of 18 whose relatives had stayed in the unit for at least 48 hours. The short version of the FS-ICU questionnaire (24 items) was used to assess family members' satisfaction with care and decisions. **Results:** We recruited 52 family members, mainly siblings of the patient, whose average age was $37,4 \pm 10,1$ years, mainly in the 26-45 age group (71.2%), with a slight predominance of males (53.8%). The majority of participants had a higher education level (50%). Regarding satisfaction with care, the highest-rated aspects included pain management (62.09 ± 16.92) and staff courtesy (59.13 ± 19.82), while communication with nurses (35.09 ± 23.35) and the atmosphere in the waiting room (12.98 ± 13.54) were the most criticized. In terms of satisfaction with decisions, the comprehensibility of information (52.88 ± 16.90) and honesty about health status (54.32 ± 18.33) were well rated, but the participation of patients and families in decision-making (12.98 ± 23.99) and the time allocated to these decisions (21.15 ± 41.23) were perceived negatively. **Conclusion:** The satisfaction of families of patients admitted to intensive care depends on clear and transparent communication from the medical team regarding treatment progress and on improving the conditions for receiving and caring for patients.

Keywords: Family; satisfaction; intensive care; FS24-ICU

Introduction : La prise en charge en service de réanimation concerne des patients présentant des défaillances viscérales aiguës et engageant leur pronostic vital (1,2). Dans ce contexte, la qualité des soins dépend à la fois des ressources humaines, du plateau technique disponible et de la collaboration étroite avec la famille (3). Le bien-être des patients, des familles et des soignants se révèle ainsi étroitement interconnecté (4). Cependant, les familles vivent souvent l'hospitalisation en réanimation comme un événement traumatisant et source d'angoisse (4). Leur satisfaction dépend d'une communication adaptée, d'un langage clair et de l'empathie exprimée par l'équipe soignante (5,6). Une amélioration de la communication, en favorisant l'implication des proches, permet de diminuer le stress post-traumatique et la dépression qui peuvent survenir chez ces derniers (7). Inversement, un manque d'information accroît incompréhension et isolement, notamment chez ceux qui désirent davantage s'impliquer dans le processus décisionnel (8). En Europe et en Amérique du Nord, l'implication grandissante de la famille dans la prise de décision est à la fois reconnue et encouragée (9,10). Près de la moitié des proches hospitalisés en réanimation en France souhaitent participer aux décisions médicales (9), tandis que 71 % des proches au Canada s'estiment satisfaits ou très satisfaits lorsqu'ils sont impliqués dans ces décisions (11). Néanmoins, des freins culturels et organisationnels, tels que le manque d'organisation de l'équipe soignante ou la difficulté à instaurer un climat de confiance, peuvent entraver cette dynamique (12). Au Cameroun, aucune étude n'a réellement porté sur la satisfaction des familles face à la prise en charge des patients hospitalisés en réanimation, alors même que leur participation au processus de soins se révèle indispensable. Il devient donc essentiel de mesurer ce niveau de satisfaction et d'identifier les facteurs qui l'influencent afin d'améliorer la collaboration entre soignants et familles. Sur la base de ces constats, la présente étude avait pour objectif d'évaluer le niveau de satisfaction des familles des patients hospitalisés en réanimation dans un hôpital de première catégorie au Cameroun.

Matériaux et Méthodes : Type d'étude : Nous avons mené une étude transversale à l'Hôpital Général de Douala (HGD), plus précisément dans le service de réanimation médico-chirurgicale (RMC) et dans l'unité des brûlés (RUB) sur une période de 3 mois allant de d'Octobre à Décembre 2024.

Population d'étude : La population d'étude était constituée des membres de la famille des patients hospitalisés à l'Hôpital Général de Douala, tandis que la population cible regroupait plus spécifiquement les proches des patients admis en réanimation médico-chirurgicale ou à l'unité des brûlés de cet établissement. Pour être inclus dans l'étude, les

participants devaient être âgés de plus de 18 ans et être identifiés comme responsables du patient hospitalisé. De plus, leur proche devait avoir séjourné en réanimation ou en unité des brûlés pendant au moins 48 heures, selon l'échelle de satisfaction FS-ICU (13). En revanche, les membres de la famille n'ayant pas donné leur consentement éclairé étaient exclus de l'étude. L'échantillonnage était exhaustif, incluant tous les participants répondant aux critères d'inclusion, pour un total de 52 membres de famille recrutés.

Procédure de collecte des données : Avant d'interroger les familles, nous avons obtenu les autorisations administratives et éthiques nécessaires, notamment la clairance éthique (N°2148 CEI-UDo) et l'autorisation de recherche de l'Hôpital Général de Douala. La collecte des données s'est basée sur une fiche standardisée comprenant deux volets : l'un portant sur les informations du patient et du service, et l'autre sur les caractéristiques du membre de la famille avec une évaluation de la satisfaction via le questionnaire FS-ICU. Ce dernier comportait 14 items sur la satisfaction aux soins et 10 items sur les décisions, notés sur une échelle de 0 à 100, où un score élevé indiquait une satisfaction accrue. Les scores FS-ICU soins et FS-ICU décisions étaient calculés séparément, puis combinés en un score global. Les entretiens ont été réalisés aux heures de visite dans la salle d'attente de la réanimation auprès des familles dont le patient était hospitalisé depuis au moins 48 heures, après obtention de leur consentement éclairé.

Considérations éthiques : Nous avons strictement respecté la confidentialité et l'anonymat des participants. Aucune personne n'a été incluse sans son consentement éclairé, formalisé par la signature d'un formulaire prévu à cet effet. Les proches étaient informés du caractère volontaire de leur participation, et le refus n'entraînait aucune conséquence sur la qualité des soins prodigues au patient. Ils pouvaient également retirer leur consentement à tout moment, entraînant leur retrait immédiat de l'étude.

Analyses statistiques : Les données recueillies ont été saisies et analysées avec le logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS), en version 25 ou 20 selon les cas. Les résultats sont présentés en moyenne (\pm écart-type) ou en médiane pour les variables quantitatives, et en effectifs (n) et proportions (%) pour les variables qualitatives.

Résultats : Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude L'âge moyen des participants était de $37,4 \pm 10,18$ ans et la majorité étaient âgés de 26 à 45 ans (71,2 %), suivis de ceux de 46 à 65 ans (19,2 %) et des moins de 25 ans (9,6 %). Concernant la répartition par sexe, 53,8 % des participants étaient masculins, tandis que 46,2 % étaient féminins. En termes de niveau d'éducation, 50 % avaient un niveau supérieur, 36,5 % un niveau secondaire, 11,5 % un niveau primaire, et 1,9 % étaient analphabètes.

Enfin, le lien de parenté avec la personne concernée révélait que 26,9 % étaient des frères ou sœurs, 23,1

% des parents, 21,1 % des fils ou filles, 19,2 % des conjoints/conjointes, et 9,7 % d'autres membres de la famille (**Tableau I**).

Tableau I : caractéristiques socio-démographiques des participants

Caractéristiques	Fréquence	Pourcentage
Age moyen ± ET (années)		$37,40 \pm 10,18$
Tranche d'âge		
26-45 ans	37	71,2
46-65 ans	10	19,2
< 25 ans	5	9,6
Sexe		
Masculin	28	53,8
Féminin	24	46,2
Niveau d'étude		
Analphabète	1	1,9
Primaire	6	11,5
Secondaire	19	36,5
Supérieur	26	50
Lien de Parenté		
Frère / Sœur	14	26,9
Parents	12	23,1
Fils/Fille	11	21,1
Conjoint/Conjointe	10	19,2
Autres	5	9,7

Evaluation de la satisfaction aux soins :
L'évaluation de la satisfaction aux soins révèle des perceptions variées selon les aspects évalués. La prise en charge de la douleur obtient le score moyen le plus élevé ($62,09 \pm 16,92$), traduisant une satisfaction relativement bonne. La courtoisie du personnel ($59,13 \pm 19,82$) et la coordination du travail d'équipe ($55,28 \pm 17,38$) sont également bien perçues. De même, la compétence des médecins ($54,32 \pm 16,21$) et des infirmiers ($55,76 \pm 18,26$) est globalement appréciée. En revanche,

Tableau II : Satisfaction aux soins

certains aspects suscitent plus de critiques, notamment la communication avec les infirmières ($35,09 \pm 23,35$) et l'ambiance en salle d'attente ($12,98 \pm 13,54$), qui enregistrent les scores moyens les plus bas. La satisfaction globale du niveau de soins ($52,88 \pm 11,77$) et le score total de satisfaction ($49,69 \pm 12,11$) suggèrent une perception modérée des soins reçus, avec des points à améliorer, notamment en termes de communication et d'ambiance hospitalière (**Tableau II**).

FS-ICU Items	Satisfaction aux soins					
	Excellent ¹	Très bien ¹	Bien ¹	Moyen ¹	Mauvais ¹	Score moyen ²
Courtoisie	5 (9,6)	14 (26,9)	28 (53,8)	5 (9,6)	0 (0,0)	$59,13 \pm 19,82$
Prise en charge de la douleur	3 (9,7)	9 (29,0)	19 (61,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	$62,09 \pm 16,92$
Prise en charge de la détresse respiratoire	2 (8,0)	8 (15,4)	11 (21,2)	4 (7,7)	0 (0,0)	$58,0 \pm 21,31$
Prise en charge de l'agitation motrice	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	$50,0 \pm 0,0$
Prise en compte des besoins familiaux	6 (11,5)	6 (11,5)	28 (53,8)	11 (21,2)	1 (1,9)	$52,40 \pm 23,35$
Soutien moral	3 (5,8)	11 (21,2)	24 (46,2)	12 (23,1)	2 (3,8)	$50,48 \pm 22,95$
Coordination et travail d'équipe	2 (3,8)	12 (23,1)	34 (65,4)	3 (5,8)	1 (1,9)	$55,28 \pm 17,38$
Compassion envers la famille	4 (7,7)	9 (17,3)	35 (67,3)	3 (5,8)	1 (1,9)	$55,76 \pm 18,92$
La compétence des infirmiers (ières)	4 (7,7)	9 (17,3)	34 (65,4)	5 (9,6)	0 (0,0)	$55,76 \pm 18,26$
Communications avec les infirmières	0 (0,0)	8 (15,4)	13 (25,0)	23 (44,2)	8 (15,4)	$35,09 \pm 23,35$
La compétence des médecins	4 (7,7)	4 (7,7)	41 (78,8)	3 (5,8)	0 (0,052)	$54,32 \pm 16,21$
Ambiance dans la salle d'attente	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	25 (48,1)	26 (50,052)	$12,98 \pm 13,54$
Ambiance au service de réanimation	3 (5,8)	5 (9,6)	32 (61,5)	12 (23,1)	0 (0,0)	$49,51 \pm 18,84$
Satisfaction du niveau de soins	0 (0,0)	2 (3,8)	19 (36,5)	31 (59,6)	0 (0,0)	$52,88 \pm 11,77$
Score total soins	0 (0,0)	31 (59,6)	19 (36,5)	2 (3,8)	0 (0,0)	$49,69 \pm 12,11$

1: n(%), 2 : Moyenne ± Ecart-type

Evaluation de la satisfaction aux décisions :

L'évaluation de la satisfaction aux décisions montre des résultats contrastés selon les aspects évalués. La compréhensibilité de l'information ($52,88 \pm 16,90$)

et l'honnêteté sur l'état de santé du malade ($54,32 \pm 18,33$) sont relativement bien notées, indiquant une communication globalement claire et transparente.

La cohérence des informations ($50,96 \pm 18,49$) et l'intégralité de l'information sur l'ESM ($46,63 \pm 17,86$) sont également jugées satisfaisantes. En revanche, des aspects liés à la participation des patients et de leurs proches dans la prise de décision sont plus critiqués, notamment l'inclusion dans la prise de décision ($28,36 \pm 35,36$), le soutien dans la prise de décision ($17,78 \pm 28,15$) et la participation aux soins du malade ($12,98 \pm 23,99$), qui affichent

des scores faibles. Le temps accordé à la prise de décision ($21,15 \pm 41,23$) est particulièrement mal perçu, avec une majorité de réponses négatives. En revanche, le score global de satisfaction aux décisions ($43,23 \pm 12,33$) reste modéré, indiquant un besoin d'amélioration dans l'implication des patients et familles dans le processus décisionnel (Tableau III).

Tableau III : satisfaction aux décisions

FS-ICU Items	Satisfaction aux décisions					
	Excellent ¹	Très bien ¹	Bien ¹	Moyen ¹	Mauvais ¹	Score moyen ²
Communication des médecins sur L'ESM	2 (3,8)	2 (3,8)	20 (38,5)	24 (46,2)	4 (7,7)	37,50±21,29
Réponse du personnel aux questions	0 (0,0)	9 (17,3)	26 (50,0)	15 (28,8)	2 (3,8)	45,19±19,19
Compréhensibilité de l'information	2 (3,8)	9 (17,3)	34 (65,4)	7 (13,5)	0 (0,0)	52,88±16,90
Honnêteté sur l'état de santé du malade	3 (5,8)	10 (19,2)	32 (61,5)	7 (13,5)	0 (0,0)	54,32±18,33
Intégralité de l'information sur L'ESM	1 (1,9)	7 (13,5)	28 (53,8)	16 (30,8)	0 (0,0)	46,63±17,86
Cohérence des informations sur L'ESM	2 (3,8)	7 (13,5)	36 (69,2)	5 (9,6)	2 (3,8)	50,96±18,49
Etre inclus dans la prise de décision	6 (11,5)	5 (9,6)	4 (7,7)	12 (23,1)	25 (48,1)	28,36±35,36
Etre Soutenu dans la prise de décision	1 (1,9)	6 (11,5)	3 (5,8)	9 (17,3)	33 (63,5)	17,78±28,15
Participation aux soins du malade	1 (1,9)	2 (3,8)	5 (9,6)	7 (13,5)	37 (71,2)	12,98±23,99
Temps dans la prise de décision	11 (21,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	41 (78,8)	21,15±41,23
Score décisions	9 (17,3)	32 (61,5)	11 (21,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	36,77±14,92
Satisfaction globale	1 (1,9)	35 (67,3)	16 (30,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	43,23±12,33

ESM: état de santé du malade ; 1: n(%), 2 : Moyenne ± Ecart-type

Discussion : Les résultats de cette étude mettent en évidence une satisfaction mitigée des familles quant à la prise en charge en réanimation. Bien que certains aspects, comme la gestion de la douleur et la courtoisie du personnel, soient jugés satisfaisants, les insuffisances relevées en matière de communication et d'implication dans la prise de décision soulignent la nécessité d'améliorer la coordination des soins et l'accompagnement des proches. Sur le plan sociodémographique, l'âge moyen de $37,4 \pm 10,1$ ans et la prédominance masculine modérée coïncident avec des observations issues d'autres travaux, où les proches les plus engagés dans le suivi du patient appartiennent souvent à la tranche d'âge active. La proportion importante de participants ayant un niveau d'éducation supérieur (50 %) confirme par ailleurs que des attentes plus élevées en termes de qualité de l'information et de dialogue peuvent expliquer la sensibilité accrue à certaines lacunes dans la communication (14). Les données relatives à la satisfaction aux soins montrent une appréciation favorable de la prise en compte des symptômes (notamment la douleur) et de l'attitude bienveillante du personnel soignant. Ces observations rejoignent les conclusions de Latour, van Goudoever, et Hazelzet (2008), selon lesquelles la réponse adéquate aux besoins cliniques et la qualité du contact humain constituent des déterminants majeurs de la satisfaction des proches (6). Cependant, la communication avec les infirmières et l'ambiance en salle d'attente ont obtenu des scores nettement plus faibles, révélant une problématique d'ordre relationnel et

environnemental. Il est reconnu que l'ambiance de la salle d'attente influe sur le ressenti des familles, qui peuvent y demeurer pendant de longues périodes, souvent dans une anxiété persistante (12). Les travaux de la SRLF-SFAR (2009) insistent également sur la nécessité d'une formation continue du personnel infirmier afin de consolider les compétences en communication et de préserver un climat de confiance (4). La satisfaction aux décisions, mesurée par la compréhension de l'information et l'honnêteté quant à l'évolution clinique, apparaît globalement satisfaisante. Cette transparence contribue à réduire la détresse psychologique des familles, comme le soulignent Béranger *et al.* (2017) et Carlson *et al.* (2015)(5,14). Toutefois, la participation effective des proches aux choix thérapeutiques demeure le point le plus critiqué. Ce constat rejoint les observations d'Azoulay *et al.* (2004) et de Heyland *et al.* (2003), qui rapportent un souhait grandissant des familles de s'impliquer dans les décisions, alors même que le personnel soignant peut, par manque de temps ou d'organisation, restreindre l'accès à cette participation (9,11). La réduction du temps alloué aux décisions accentue par ailleurs ce sentiment de mise à l'écart et contribue à la perception d'une prise en charge incomplète (8). Dans une perspective de qualité globale des soins, l'implication de la famille revêt une importance particulière. Les proches bien informés et considérés comme des partenaires à part entière adhèrent plus facilement aux choix médicaux et soutiennent davantage le patient, ce qui favorise une meilleure expérience hospitalière (9,10).

Les insuffisances relevées dans le domaine de la communication peuvent, au contraire, engendrer un stress additionnel et nuire à la relation de confiance, situation qui peut se révéler délétère dans un contexte déjà éprouvant (8). La taille relativement restreinte de l'échantillon, avec 52 participants, et la durée limitée de l'étude invitent à la prudence dans la généralisation des résultats. Toutefois, ces données offrent une base solide pour envisager des améliorations concrètes. Il paraît indispensable d'inclure la famille dans une démarche de partenariat thérapeutique, aussi bien sur le plan décisionnel que dans la mise en place d'une communication plus fluide et personnalisée. Les formations continues destinées au personnel, notamment aux infirmières en contact régulier avec les proches, s'avèrent cruciales pour consolider les compétences relationnelles et accroître la satisfaction de chacun. L'optimisation de l'espace d'attente, la mise à disposition d'informations claires et la planification de temps d'échange dédié pourraient également renforcer la perception d'une prise en charge globale et bienveillante. L'ensemble de ces éléments souligne l'importance d'une approche centrée sur le patient et sa famille, dans laquelle la participation active des proches et la qualité de l'information jouent un rôle

Références

1. **Janvier G, André D.** Rôle de chacun dans le fonctionnement d'un service de réanimation. Réanimation [Internet]. 1 mai 2010 [cité 12 mars 2025];19(3):212-20. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1624069310000678>
2. **Décret n° 2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) - Légifrance [Internet].** [cité 12 mars 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTE_XT000000222059
3. **Ioos V, Aman R, Qureshi T, Memon MI, Offenstadt G.** La réanimation dans les systèmes de santé à ressources limitées: expérience d'une coopération franco-pakistanaise en réanimation. Médecine Intensive Réanimation [Internet]. 2014 [cité 12 mars 2025];23(5):466-75. Disponible sur: <https://revue-mir.srlf.org/index.php/mir/article/download/813/775>
4. **2009_11_19_conference_de_consensus_commune_mieux_vivre_en_reanimation.pdf** [Internet]. [cité 12 mars 2025]. Disponible sur: https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/2009_11_19_conference_de_consensus_commune_mieux_vivre_en_reanimation.pdf
5. **Béranger A, Pierron C, de Saint Blanquat L, Jean S, Chappuy H.** Communication, fondamental. Les initiatives visant à renforcer la communication, la transparence et la collaboration entre l'équipe soignante et la famille doivent dès lors être encouragées, afin de garantir une meilleure expérience des soins en réanimation. **Conclusion :** L'évaluation de la satisfaction des familles des patients admis en réanimation dans cet hôpital de première catégorie au Cameroun met en lumière la complexité de la prise en charge dans un contexte à la fois médical et relationnel. Les proches reconnaissent l'efficacité de la gestion des symptômes et la courtoisie du personnel, témoignant ainsi d'un solide engagement en matière de soins. Toutefois, les lacunes relevées dans la communication, l'ambiance de la salle d'attente et la participation aux décisions médicales soulignent la nécessité d'améliorer la coordination et l'information. Au-delà de la performance technique, la relation soignant-famille constitue un pilier essentiel de la qualité globale des soins en réanimation. Renforcer la formation du personnel aux compétences relationnelles, aménager davantage d'espaces d'échange et encourager la participation active des proches apparaissent comme des leviers pertinents pour optimiser le vécu des familles et, par ricochet, celui des patients.
6. **Latour JM, van Goudoever JB, Hazelzet JA.** Parent Satisfaction in the Pediatric ICU. Pediatric Clinics of North America [Internet]. 1 juin 2008 [cité 12 mars 2025];55(3):779-90. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395508000862>
7. **Carlson EB, Spain DA, Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS.** Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. Journal of Critical Care [Internet]. 1 juin 2015 [cité 12 mars 2025];30(3):557-61. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944115000313>
8. **Durand-Gasselin J.** Faut-il faire participer les familles aux soins en réanimation ? Le Praticien en Anesthésie Réanimation [Internet]. 1 oct 2011 [cité 12 mars 2025];15(5):292-6. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1279796011001136>

9. Azoulay É, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D, Bleichner G, et al. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: A study in 78 French intensive care units*. Critical Care Medicine [Internet]. sept 2004 [cité 12 mars 2025];32(9):1832. Disponible sur: https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2004/09000/half_the_family_members_of_intensive_care_unit.3.aspx
10. **Committee On Hospital Care And Institute For Patient- And Family-Centered Care.** Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics. févr 2012;129(2):394-404.
11. Heyland DK, Cook DJ, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Peters S, et al. Decision-making in the ICU: perspectives of the substitute decision-maker. Intensive Care Med [Internet]. 1 janv 2003 [cité 12 mars 2025];29(1):75-82. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1569-y>
12. Schubart JR, Wojnar M, Dillard JP, Meczkowski E, Kanaskie ML, Blackall GF, et al. ICU family communication and health care professionals: A qualitative analysis of perspectives. Intensive and Critical Care Nursing [Internet]. 1 oct 2015 [cité 12 mars 2025];31(5):315-21. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339715000191>
13. Stricker KH, Niemann S, Bugnon S, Wurz J, Rohrer O, Rothen HU. Family satisfaction in the intensive care unit: cross-cultural adaptation of a questionnaire. Journal of Critical Care [Internet]. 1 sept 2007 [cité 12 mars 2025];22(3):204-11. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944107000044>
14. Carlson EB, Spain DA, Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS. Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. Journal of Critical Care [Internet]. 1 juin 2015 [cité 12 mars 2025];30(3):557-61. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944115000313>