

Université de Montréal

Perceptions des membres de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille lors
de la réanimation d'un proche

Par Quentin Béveillard-Charrière

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences
(M.Sc.)
option administration

Juillet 2020

© Quentin Béveillard-Charrière, 2020

Université de Montréal

Ce travail dirigé intitulé

**Perceptions des membres de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille
lors de la réanimation d'un proche**

Présenté par

Quentin Béveillard-Charrière

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Lisa Merry, inf., Ph. D.

Présidente-rapporteuse

Véronique Dubé, inf., Ph. D.

Membre du jury

Laurence Bernard, inf., Ph. D.

Directrice de recherche

Steve Gagné, inf., M. Sc.

Co-directeur

Résumé

Problématique. La réanimation cardiorespiratoire engendre une charge émotionnelle chez les membres de l'équipe interprofessionnelle, mais également chez les proches du patient. La famille souhaite être présente auprès de leur proche dans ce moment critique. Toutefois, cette inclusion de la famille est aujourd'hui peu répandue dans les milieux hospitaliers. Différentes perceptions et barrières émanent de cette pratique. **But.** Identifier les perceptions des membres de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation à l'urgence dans un but d'améliorer les pratiques. **Méthodologie.** Une revue intégrative des écrits a été réalisée selon la méthode de Whitemore et Knafl (2005). Le repérage d'articles scientifiques a été effectué via les bases de données *Cumulative Index to Nursing Information and Allied Health Literature* (CINAHL), PsycINFO, Medline, Web of Science, Cochrane et Joanna Briggs Institute (JBI). **Résultats.** Des 1910 articles répertoriés, 23 écrits ont été intégrés. La revue intégrative met en lumière de nombreux bénéfices et risques perçus par les infirmiers et les médecins face à l'inclusion de la famille lors des manœuvres de réanimation. L'un des bénéfices perçus est que la famille représente un soutien affectif au patient. La présence familiale permet aussi de renforcer les liens famille/soignant. Les facteurs jouant sur le niveau de confiance de l'équipe interprofessionnelle face à l'inclusion de la famille a également été recensé. Toutefois, le manque d'études sur la perception de l'ensemble des membres de l'équipe interprofessionnelle quant à l'inclusion des familles lors de la réanimation d'un proche a été constaté. **Conclusion.** Les résultats de cette revue intégrative des écrits permettent un début de réflexion sur l'élaboration d'un modèle d'organisation des soins visant l'amélioration des pratiques en promouvant l'inclusion des familles.

Mots-clés. infirmière, équipe interprofessionnelle, réanimation, département d'urgence, famille, revue intégrative.

Abstract

Background. Cardiopulmonary resuscitation is emotionally charged for the members of the interprofessional team, but also for the patient's family. The family wants to be present with their loved one at this critical time. However, this inclusion of the family is not widespread in the hospital environment today. Different perceptions and barriers emanate from this practice.

Aim. Identify the perceptions of interprofessional team members regarding the presence of the family during emergency department resuscitation maneuvers in order to promote this practice.

Methodology. An integrative review of the literature according to the method of Whitemore and Knafl (2005) was conducted. Scientific articles were retrieved from the Cumulative Index to Nursing Information and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO, Medline, Web of Science, Cochrane and Joanna Briggs Institute (JBI) databases.

Results. Of the 1,910 potential articles identified, 23 writings were included. The integrative review highlights many benefits and risks perceived by nurses and physicians regarding the inclusion of the family during resuscitation maneuvers. One of the perceived benefits is that the family provides emotional support to the patient. Family presence also strengthens the family/caregiver bond. Factors affecting the interprofessional team's level of confidence in the inclusion of the family were also identified. However, the lack of studies on the perception of all members of the interprofessional team regarding the inclusion of families when resuscitating a loved one was noted.

Conclusion. The results of this integrative review of the literature provide a starting point for reflection on the development of a model of care organization aimed at improving practices by promoting the inclusion of families.

Keywords. nurses, health professionals, resuscitation, emergency, family, integrative review.

Table des matières

RÉSUMÉ	I
ABSTRACT	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES ABREVIATIONS	VII
REMERCIEMENTS	VIII
AVANT-PROPOS	X
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 - PROBLÉMATIQUE	3
CHAPITRE 2 - MÉTHODE	8
STRATÉGIE DE RECHERCHE	8
<i>Étape 1 : Identification du problème.</i>	8
<i>Étape 2 : Recherche documentaire.</i>	9
<i>Étape 3 : Évaluation et sélection des articles.</i>	9
<i>Étape 4 : Analyse des écrits.</i>	11
<i>Étape 5 : Synthèse des écrits.</i>	12
CHAPITRE 3 - ARTICLE	13
CHAPITRE 4 - DISCUSSION	35
FORCES ET LIMITES DE LA REVUE INTÉGRATIVE	35
RÉFLEXION SUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	37
FORCES, LIMITES ET CONTRIBUTION DE CE TRAVAIL DIRIGÉ AUX SCIENCES INFIRMIÈRES	40
CONCLUSION	44
REFERENCES	45
ANNEXES	I

ANNEXE A : PLAN DE CONCEPTS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	I
ANNEXE B : GRILLE D'ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES RECENSÉS	III
ANNEXE C : SYNTHÈSE DE L'ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES RECENSÉS	IV
ANNEXE D : NORMES DE PRESENTATION DU JOURNAL CANADIEN DES INFIRMIERES D'URGENCE.....	LXIV
ANNEXE E : CADRE DE REFERENCE ORIGINAL DE DUBOIS, D'AMOUR, TCHOUAKET, RIVARD, CLARKE ET BLAIS (2012) [TRADUCTION LIBRE]	LXVIII
ANNEXE F : MODELE D'ORGANISATION POUR L'INCLUSION DES FAMILLES LORS DES MANŒUVRES DE REANIMATION (OPIF) ADAPTE A PARTIR DE DUBOIS ET AL. (2012).....	LXIX

Liste des figures

FIGURE 1. PROCESSUS DE SÉLECTION DES ÉCRITS	10
---------------------------------------------------	----

Liste des abréviations

AHA : *American Heart Association*

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

CINAHL : *Cumulative Index to Nursing Information and Allied Health Literature*

ENA : *Emergency Nurses Association*

JBI : *Joanna Briggs Institute*

NENA : *National Emergency Nurses Association*

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PRISMA : *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*

Remerciements

Mes parents, Valérie et Alain

Un simple merci ne serait pas suffisant. Vous qui êtes là depuis toujours. Vous qui êtes mon premier soutien. Vous avez toujours suivi mes choix. Je me souviens du jour où je vous ai annoncé que je partais m'expatrier au Canada : un mélange de fierté et de peur se lisait dans vos yeux. Voir son enfant s'installer à plus de 6000 km de la maison n'est pas chose facile. Malgré tout, vous avez su m'encourager dans toutes les décisions que j'ai dû prendre. Si j'en suis là aujourd'hui c'est principalement grâce à vous. Pour vous remercier de tout ce que vous m'avez apporté depuis 25 ans je vous fais la promesse de continuer à vous rendre fier. Merci infiniment.

Loin des yeux, mais près du cœur.

Mes amis les plus chers,

Florence, Kévin. Vous savez tout l'amour que je vous porte. La distance n'a fait que renforcer notre amitié. Merci pour votre soutien indestructible. Merci pour toutes ces années à vos côtés et pour toutes celles à venir. **Laurence, Philippe.** Merci de m'accompagner de près dans mes débuts canadiens. Merci pour votre support si précieux. Merci pour tous ces moments passés ensemble. Merci tout simplement d'être présent. **Saskia.** Une collocation puis une amitié si importante à mes yeux. Merci pour ces longues heures d'études à tes côtés. Merci pour toutes ces confidences. Merci de me faire rire autant. Merci à la vie de m'avoir mis sur ton chemin. Ce n'est que le début d'une longue amitié. **Justine.** Merci d'avoir pris ce premier avion avec moi. Merci d'être à mes côtés depuis le début de ces études tant éprouvantes qu'enrichissantes.

Laurence Bernard, inf., Ph. D., professeure agrégée

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

J'ai rencontré Madame Bernard quelques mois avant mon arrivée au Québec. Elle était chargée de m'accueillir et de m'accompagner lors de mes premiers pas universitaires dans un pays que je ne connaissais pas. Je vous remercie pour votre soutien et votre expertise sans faille qui m'ont été indispensables durant ces deux années. Je suis ébahi par votre humanisme que j'ai découvert au fil des mois. Vous êtes une professeure exceptionnelle. Je n'en serai pas là aujourd'hui sans vous. Je vous remercie également de m'avoir transmis la pique de l'enseignement et d'avoir cru en moi dès le premier jour. *Merci infiniment pour tout Laurence.*

Steve Gagné, inf., MScN, CNCC (C)

Conseiller en soins spécialisés – Développement de la pratique et des compétences

Chercheur-professionnel de la santé au CRCHUM

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Steve est la personne qui sans elle ce projet n'aurait pas eu lieu. Je te remercie pour ton expertise enrichissante liée aux soins d'urgence. Tu as su m'accompagner dans mes premiers pas au sein d'un système de santé qui m'était inconnu. Ton parcours universitaire et professionnel est impressionnant et est pour moi un modèle de carrière. Merci de m'avoir ouvert les portes de ce milieu que j'envie depuis la première fois où je me suis vêtu de cette blouse blanche. *J'espère pouvoir travailler avec toi dans un futur proche.*

Avant-propos

Au milieu de la réalisation de ma recherche pour mon mémoire de maîtrise, l'urgence sanitaire en lien avec la pandémie COVID-19 a été déclarée au Québec. Toute recherche scientifique qui n'était pas en lien avec la pandémie a été suspendue. Dans ce contexte, le projet initial de recherche a été modifié pour se transformer en travail dirigé afin de mener une revue intégrative des écrits et de proposer l'adaptation d'un modèle théorique. La recherche empirique qui a été suspendue pourrait néanmoins se poursuivre ultérieurement dans le cadre de ma future pratique clinique.

Introduction

La réanimation cardiorespiratoire à l'urgence constitue une expérience stressante autant pour le personnel que pour les membres de la famille. À l'urgence, les soins sont spécialisés, les gestes doivent être précis, coordonnés, rapides afin de tenter de sauver la vie d'une personne inanimée. On entend par arrêt cardiaque l'interruption de l'activité mécanique du cœur caractérisée par l'absence de pouls (Morrison et al., 2010; Vincent, 2006).

Durant ces secondes cruciales, la famille vit une situation forte en émotion et, bien souvent, elle exprime leur souhait de rester auprès de leur proche dont la vie peut basculer à tout jamais vers la mort, ou pas.

Sur le plan professionnel, j'ai vécu ce type de situation à de nombreuses reprises et j'ai acquis la conviction que la présence de la famille lors de manœuvre de réanimation à l'urgence est essentielle. Mais comment favoriser une telle pratique et quelle est la perception qu'ont les professionnels de la santé face à la présence des familles ?

Ma motivation première était de mener un projet significatif qui pourrait contribuer à l'amélioration des pratiques cliniques. Comme nouvel arrivant au Québec, le fait de me situer dans cette démarche m'a permis de découvrir le système de santé et de m'initier aux pratiques cliniques québécoises à l'urgence.

Ma motivation secondaire se trouve dans mes expériences personnelles. En effet, effectuer ce travail dirigé constitue également un intérêt personnel. Ayant été sapeur-pompier en France pendant plusieurs années et après avoir effectué un nombre important d'interventions de secours à la personne, j'ai dû à de nombreuses reprises faire face à la présence familiale lors de réanimation cardiorespiratoire. Cette présence a eu un impact sur ma propre pratique, m'a parfois bouleversé et m'a fait me poser de nombreuses questions. Par exemple, à l'école des

pompiers on ne nous apprend pas à réanimer un enfant devant ses parents ou une femme devant son mari. De plus, à travers mes stages infirmiers en soins critiques j'ai pu m'apercevoir des difficultés qu'engendre la place de la famille en contexte de réanimation dans le milieu hospitalier également. Quand je questionne mes collègues infirmiers québécois sur l'inclusion de la famille lors des manœuvres de réanimation, ils me confirment également ces difficultés dans leurs pratiques.

Ce travail dirigé porte sur les perceptions des membres de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille en contexte de réanimation. Dresser un portrait de ces perceptions permettra un début de réflexion sur un changement de pratique dans un but de promouvoir l'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation.

Chapitre 1 - Problématique

La pratique de réanimation cardiorespiratoire implique une charge émotionnelle pour la personne, sa famille et l'équipe interprofessionnelle. Il s'agit d'une expérience de santé complexe où l'expertise clinique de chacun des membres de l'équipe interprofessionnelle est mise de l'avant et où chaque minute compte.

La réanimation cardiorespiratoire comprend principalement des manœuvres telles que le massage cardiaque, la défibrillation externe, l'intubation, la ventilation assistée, et l'administration de médicaments par voie intraveineuse. Elle surgit lorsque la personne se trouve dans un état critique de santé (Vincent, 2006).

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que de nombreuses études révèlent le souhait de la famille à vouloir être présente auprès de leurs proches lors d'une situation critique de soins (Meyers et al., 2000; Mian, Warchal, Whitney, Fitzmaurice et Tancredi, 2007).

La famille, parfois surnommée proches du patient, est constituée de toute personne significative pour le patient. Elle est présentée comme indissociable de la personne soignée, et certaines auteures recourent au mot *Personne* pour décrire la personne, sa famille, la communauté et la population soignée (Cara et al., 2016; Pepin, Ducharme et Kérouac, 2017). Pepin, Ducharme et Kérouac (2017) soulignent que la transformation qu'a subie le système hospitalier a donné à la famille une responsabilité quant à la santé de leur proche. Ces auteurs évoquent les « proches aidants » qui sont aptes à participer à des soins complexes auprès d'un membre de leur famille. On peut entendre par soins complexes la réanimation cardiorespiratoire.

Certains auteurs (Maxwell, Stuenkel et Saylor, 2007) font état de diverses raisons qui motivent la famille à être présente lorsque les manœuvres de réanimation sont en cours. Selon

eux, cette dernière désire assister à un épisode critique de soins pour veiller sur leur proche et le protéger lorsqu'il est physiquement ou psychologiquement dans l'incapacité de le faire.

Eichhorn et al. (2001) ont mené l'une des premières études qualitatives démontrant les nombreux avantages de la présence familiale. Ces auteurs rapportent que la présence de leur proche reconfortait les patients, leur apportait de l'aide et permettait aux soignants d'humaniser la situation.

La pratique d'accepter la présence familiale lors des manœuvres de réanimation prend son existence dans les années 80 aux États-Unis (Emergency Nurses Association [ENA], 2012). Cette pratique suit la vision de nombreux établissements de santé américains qui travaillent autour d'une vision *family centered-care* (ENA, 2012). Le premier centre hospitalier qui a mis en place des lignes directrices afin d'encadrer cette pratique est l'Hôpital Foote aux États-Unis (Doyle et al., 1987). Ce dernier a ensuite recommandé d'étendre ses lignes directrices locales à tout le pays. Devant le désir des établissements de santé à prôner ce concept de soin, l'ENA met en œuvre en 2007, la troisième édition du programme américain dans l'objectif de développer et soutenir cette pratique aux urgences (ENA, 2012). Ce programme a permis de standardiser l'approche d'inclusion des familles et de mettre en place des contenus pédagogiques destinés aux équipes de soins. Aujourd'hui, de nombreuses associations appuient et soutiennent la présence de la famille auprès du patient lors d'une situation de soins critiques à l'urgence. En effet, une autre association, l'*American Heart Association* (AHA) souhaite offrir à la famille la possibilité d'être présente lors des manœuvres de réanimation (Morrison et al., 2010).

Néanmoins malgré l'ensemble de ces recommandations, de nombreuses études révèlent qu'il ne s'agit toujours pas d'une pratique courante et cette dernière soulève de nombreux questionnements chez les professionnels de la santé (Fisher et al., 2008; MacLean et al., 2003;

Mason, 2003). L'ensemble de ces études appuient l'idée que l'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation cardiopulmonaire constitue encore un défi pour des raisons légales, émotionnelles, de sécurité ou simplement d'environnement de travail.

La majorité des auteurs entendent par membres de l'équipe interprofessionnelle, les infirmiers et médecins uniquement. En effet, la littérature actuelle semble relater uniquement les opinions des infirmiers et médecins face à l'inclusion de la famille. Or, les infirmiers et les médecins ne sont pas seuls à œuvrer en salle de réanimation : ils travaillent en étroite collaboration avec une équipe interprofessionnelle constituée d'infirmiers, de médecins, d'inhalothérapeutes et de préposés aux bénéficiaires (Vincent, 2006). Actuellement, il semble y avoir peu d'information sur les perceptions de l'ensemble des membres de l'équipe interprofessionnelle. De ce fait, la perception des membres de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation à l'urgence est encore peu documentée.

Abordons à présent le contexte canadien. Devant l'absence de lignes directrices soutenant cette pratique, le *National Emergency Nurses Association* (NENA) publie une prise de position et recommande l'attribution d'une ressource pour soutenir les professionnels de la santé dans l'intégration de la famille lors de la réanimation d'un proche (National Emergency Nurses Association, 2014). De plus, d'autres associations s'intéressent également à cette pratique comme la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (2014) qui lors d'un congrès, a relancé les discussions sur les avantages de la présence de la famille pendant la réanimation. Cet aspect du soin qui vise l'intégration de la famille est une composante des normes de visite d'Agrément Canada. Ce dernier mentionne, à la norme 9.12, que dès que la

possibilité s'offre à eux, l'équipe doit permettre aux membres de la famille d'être présents quand elle effectue des interventions d'urgence (Agrément Canada, 2014).

Néanmoins, au Québec, une volonté d'inclusion des familles est perceptible dans certains milieux cliniques. Un centre hospitalier universitaire québécois en est un bel exemple. Ce dernier, en s'appuyant sur les normes recommandées par Agrément Canada (2014) sur la prestation de soins centrés sur la personne et la famille, a instauré une politique sur la présence de la famille/partenaire de soins (CHUM, 2017). Le but de cette politique est de doter les milieux cliniques de lignes directrices afin d'assurer la cohérence des pratiques liées à la présence de la famille auprès des patients afin de favoriser des soins personnalisés, de faciliter un partenariat de soins avec le patient et sa famille et de contribuer à son rétablissement dans le cadre d'une philosophie humaniste des soins. Les principaux principes directeurs de cette politique sont que l'hôpital définit la famille comme un partenaire dans les soins, que l'établissement de santé soutient que le patient peut être accompagné par sa famille selon sa convenance, et ce tout au long de son continuum de soins et que les milieux cliniques encouragent la famille à participer aux soins. Afin d'appuyer cette politique, ce centre hospitalier a émis en parallèle une procédure liée à la présence de la famille dont le but est de préciser comment les lignes directrices précédemment énoncées encadrant la présence de la famille s'appliquent au quotidien. Il est possible de croire qu'au sein de ce centre hospitalier, ces différentes politiques soutiennent la présence de la famille lors d'une réanimation d'un proche à l'urgence.

Néanmoins, la réalité clinique est toute autre. Cette constatation peut-être faite au travers d'un protocole s'intitulant « Réanimation cardiorespiratoire standardisée, département de médecine d'urgence » datant de janvier 2019. Une lecture attentive de ce document publié à usage interne révèle que le mot « famille » n'est aucunement mentionné. La pratique d'inclusion

des familles n'est donc pas formalisée dans ce protocole de réanimation. Il est donc envisageable de croire qu'une proposition d'un modèle d'organisation des soins spécifique à l'urgence permettrait de promouvoir l'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation.

Ainsi, le but de ce travail est de procéder à une revue intégrative des écrits portant sur les perceptions des membres de l'équipe interprofessionnelle. Cette revue intégrative a fait l'objet d'une soumission d'article dans le Journal canadien des infirmières d'urgence de la NENA qui possède un comité de révision par les pairs. Cette revue intégrative des écrits a servi de point de départ pour mener une réflexion sur un modèle d'organisation promouvant l'inclusion de la famille en contexte de réanimation.

Chapitre 2 - Méthode

Stratégie de recherche

Une revue intégrative des écrits a été réalisée selon la méthode de Whitemore et Knafl (2005) et des lignes directrices PRISMA pour l'écriture (Tricco et al., 2018). Ce type de recension des écrits est largement utilisé dans la littérature démontrant ainsi sa pertinence, notamment en sciences infirmières. La structure de ce chapitre s'est également inspirée de l'exemple de Larochelle et Beudet (2017). La répartition des différentes sections de la revue intégrative prend son inspiration de cet exemple. La méthode de revue intégrative des écrits de Whitemore et Knafl (2005) comprend cinq étapes : l'identification du problème, la recherche documentaire, l'évaluation des articles, l'analyse des écrits et la présentation d'une synthèse des écrits.

Étape 1 : Identification du problème.

Premièrement, l'identification du problème. Lors de la rédaction de la problématique, une première recension libre des écrits a eu lieu. Cette dernière, comme mentionnée précédemment, a permis de soulever l'importance de la mesure du sentiment de confiance des professionnels face à la présence des familles, ainsi que la perception des risques et bénéfices face à cette pratique. Selon Whitemore et Knafl (2005), l'identification du problème permet de bien déterminer le problème à l'étude, les concepts et la population visée. Le problème identifié est la difficulté de promouvoir l'inclusion des familles lors des réanimations à l'urgence. Le but de cette revue intégrative était de recenser des écrits traitants de la perception des membres de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille en contexte de réanimation. L'identification d'un but clair permet une meilleure extraction des données pertinentes liées au

travail de recherche (Whittemore et Knafl, 2005). Enfin, la consultation d'un comité d'experts cliniques et académiques a permis de renforcer la rigueur scientifique du problème identifié.

Étape 2 : Recherche documentaire.

Deuxièmement, une recherche documentaire a été réalisée avec le soutien d'une bibliothécaire de l'Université de Montréal. La stratégie de recherche a consisté à utiliser les trois concepts suivants : équipe interprofessionnelle, famille et réanimation (Annexe A). L'adaptation du vocabulaire a été nécessaire afin de permettre d'utiliser plusieurs bases de données pour permettre une revue intégrative la plus complète possible. Whittemore et Knafl (2005) recommandent l'utilisation d'au moins trois moteurs de recherche. Un repérage d'articles scientifiques a donc été effectué via les bases de données *Cumulative Index to Nursing Information and Allied Health Literature* (CINAHL), PsycINFO, Medline, Web of Science, Cochrane et Joanna Briggs Institute (JBI). À l'aide de l'ensemble de ces bases de données, 1910 articles scientifiques ont ainsi pu être circonscrits.

Étape 3 : Évaluation et sélection des articles.

Troisièmement, une évaluation des articles recensés a été réalisée. Les processus de sélection des articles a tenu compte des critères suivants :

- critères d'inclusion : langues anglaises ou françaises, études qualitatives/quantitatives/mixte, revues de la littérature, publiées après 2005 afin de cibler des écrits récents, articles traitants de la présence familiale en réanimation, documents traitants des perceptions de l'équipe interprofessionnelle.

- critères d'exclusion : documents traitants de la clientèle pédiatrique, articles provenant d'un pays dont la pratique clinique ne s'apparente pas à la réalité nord-américaine traitant l'approche familiale différemment.

Des 1910 articles potentiels répertoriés, 1 720 articles ont été exclus soit parce qu'ils étaient publiés en langue autre que l'anglais ou le français, soit parce qu'ils avaient été publiés avant 2005 afin de retenir seulement des écrits récents, soit parce qu'il s'agissait de documents traitants de la clientèle pédiatrique ou soit parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Enfin, des 190 articles retenus initialement, 167 ont été exclus ne correspondant pas au but de la revue intégrative qui était de recenser des écrits traitants de la perception des professionnels face à la présence de la famille en contexte de réanimation. Finalement, 23 écrits ont été intégrés (figure1).

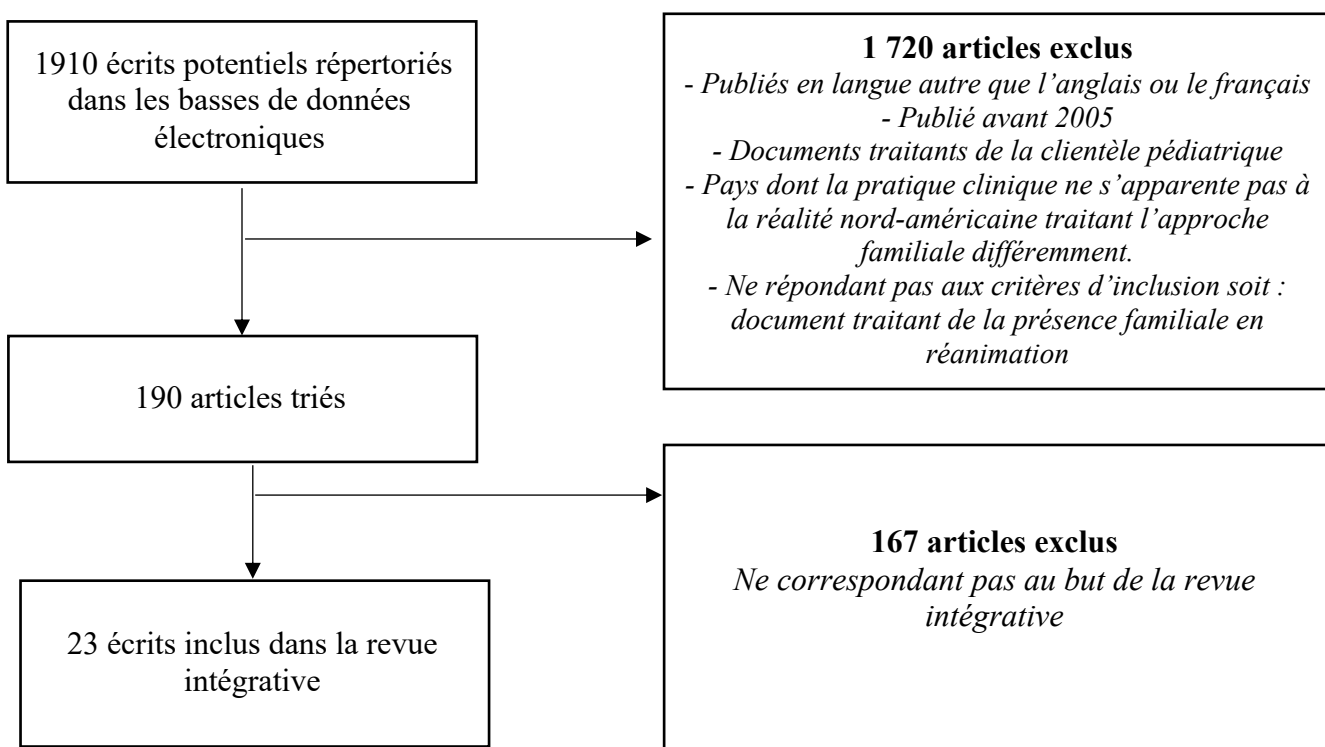


Figure 1. Processus de sélection des écrits

Des 23 études retenues, on retrouve une revue intégrative des écrits (n=1), des revues de littérature (n=3), des études à devis quantitatif (n=14), à devis qualitatif (n=4), à devis mixte (n=1). La majorité des études (n=20) ont été publiées à partir de 2008. Les travaux de Twibell et al. (2008) sur l'élaboration d'un outil permettant la mesure des perceptions des infirmiers face à la présence familiale lors d'une réanimation ont ouvert une voie quant à la recherche infirmière sur l'inclusion de la famille lors des manœuvres de réanimation. La plupart des études proviennent d'Amérique du Nord soit aux États-Unis. Pour les articles autres que les revues de la littérature, le nombre de participants dans les études variait entre 10 et 570. La majorité des études présentaient un échantillon supérieur à 120 participants. Les participants étaient soit uniquement des infirmiers (n=12), soit des infirmiers et des médecins (n=5) et une étude comportait uniquement des médecins.

Étape 4 : Analyse des écrits

Cette étape correspond à l'analyse des données issues des écrits (Whittemore et Knafl, 2005). Ainsi, une réflexion critique des écrits recensés a été menée à l'aide d'une grille d'analyse critériée comprenant le titre, le pays, le but de l'étude, la pertinence au projet, le type d'étude, la rigueur méthodologique (voir Annexe B). La rigueur méthodologique a été évaluée à l'aide de la grille d'analyse pertinence, rigueur, transfert de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Une synthèse de l'analyse critique des articles recensés a ensuite eu lieu (voir annexe C). Pour l'analyse critique des revues de la littérature, uniquement les données émanant d'études nouvelles ont été prises en considération. L'analyse des écrits recensés a permis une synthèse organisée autour des thèmes suivants qui seront détaillés dans la section résultats : les bénéfices perçus par les infirmiers et médecins face à la présence de la famille ;

les risques perçus par ces professionnels de la santé face à la présence de la famille et leur niveau de confiance en soi face à la présence de la famille. La présence de la famille en réanimation équivaut à la présence de la famille au sein de l'aire de soins du patient. Cette présence est synonyme de contact visuel ou physique avec le patient pendant la réanimation (Twibell et al., 2018). Le risque perçu par une personne est la susceptibilité ressentie par une personne à une menace. (Twibell et al., 2018). Le bénéfice perçu est l'évaluation d'un individu quant à l'adoption d'un comportement. (Twibell et al., 2018). Enfin, la confiance en soi renvoie à la capacité d'une personne à adopter ce comportement (Twibell et al., 2018).

Étape 5 : Synthèse des écrits.

Cinquièmement, la synthèse des écrits présente les thèmes qui ont émergé de l'analyse et guidés par les différents travaux fondateurs dirigés par Twibell et collègues (2008, 2018). Une figure de synthèse, présentée dans l'article, permet de dresser un portrait général des constats en lien avec cette revue intégrative des écrits.

Dans le cadre du travail dirigé, les résultats de la revue intégrative des écrits ont été rédigés sous la forme d'un article. L'article présenté dans le prochain chapitre a été soumis pour publication au *Journal canadien des infirmières d'urgence*. Les normes de présentation de cette revue se retrouvent à l'annexe D.

Chapitre 3 - Article

Ce chapitre présente les résultats de la revue intégrative des écrits rédigés sous forme d'article. Ce dernier a été soumis *Journal canadien des infirmières d'urgence*.

INTRODUCTION

Au département d'urgence, toutes manœuvres de réanimation cardiorespiratoire impliquent une charge émotionnelle pour la personne, sa famille et l'équipe interprofessionnelle. Toutefois, de nombreuses études révèlent le souhait de la famille à vouloir être présente auprès de leurs proches lors d'une pareille situation critique de soins (Meyers et al., 2000; Mian, Warchal, Whitney, Fitzmaurice et Tancredi, 2007). Plusieurs chercheurs rapportent de nombreux avantages de cette inclusion de la famille tels que cette dernière représente, une source de renseignement pour l'équipe interprofessionnelle (Jensen et Kosowan, 2011; Knott et Kee, 2005). D'autres auteurs soulignent que la présence familiale permettrait d'humaniser cette situation de soins critiques (Chapman, Bushby, Watkins et Combs, 2014; McClement, Fallis et Pereira, 2009; Porter, Cooper et Sellick, 2014). C'est pourquoi, l'*Emergency Nurses Association* (ENA) a émis en 2007, des recommandations dans l'objectif de développer et soutenir cette pratique d'inclusion aux urgences (Emergency Nurses Association, 2012). Néanmoins malgré ces recommandations, de nombreuses études révèlent qu'il ne s'agit toujours pas d'une pratique courante. Les opinions des professionnels de la santé sont partagées et une majorité indique que l'inclusion des familles va à l'encontre de la pratique habituelle d'exclusion des familles (Fisher et al., 2008; MacLean et al., 2003; Mason, 2003). Face à cette réticence des professionnels de

la santé, il devient important de s'intéresser aux perceptions de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation.

MÉTHODE

Cette revue intégrative des écrits a été réalisée selon la méthode de Whitemore et Knafl (2005) comprenant cinq étapes : l'identification du problème, la recherche documentaire, l'évaluation des articles, l'analyse des écrits, la présentation d'une synthèse des écrits.

La stratégie de recherche a mobilisé trois principaux concepts : *interprofessional team*, *family* et *resuscitation*. Un repérage d'articles scientifiques a été effectué via les bases de données *Cumulative Index to Nursing Information and Allied Health Literature (CINAHL)*, *PsycINFO*, *Medline*, *Web of Science*, *Cochrane* et *Joanna Briggs Institute (JBI)*. À l'aide de l'ensemble de ces bases de données, 1910 articles scientifiques ont ainsi pu être circonscrits. Une première évaluation des articles recensés a ensuite été réalisée (voir figure 1). Pour être inclus, les écrits devaient : être publiés en langues anglaises ou françaises ; études qualitatives/quantitatives/mixte/revue de la littérature ; publiés après 2005 afin de cibler des écrits récents ; traiter de la présence familiale en réanimation ou aborder les perceptions des professionnels de la santé. Les écrits reflétant la réalité des urgences pédiatriques et les études provenant d'un pays dont la pratique clinique ne s'apparente pas à la réalité nord-américaine ont été exclus.

RÉSULTATS

Des 1910 articles potentiels répertoriés, 1720 articles ont été exclus parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Des 190 articles retenus initialement, 167 ont été exclus

ne correspondant pas au but de la revue intégrative qui était de recenser des écrits traitants de la perception des professionnels face à la présence de la famille en contexte de réanimation à l'urgence. Finalement, 23 écrits scientifiques ont été analysés à l'aide d'une grille structurée. Des 23 études retenues, on retrouve une revue intégrative des écrits ($n=1$), des revues de littérature ($n=3$), des études à devis quantitatif ($n=14$), à devis qualitatif ($n=4$), à devis mixte ($n=1$). La majorité des études ($n=20$) ont été publiées à partir de 2008. Les travaux de Twibell et al. (2008) sur l'élaboration d'un outil validé par ses propriétés psychométriques permettant la mesure des perceptions des infirmiers face à la présence familiale lors d'une réanimation ont ouvert une voie quant à la recherche infirmière sur l'inclusion de la famille lors des manœuvres de réanimation.

La plupart des études proviennent d'Amérique du Nord soit aux États-Unis ($n=10$) et au Canada ($n=2$). Les autres ont été réalisées en Europe ($n=5$), en Australie ($n=5$) et une en Amérique latine. Le nombre de participants dans les études variait entre 10 et 570. La majorité des études présentaient un échantillon supérieur à 120 participants. Les participants étaient soit uniquement des infirmiers ($n=12$), soit des infirmiers et des médecins ($n=5$) et une étude comportait uniquement des médecins et ce, malgré l'inclusion de la notion d'équipe interprofessionnelle dans les critères de sélection des articles et des mots-clés. Pour l'analyse critique des revues de la littérature, uniquement les données émanant d'études nouvelles ont été prises en considération.

Les résultats de la présente revue intégrative mettent en lumière les bénéfices perçus par les infirmiers et médecins principalement face à la présence de la famille ; les risques perçus par ces derniers face à la présence de la famille et leur niveau de confiance en soi face à la présence de celle-ci. Ces thèmes ont émergé de l'analyse et sont renforcés par les différents travaux

dirigés par Twibell et al. (2018). En effet, ces derniers proposent une définition quant à ces concepts. La présence de la famille en réanimation équivaut à la présence de la famille au sein de l'aire de soins du patient. Cette présence est synonyme de contact visuel ou physique avec le patient lorsque les manœuvres de réanimation sont en cours (Twibell et al., 2018). Le risque perçu par une personne est la susceptibilité ressentie par une personne à une menace au regard de la présence familiale en contexte de réanimation (Twibell et al., 2018). Le bénéfice perçu est l'évaluation d'un individu quant à l'adoption d'un comportement tel qu'assurer les manœuvres de réanimation en présence familiale (Twibell et al., 2018). Enfin, la confiance en soi renvoie à la capacité d'une personne à adopter ce comportement (Twibell et al., 2018).

Les bénéfices perçus par les infirmiers et médecins face à la présence de la famille.

Nous constatons, dans la littérature scientifique, de nombreux bénéfices perçus par les infirmiers et les médecins. Ces bénéfices concernent principalement deux sphères : patient/famille et infirmiers/médecins.

Bénéfices reliés au patient/famille. Les bénéfices perçus par l'équipe pour les patients/familles sont nombreux : ils se déclinent pour le patient d'une part et pour la famille qui sont indissociables, mais que nous détaillerons de manière distincte dans cette section par souci de clarté. Les bénéfices touchent au réconfort, au soutien affectif, à la prise de conscience de l'ampleur des soins, au processus de deuil, à l'interruption de la réanimation, à l'accompagnement et à la diminution d'apparition de stress post-traumatique. Dans un premier temps, les bénéfices reliés au patient sont moins présents dans la littérature. Waldemar et Thylen (2019) constatent que les infirmiers estiment que la présence familiale serait bénéfique pour le patient. Certains auteurs appuient que la présence familiale apporte un réconfort, un soutien

affectif chez le patient (Fell, 2009; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett, Alexander et Tsuchiya, 2010; McClement et al., 2009). Dans un second temps, les bénéfices reliés à la famille sont bien documentés. Selon plusieurs auteurs, les infirmiers pensent que la présence familiale lors d'une réanimation permettrait à la famille de réaliser une prise de conscience de l'ampleur des soins fournis pour leur proche ainsi que les efforts déployés par l'équipe soignante (Chapman et al., 2014; Fell, 2009; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010; Knott et Kee, 2005; McClement et al., 2009; Porter et al., 2014; Tudor, Berger, Polivka, Chlebowy et Thomas, 2014). Cette prise de conscience permettrait à la famille d'être rassurée (Tudor et al., 2014) et de donner un sens à la situation (Porter et al., 2014). De nombreux auteurs rapportent que la présence familiale permettrait à la famille de savoir que tout a été entrepris pour leur proche (Fulbrook, Albarran et Latour, 2005; Gomes, Dowd et Sethares, 2019; Jensen et Kosowan, 2011; Köberich, Kaltwasser, Rothaug et Albarran, 2010). De ce fait, l'anxiété de la famille pourrait diminuer et une compréhension de la gravité de la situation pourrait se manifester (Jensen et Kosowan, 2011). Waldemar et Thylen (2019) poursuivent en rapportant que cette présence empêcherait la famille d'avoir une image déformée ou erronée de la situation. Certains auteurs montrent qu'en étant présente auprès de leur proche, la famille serait davantage susceptible d'accepter l'arrêt des manœuvres de réanimation (Howlett et al., 2010; McClement et al., 2009). Fulbrook et al. (2005) rapportent également que 52,8% des infirmiers ($n=124$) ressentent ce même bénéfice. Köberich et al. (2010) arrivent à un résultat similaire. Tout comme Gomes et al. (2019) qui montre que 82% des infirmiers ($n=40$) estiment que les membres de la famille accepteraient plus facilement la fin du traitement en étant présente. Plusieurs auteurs rapportent la possibilité donnée à la famille d'être présente dans les derniers instants de vie de leur proche leur permettant ainsi de leur dire au revoir (Axelsson et al., 2010; Holzhauser et

Finucane, 2007; Howlett et al., 2010; McClement et al., 2009). Fulbrook et al. (2005) soulèvent que 57,3% des infirmiers ($n=124$) partagent ce même ressenti. Il en est de même pour 72 infirmiers ($n=394$) de l'étude de Köberich et al. (2010).

Selon de nombreux auteurs, la présence familiale aiderait la famille à entamer le processus de deuil (Axelsson et al., 2010; Chapman et al., 2014; García-Martínez et Meseguer-Liza, 2018; Howlett et al., 2010; Knott et Kee, 2005). Fulbrook et al. (2005) soulèvent que 50,8% des infirmiers ($n=124$) ont cette même perception. Dans une étude récente, Waldemar et Thylen (2019) présentent un résultat similaire où 47,7% des infirmiers ($n=124$) estiment que la présence familiale pendant la réanimation faciliterait le processus de deuil.

Suite à une étude, Jabre et al. (2013) rapportent que la fréquence d'apparition d'un stress post-traumatique était significativement plus élevée chez les familles n'ayant pas été présentes lors de la réanimation de leur proche comparativement aux familles ayant assisté à la réanimation. Certains symptômes du stress post-traumatique tels que l'anxiété et la dépression étaient davantage présents chez les membres de la famille qui n'ont pas été témoins de la réanimation (Jabre et al., 2013).

Force est de constater que pour la plupart des études, près d'un infirmier sur deux ne perçoivent pas les bénéfices pour la famille liée à leur présence durant la réanimation de leur proche. Malgré tout, nous constatons également divers bénéfices perçus par les infirmiers et médecins reliés à la famille quant à leur présence en salle de réanimation. Il est alors possible d'envisager que cette présence peut avoir un réel impact positif sur la famille.

Bénéfices reliés aux infirmiers et médecins. Nous l'avons vu, les bénéfices reliés au patient/famille face à la présence familiale durant la réanimation sont nombreux. Abordons maintenant les bénéfices reliés aux infirmiers et/ou médecins. Ces bénéfices sont les suivants :

liens famille/soignant renforcés, connaissance rapide des antécédents du patient, situation de réanimation humanisée. De nombreux auteurs soulèvent que la présence familiale contribuerait à renforcer les liens entre la famille et l'équipe de soins (Asencio-Gutiérrez et Reguera-Burgos, 2017; Miller et Stiles, 2009; Porter et al., 2014; Powers et Reeve, 2018). Fulbrook et al. (2005) rapportent que 42,3% des infirmiers ($n=124$) de l'étude ont cette même perception. Miller et Stiles (2009) soulèvent que les infirmiers déclarent se sentir appréciés par la famille si cette dernière a pu être présente lors de la réanimation. Ces mêmes auteurs soulignent également une reconnaissance de la famille pour les efforts entrepris par les professionnels renforçant ainsi le lien soignant-famille. Certains auteurs soulignent que la présence familiale représenterait une aide pour les soignants en étant source de renseignement du patient (Chapman et al., 2014; Fell, 2009; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010). Fulbrook et al. (2005) rapportent que 33,6% des infirmiers ($n=124$) estiment que grâce à la présence familiale le rendement de l'équipe serait affecté positivement. Axelsson et al. (2010) relatent cette même perception. Des auteurs soutiennent que la présence familiale permettrait d'humaniser le patient et non de le percevoir comme un simple corps à réanimer (Chapman et al., 2014; McClement et al., 2009; Porter et al., 2014). Nonobstant, de nombreux bénéfices perçus par ces professionnels de la santé, ces derniers perçoivent également des risques liés à la présence de la famille lors de la réanimation.

Les risques perçus par les infirmiers et médecins face à la présence de la famille

Les risques perçus par les infirmiers et les médecins face à la présence de la famille lors d'une réanimation sont bien documentés dans la littérature scientifique. L'expérience d'inclusion des familles peut être négative dès lors que le professionnel perçoit des risques à

l'inclure. Une figure de synthèse vous est présentée ci-dessous et sera détaillée dans les prochaines sections.

Risques reliés au patient/famille. Les risques perçus par les infirmiers et les médecins reliés au patient/famille sont divers et variés : fardeau émotionnel, interprétation des soins faussée, comportement néfaste, perturbation du processus de deuil, bris de confidentialité. De nombreux auteurs soulèvent un fardeau émotionnel pour la famille dû à leur présence pendant la réanimation de leur proche (García-Martínez et Meseguer-Liza, 2018; Holzhauser et Finucane, 2007, 2008; Howlett et al., 2010; Knott et Kee, 2005; Miller et Stiles, 2009). Fulbrook et al. (2005) présentent un taux de 20,2% d'infirmiers ($n=124$) craignant que les membres de la famille puissent souffrir d'effets émotionnels à long terme. Köberich et al. (2010) montrent que 24% des infirmiers ($n=394$) ont cette même perception. Récemment, Waldemar et Thylen (2019) rapportent que 13,2% des infirmiers et des médecins ($n=189$) ont estimé que la famille souffrira également d'effets émotionnels négatifs. Certains auteurs soulèvent un traumatisme psychologique envisageable sur la famille (Asencio-Gutiérrez et Reguera-Burgos, 2017; Fell, 2009; Howlett et al., 2010; McClement et al., 2009; Porter et al., 2014; Tudor et al., 2014). Jensen et Kosowan (2011) rapportent que 21,9% des infirmiers et médecins ($n=137$) pensent que l'expérience serait trop traumatisante et dérangement pour la famille. Des auteurs soulèvent que la présence familiale pourrait engendrer une mauvaise interprétation des proches de certains actes médicaux, pensants même que l'équipe soignante agit avec plus de mal que de bien (Knott et Kee, 2005; Tudor et al., 2014). Un pourcentage de 75% des infirmiers ($n=124$) de l'étude de Fulbrook et al. (2005) pensent qu'elles pourraient dire des choses qui contrarieraient involontairement les membres de la famille. D'autres auteurs rapportent un comportement possible de la famille caractérisé par des proches hors de contrôle, hystériques ou pris de panique

(Holzhauser et Finucane, 2007; Knott et Kee, 2005). Fell (2009) a relevé que les soignants estimaient qu'un membre de la famille pourrait s'évanouir pendant la réanimation de leur proche. Holzhauser et Finucane (2007) soulèvent un risque présenter une mauvaise adaptation du processus de deuil. Gomes et al. (2019) rapportent que 12% des infirmiers ($n=40$) interrogés estiment que la présence familiale prolongerait le deuil. Nombreux sont les auteurs qui rapportent que la confidentialité du patient et de son droit à la vie privée peuvent être violés par la présence familiale (Holzhauser et Finucane, 2007; Tomlinson, Golden, Mallory et Comer, 2010). Fulbrook et al. (2005) montrent que 62,9% des infirmiers ($n=124$) ont cette même perception. Selon Köberich et al. (2010), 116 infirmiers craignent également que des problèmes liés à des manquements de confidentialité ne surviennent. Fulbrook et al. (2005) ainsi que Waldemar et Thylen (2019) rapportent respectivement que 36,9% des infirmiers ($n=124$) de la première étude ont la conviction que la présence familiale n'est pas bénéfique pour le patient. Tandis que 31,4% des infirmiers ($n=124$) et 55,6% des médecins ($n=65$) de la deuxième étude ont également cette perception. Somme toute, les risques perçus par les infirmiers et les médecins reliés au patient/famille sont nombreux. Néanmoins, d'autres risques sont perçus par les soignants : des risques reliés aux infirmiers et médecins.

Risques reliés aux infirmiers et médecins. Tout comme les risques reliés au patient/famille, les risques reliés aux infirmiers et médecins sont aussi nombreux : interférence de la réanimation, poursuites judiciaires, arrêt de la réanimation difficile. De nombreux auteurs soulèvent que les émotions éprouvées par la famille peuvent interférer les manœuvres de réanimation. Certains auteurs évoquent de l'anxiété chez les professionnels (Asencio-Gutiérrez et Reguera-Burgos, 2017; Fell, 2009; Howlett et al., 2010; Knott et Kee, 2005; McClement et al., 2009; Porter et al., 2014; Waldemar et Thylen, 2019), d'autres du stress (Chapman et al.,

2014; Holzhauser et Finucane, 2007; Howlett et al., 2010; Köberich et al., 2010; Porter et al., 2014; Tomlinson et al., 2010; Waldemar et Thylen, 2019) tandis que certains rapportent de la peur (Holzhauser et Finucane, 2007; Howlett et al., 2010). Jensen et Kosowan (2011) soulèvent que 61,5% des médecins et infirmiers ($n=137$) pensent que la réanimation rendrait l'effort plus stressant pour les membres de l'équipe. McClement et al. (2009) mentionnent que les soignants évoquent une perte de confiance des compétences professionnelles devant la famille présente pendant les manœuvres de réanimation. Plusieurs auteurs soulèvent une peur des soignants que la présence familiale puisse engendrer une augmentation des poursuites judiciaires contre les membres de l'équipe de réanimation (Axelsson et al., 2010; Fell, 2009; Howlett et al., 2010; Köberich et al., 2010; McClement et al., 2009; Porter et al., 2014; Powers et Reeve, 2018; Tomlinson et al., 2010). Fulbrook et al. (2005) ont un taux de 26% d'infirmiers ($n=124$) estimant que des malentendus pourraient entraîner une augmentation des poursuites. Fell (2009) à montrer que les prestataires de soins pensent que les interventions des soignants peuvent être mal interprétées amenant les familles à croire que l'équipe de réanimation est incompétente. Plusieurs auteurs rapportent que les professionnels ont tendance à faire preuve de laxisme et à utiliser l'humour afin de diminuer la pression lors des manœuvres de réanimation (Axelsson et al., 2010; McClement et al., 2009; Miller et Stiles, 2009). D'après ces mêmes auteurs, ceci pourrait encourager les membres de la famille à engager des poursuites judiciaires si l'issue de la réanimation est fatale. Des auteurs soulèvent une difficulté possible à mettre fin à la réanimation due à la présence familiale (Axelsson et al., 2010; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010). Fulbrook et al. (2005) rapportent que 38,7% des infirmiers ($n=124$) étaient du même avis. Köberich et al. (2010) montrent que près de 23% ($n=394$) pensent que la présence familiale provoquerait des tentatives de réanimation inutiles. Nombreux auteurs soulèvent que

la famille pourrait interférer au processus de réanimation (Axelsson et al., 2010; Chapman et al., 2014; Howlett et al., 2010; Jensen et Kosowan, 2011; Porter et al., 2014; Tomlinson et al., 2010). Köberich et al. (2010) rapportent que 33,5% ($n=394$) ont aussi cette perception. Des auteurs montrent que cette interférence pourrait perturber les soins de réanimation (Jensen et Kosowan, 2011; McClement et al., 2009; Powers et Reeve, 2018) ou augmenter la charge de travail de l'équipe de réanimation (Chapman et al., 2014). Knott et Kee (2005) soulèvent que cette interférence pourrait procurer un sentiment d'inconfort chez les infirmiers. McClement et al. (2009) parlent d'un sentiment d'inadéquation. Des auteurs rapportent que l'observation de la famille pourrait entraîner une distraction possible des soignants (Fell, 2009; Powers et Reeve, 2018). D'autres auteurs parlent d'une concentration difficile de l'équipe (Axelsson et al., 2010). Fulbrook et al. (2005) rapportent que 47,6% ont cette même perception. Récemment, Waldemar et Thylen (2019) obtiennent un taux de 20,5% de la part des infirmiers ($n=124$) et 41,2% chez les médecins ($n=65$). Les soignants perçoivent également un autre type de risque ne touchant pas la personne : des risques liés à l'environnement de l'aire de réanimation.

Facteurs reliés à l'environnement de l'aire de réanimation. Globalement, peu d'auteurs soulignent les risques liés à l'environnement de l'aire de réanimation. Néanmoins, quelques auteurs rapportent un manque d'espace pour accueillir les familles sans entraver la dispensation des soins (Chapman et al., 2014; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010; Knott et Kee, 2005; McClement et al., 2009; Waldemar et Thylen, 2019). Köberich et al. (2010) soulèvent que 42 infirmiers ($n=394$) pensent que la superficie des chambres de réanimation n'est pas assez spacieuse pour permettre la présence familiale qui réduirait davantage l'espace de travail de la salle de réanimation. Malgré ces considérations environnementales, il est important de souligner que les auteurs, dans la plupart des études, rapportent des taux inférieurs à 50%

concernant les risques perçus par les infirmiers et les médecins. Ainsi, une majorité des soignants ne perçoivent pas de risques dus à la présence familiale lors de la réanimation, et ce, malgré un environnement plus restreint. Abordons à présent le troisième thème de la revue intégrative des écrits qui touche au niveau de confiance en soi. Twibell et al. (2008) définissent le concept de la confiance soit qui occupe une place importante dans l'intégration de la famille aux manœuvres de réanimation, par les infirmiers et les médecins, comme vu précédemment.

Le niveau de confiance en soi des infirmiers et médecins face à la présence de la famille.

Peu d'auteurs s'intéressent au niveau de confiance en soi des professionnels de la santé face à la présence de la famille lors de la réanimation d'un proche. Pourtant s'intéresser au niveau de confiance est une dimension importante dans la pratique d'inclusion des familles lors d'une réanimation à l'urgence. En effet, Twibell et al. (2008) parviennent à constater que le niveau de confiance des infirmiers face à la présence familiale a un lien direct avec l'inclusion de la famille : plus le taux de confiance sera élevé, plus les médecins et infirmiers seront en mesure d'inviter la famille. Twibell, Siela, Neal, Riwitis et Beane (2018) proposent une définition de la confiance en soi : capacité d'une personne à adopter un comportement. À partir de cette définition, il devient donc possible d'analyser plusieurs écrits autour de cette confiance en soi face à la présence familiale. Plusieurs barrières peuvent affecter le niveau de confiance en soi et donc limiter l'inclusion de la famille. Fulbrook et al. (2005) présentent plusieurs facteurs à l'origine de barrières chez les infirmiers les empêchant de procéder à l'invitation de la famille. Parmi ces facteurs : la nouveauté de cette pratique et l'absence d'autorité discrétionnaire (Fulbrook et al., 2005). Holzhauser et Finucane (2007) montrent que lorsque l'opinion du personnel quant à la présence familiale est favorable, le degré d'aisance de ces

derniers augmente. Il est alors envisagé qu'ils peuvent acquérir ainsi l'adoption de cette pratique inclusive dans leurs milieux. Selon Tomlinson et al. (2010) une plus grande sensibilisation à la population sur le processus de réanimation augmenterait une prise de décision favorable quant à la présence familiale chez les infirmiers. Le niveau de confiance en soi dépend de l'expérience du professionnel. Howlett et al. (2010) rapportent que 79% des quatorze médecins expérimentés d'un centre régional de traumatologie présentaient une attitude plus favorable à l'égard de la présence familiale que 19% ($n=22$) des résidents moins expérimentés. L'expérience pourrait donc potentiellement augmenter la capacité des soignants à adopter la présence familiale en salle de réanimation. Le niveau de confiance en soi dépend aussi de l'expérience de l'inclusion des familles lors d'une précédente réanimation. Porter et al. (2014) montrent également que si le personnel a déjà inclus la famille, il devient alors plus susceptible de le faire à nouveau. Ces mêmes auteurs soulèvent que l'enseignement pourrait conduire à davantage d'attitudes en faveur de la présence de la famille (Porter et al., 2014). Twibell et ses collaborateurs (2008) ont mené des études à partir d'un outil mesurant le niveau de confiance en soi chez les infirmiers et médecins au regard de la présence de la famille en contexte de réanimation. Ces auteurs rapportent que les infirmiers qui perçoivent plus d'avantages et moins d'inconvénients perçoivent une plus grande confiance en soi ; les infirmiers cliniciens (*nurse clinicians*) ont une confiance en soi moindre que les infirmiers auxiliaires (*auxiliary nurses*) ; les infirmiers exerçant à l'urgence ont davantage de confiance en soi (Twibell et al., 2008). Récemment, Twibell et al. (2018) montrent que les médecins ayant déjà invité des membres de la famille pendant la réanimation obtiennent une note significativement plus élevée sur l'échelle de la confiance en soi que ceux qui n'avaient jamais invité des membres de la famille. Tudor et al. (2014) ont utilisé dans leur étude les échelles de Twibell et al. (2008) et présentent davantage

de résultats : les infirmiers qui possèdent un certificat de spécialité ou qui avaient déjà procédé à une invitation de la famille ou qui désiraient qu'un membre de leur propre famille assiste à leur réanimation éventuelle présentent un niveau de confiance en soi plus élevé (Tudor et al., 2014).

Ainsi, cette revue intégrative présente un tableau de synthèse des bénéfices et risques perçus par les médecins et infirmiers ainsi que le niveau de confiance en soi de ces derniers face à l'inclusion de la famille lors des manœuvres de réanimation (voir tableau 1).

DISCUSSION

Cette revue intégrative dresse ainsi un portrait des perceptions de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation. Ce dernier souligne plusieurs points-clés. Premièrement, les résultats permettent de penser que l'expérience professionnelle influence la perception des bénéfices pour l'équipe interprofessionnelle en présence des familles lors des manœuvres de réanimation. Ainsi, la confiance en soi de l'équipe de réanimation serait également influencée suscitant des avis favorables quant à l'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation. Deuxièmement, le faible pourcentage, dans plusieurs études, d'infirmiers pensant que le rendement de l'équipe interprofessionnelle serait affecté positivement grâce à la présence de la famille démontre un besoin de changement de culture important nécessaire dans cette pratique. Enfin, des facteurs liés à l'environnement influencent négativement la perception de l'équipe interprofessionnelle. À l'origine, un manque d'espace accentué par la présence familiale pouvant ainsi interférer la dispensation des soins.

Un constat s'impose : les études recensées portent uniquement sur les perceptions des infirmiers et des médecins. Or, ces professionnels de la santé ne sont pas seuls à œuvrer en salle de réanimation : ils travaillent en étroite collaboration avec une équipe interprofessionnelle tels que des inhalothérapeutes et des préposés aux bénéficiaires. D'ailleurs, l'Ordre des infirmiers et infirmiers du Québec (OIIQ) met en avant l'importance de cette collaboration interprofessionnelle par une prise de position où il affirme que cette dernière devrait exister dans tous les milieux de soins (OIIQ, 2015). Cinq ans plus tard, l'OIIQ réitère sa position face à l'approche collaborative (OIIQ, 2020). Dans ce même ordre d'idée, l'Université de Montréal, adopte une vision plus large de cette approche collaborative. En effet, elle intègre le patient et sa famille comme partenaires de soins. Elle définit d'ailleurs le travail d'équipe comme étant la dynamique régnante entre le patient, sa famille et les intervenants (DCPP et CIO-UdeM, 2016). Il est donc important de souligner que l'approche collaborative devrait occuper une place importante dans la pratique interprofessionnelle. Ainsi, dresser un portrait des perceptions des autres professionnels serait pertinent afin de développer des lignes directrices prenant en compte les perceptions de toutes les personnes impliquées quand l'invitation des familles lors des manœuvres de réanimation.

Cet article comporte différentes limites. Premièrement, cette revue intégrative n'a pas retenu d'article ciblant le point de vue des gestionnaires ou de décideurs politiques. Il aurait pu être intéressant de mener une recherche pour savoir si il y a des études qui s'intéressent aux perspectives des gestionnaires. Il aurait été en effet pertinent d'en tenir compte devant l'importance de prôner une culture d'inclusion de la famille dans les milieux de soins. Dans une optique de gestion hospitalière, tout porte à croire que ces recherches permettraient possiblement d'instaurer une culture d'inclusion des familles. Une deuxième limite est le nombre des

échantillons des études qui varie grandement pouvant ainsi influencer la généralisation des résultats, bien que la généralisation ne soit pas une fin en soi dans la méthode de revue intégrative des écrits. Enfin, cette revue intégrative n'a pas retenu d'article ciblant le point de vue de l'équipe interprofessionnelle œuvrant dans les urgences pédiatriques en se limitant aux adultes.

CONCLUSION

La revue intégrative dresse ainsi un portrait des perceptions de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation à l'urgence. Ce portrait soutient l'importance de mener des études portant sur la perception de l'ensemble des membres de l'équipe interprofessionnelle. Dans une vision de gestion hospitalière, analyser ces différentes perceptions permettrait un début de réflexion sur un modèle d'organisation centré sur les perceptions actuellement présentes dans les milieux de soins. Ainsi, les milieux cliniques seraient en mesure de promouvoir l'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation dans une perspective de collaboration interprofessionnelle.

Figure 1. Processus de sélection des écrits

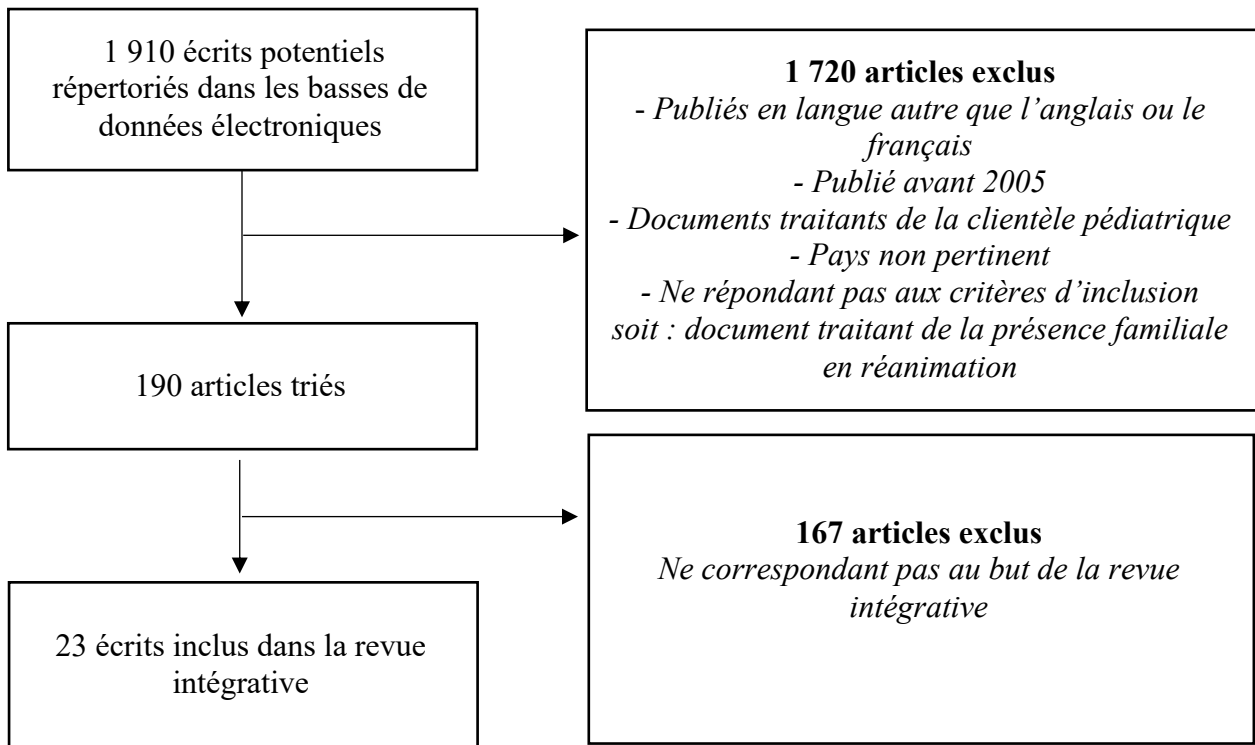


Tableau 1. Bénéfices et risques perçus par les infirmiers et les médecins

BÉNÉFICES PERÇUS		
Patient/Famille	Infirmiers/médecins	
<ul style="list-style-type: none"> - réconfort - soutien affectif - prise de conscience de l'ampleur des soins - interruption de la réanimation - processus de deuil - accompagnement - diminution d'apparition de stress post-traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> - liens famille/soignant renforcés - connaissance rapide des antécédents du patient - situation humanisée 	
RISQUES PERÇUS		
Patient/Famille	Infirmiers/médecins	Environnement
<ul style="list-style-type: none"> - fardeau émotionnel - interprétation des soins faussée -comportement perturbateur - perturbation du processus de deuil - confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> - interférence durant les manœuvres - poursuites judiciaires - arrêt de la réanimation difficile 	<ul style="list-style-type: none"> - diminution de l'espace

Références

- Asencio-Gutiérrez, J. M. et Reguera-Burgos, I. (2017). The opinion of health professionals regarding the presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation. *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, 28(4), 144-159. doi:10.1016/j.enfie.2017.10.006
- Axelsson, Å. B., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., op Reimer, W. S., Smith, K., ... Norekvål, T. M. (2010). European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 15-23. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.10.001
- Chapman, R., Watkins, R., Bushby, A., et Combs, S. (2013). Assessing health professionals' perceptions of family presence during resuscitation: a replication study. *International Emergency Nursing*, 21(1), 17-25.
- Chapman, R., Bushby, A., Watkins, R. et Combs, S. (2014). Australian emergency department health professionals' reasons to invite or not invite family witnessed resuscitation: a qualitative perspective. *International Emergency Nursing*, 22(1), 18-24. doi:10.1016/j.ienj.2013.03.008
- DCPP et CIO-UdeM. (2016). *Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Emergency Nurses Association. (2012). *Clinical practice guideline: family presence during invasive procedures and resuscitation*. Repéré à <https://www.ena.org/practice-research/CPG/Documents/FamilyPresenceCPG.pdf>
- Fell, O. P. (2009). Family presence during resuscitation efforts. *Nursing forum*, 44(2), 144-150. doi:10.1111/j.1744-6198.2009.00136.x
- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D. et Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 615-624.
- Fulbrook, P., Albarran, J. W. et Latour, J. M. (2005). A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5), 557-568. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.09.012
- García-Martínez, A. L. et Meseguer-Liza, C. (2018). Emergency nurses' attitudes towards the concept of witnessed resuscitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(0). doi:10.1590/1518-8345.1382.3055

- Gomes, B. D., Dowd, O. P. et Sethares, K. A. (2019). Attitudes of Community Hospital Critical Care Nurses Toward Family-Witnessed Resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 28(2), 142-148. doi:10.4037/ajcc2019162
- Holzhauser, K. et Finucane, J. (2007). Staff attitudes to family presence during resuscitation. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10(3), 124-133. doi:10.1016/j.aenj.2007.06.001
- Holzhauser, K. et Finucane, J. (2008). Part B: A survey of staff attitudes immediately post-resuscitation to family presence during resuscitation. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11(3), 114-122. doi:10.1016/j.aenj.2008.05.002
- Howlett, M. S. L., Alexander, G. A. et Tsuchiya, B. (2010). Health care providers' attitudes regarding family presence during resuscitation of adults: an integrated review of the literature. *Clinical Nurse Specialist*, 24(3), 161-174. doi:10.1097/NUR.0b013e3181dc548a
- Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., ... Broche, C. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *New England Journal of Medicine*, 368(11), 1008–1018.
- Jensen, L. et Kosowan, S. (2011). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: cardiac health care professionals' perspectives. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(3).
- Knott, A. et Kee, C. C. (2005). Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. *Applied Nursing Research*, 18(4), 192-198. doi:10.1016/j.apnr.2005.07.002
- Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O. et Albarran, J. (2010). Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 15(5), 241-250. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x
- MacLean, S. L., Guzzetta, C. E., White, C., Fontaine, D., Eichhorn, D. J., Meyers, T. A. et Désy, P. (2003). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 29(3), 208–221.
- Mason, D. J. (2003). Family presence: evidence versus tradition. *American Journal of Critical Care*, 12(3), 190–192.
- McClement, S. E., Fallis, W. M. et Pereira, A. (2009). Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 233-240. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01288.x
- Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E. et Calvin, A. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation:

- the experience of family members, nurses, and physicians. *AJN The American Journal of Nursing*, 100(2), 32–43.
- Mian, P., Warchal, S., Whitney, S., Fitzmaurice, J. et Tancredi, D. (2007). Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation. *Critical Care Nurse*, 27(1), 52–61.
- Miller, J. H. et Stiles, A. (2009). Family presence during resuscitation and invasive procedures: the nurse experience. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1431-1442. doi:10.1177/1049732309348365
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins (OIIQ-CMQ-OPQ). Repéré à <https://www.oiiq.org/enonce-de-position-conjoint-sur-la-collaboration-interprofessionnelle-rehausser-la-qualite-et-la-securite-des-soins-oiiq-cmq-opq>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2020, 19 mai). Réplique: un plaidoyer en faveur de la collaboration interprofessionnelle. *La Presse*, <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/202005/18/01-5274067-replique-un-plaidoyer-en-faveur-de-la-collaboration-interprofessionnelle.php>
- Porter, J. E., Cooper, S. J. et Sellick, K. (2014). Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *International Emergency Nursing*, 22(2), 69-74. doi:10.1016/j.ienj.2013.07.001
- Powers, K. et Reeve, C. L. (2018). Factors associated with nurses' perceptions, self-confidence, and invitations of family presence during resuscitation in the intensive care unit: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 103-112. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.06.012
- Tomlinson, K. R., Golden, I. J., Mallory, J. L. et Comer, L. (2010). Family presence during adult resuscitation: a survey of emergency department registered nurses and staff attitudes. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 32(1), 46-58. doi:10.1097/TME.0b013e3181cbe902
- Tudor, K., Berger, J., Polivka, B. J., Chlebowy, R. et Thomas, B. (2014). Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e88-e96. doi:10.4037/ajcc2014484
- Twibell, R. S., Siela, D., Neal, A., Riwitis, C. et Beane, H. (2018). Family presence during resuscitation: physicians' perceptions of risk, benefit, and self-confidence. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(3), 167-179. doi:10.1097/DCC.0000000000000297
- Twibell, R.S., Siela, D., Riwitis, C., Wheatley, J., Riegler, T., Bousman, D., Cable, S.,

- Caudill, P., Harrigan, S., Hollars, R., Johnson, D. et Neal A. (2008). Nurses's perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 17 (2), 101-112.
- Waldemar, A. et Thylen, I. (2019). Healthcare professionals' experiences and attitudes towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 42, 36-43. doi:10.1016/j.ienj.2018.05.009
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553.

Chapitre 4 - Discussion

La discussion est articulée d'abord autour d'une présentation des forces et limites de la revue intégrative, ensuite d'un début de réflexion sur un modèle d'organisation des soins dans un but de promouvoir l'inclusion de la famille et finalement autour d'une présentation des forces, limites et contributions de ce travail dirigé aux sciences infirmières.

Les résultats présentent divers bénéfices et risques perçus par l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation. L'analyse de ces bénéfices et risques a permis de souligner des facteurs influençant la confiance en soi des professionnels au regard de cette pratique. Tout d'abord l'expérience professionnelle influence la perception des bénéfices pour l'équipe interprofessionnelle en présence des familles lors des manœuvres de réanimation. Ainsi, la confiance en soi de l'équipe de réanimation serait également influencée suscitant des avis favorables quant à l'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation. Deuxièmement, le faible pourcentage, dans plusieurs études, d'infirmiers pensant que le rendement de l'équipe interprofessionnelle serait affecté positivement grâce à la présence de la famille démontre un besoin de changement de culture important nécessaire dans cette pratique. Enfin, des facteurs liés à l'environnement influencent négativement la perception de l'équipe interprofessionnelle. À l'origine, un manque d'espace accentué par la présence familiale pouvant ainsi interférer la dispensation des soins.

Forces et limites de la revue intégrative

La revue intégrative soulève plusieurs constats, telle que mentionnée dans le travail préalable d'analyse. Les études recensées portent majoritairement sur les perceptions des

infirmiers et des médecins. Ainsi, la littérature actuelle montre un manque d'outil de mesure pour évaluer les perceptions de l'ensemble des membres de l'équipe interprofessionnelle quant à la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation. Il est également possible de constater qu'aucune recherche ne semble porter sur le lien entre les perceptions des professionnels de la santé et l'organisation du travail.

Cette revue intégrative comporte différentes forces et limites. Tout d'abord, au niveau de ses forces, elle a été réalisée, selon la méthode scientifique de Whitemore et Knafl (2005) qui est fréquemment utilisée en sciences infirmières. La stratégie de recherche documentaire a été réfléchiée avec une bibliothécaire de l'Université de Montréal. La consultation d'un comité d'experts cliniques et académiques a permis de renforcer la rigueur scientifique de cette revue intégrative.

Néanmoins, cette revue intégrative présente quelques limites. Premièrement, la revue intégrative n'a pas retenu d'article identifiant spécifiquement le point de vue des gestionnaires. Il aurait pu être pertinent d'en tenir compte face à l'importance de prôner une culture d'inclusion de la famille dans les milieux de soins. Une deuxième limite est le nombre d'échantillons des études qui varie grandement pouvant ainsi influencer la généralisation des résultats. Polit et Beck (2017) démontrent le lien entre la taille de l'échantillon d'une étude et la généralisation de ses résultats. Néanmoins, la généralisation n'est pas une fin en soi dans la méthode de revue intégrative des écrits. De plus, une troisième limite est que cette revue intégrative n'a pas retenu d'article ciblant le point de vue de l'équipe interprofessionnelle œuvrant dans les urgences pédiatriques en se limitant aux adultes. Enfin, une dernière limite est l'absence du point de vue des familles face à leur présence lors des manœuvres de réanimation d'un proche. Dans une approche de partenariat, il aurait été pertinent de dresser un portrait de leurs perceptions.

Réflexion sur un changement de pratique

Le cadre de référence de Dubois et al. (2012) intitulé « *A nursing care organization framework* » peut servir de base pour structurer l'inclusion des familles et ainsi susciter un changement de pratique. Il s'agit d'un modèle québécois de gestion en sciences infirmières.

Selon Dubois et al. (2012), pour dresser une image réaliste des soins infirmiers, il ne suffit plus d'étudier uniquement les personnes jouant un rôle dans la dynamique des soins aux patients, mais il faut également étudier les facteurs liés aux caractéristiques des soignants et des patients, au contexte dans lequel les soins sont dispensés, ainsi qu'à la nature des soins fournis.

Le modèle de Dubois et al. (2012) est constitué de trois concepts centraux soit la dotation, le champ d'exercices et l'environnement de travail (Annexe E). Ces auteurs définissent la **dotation** comme étant une caractéristique essentielle dans l'organisation des soins infirmiers. Ils expliquent que la dotation est le processus qui détermine l'effectif ainsi que la composition des équipes de soins et les habiletés nécessaires pour répondre à la demande de soins. Le **champ d'exercices** englobe l'éventail des soins infirmiers, les tâches et responsabilités infirmières ainsi que l'étendue de pratique (Dubois et al., 2012). Quant à l'**environnement de travail**, Dubois et al., (2012), le définissent comme étant innovant tout en permettant aux infirmiers de s'adapter afin de fournir des soins de qualité et sécuritaires.

À la lumière des résultats de la revue intégrative, il est possible d'envisager l'ajout de concepts spécifiques au contexte de l'urgence aux concepts-clés identifiés par Dubois et al. (2012) pour mettre davantage en perspective les perceptions de l'équipe interprofessionnelle. Suite à l'ajout de ces concepts, le modèle adapté du modèle de Dubois et collègues pourrait se nommer le modèle OPIF (**O**rganisation **p**our l'**i**nclusion des **f**amilles lors des manœuvres de réanimation) (figure de synthèse du modèle OPIF, voir annexe F).

Au concept de **dotation**, pourrait s'ajouter les concepts de **formation** et d'**effectif**. La revue intégrative a soulevé que l'expérience des professionnels et leurs formations académiques et continues augmenteraient considérablement une prise de décision favorable quant à l'inclusion des familles par les infirmiers. De plus, le travail d'analyse soulève que les infirmiers ont la conviction que les proches du patient pourraient interférer au processus de réanimation augmentant ainsi la charge de travail des soignants. Tel qu'encouragé par la NENA (National Emergency Nurses Association, 2014), il serait alors intéressant que l'organisation prévoie un effectif suffisant permettant à un infirmier d'accompagner la famille durant tout le processus de réanimation.

Au concept du **champ d'exercices**, pourrait s'ajouter les concepts de **législation** et de **cadre institutionnel** venant soutenir la responsabilité infirmière, définit par Dubois et al. (2012). La revue intégrative soulève que la confidentialité du patient et son droit à la vie privée pourraient être compromis par la présence des membres de sa famille. Les infirmiers ont la conviction que des problèmes pourraient survenir suite à ces atteintes, comme une augmentation des poursuites judiciaires. Il est donc important que l'établissement précise par écrit les normes législatives encadrant la confidentialité du patient en contexte d'inclusion de la famille lors d'une réanimation. Il a également été constaté que les infirmiers ont tendance à être contre cette inclusion en raison de la nouveauté de la pratique et de l'absence d'autorité discrétionnaire. Ainsi, à la lumière de la revue intégrative des écrits, il serait souhaitable que l'organisation mette en place une politique institutionnelle encadrant les compétences requises et les attentes professionnelles confiées aux infirmiers lors de l'inclusion de la famille.

Au concept d'**environnement de travail** pourrait s'ajouter les concepts de **salle de réanimation** et de **sensibilisation** permettant de fournir des soins de qualité et sécuritaire. Le

travail d'analyse montre un manque d'espace pour accueillir les familles sans entraver la dispensation des soins. L'établissement de santé pourrait réfléchir à une configuration de l'espace des salles de réanimation permettant d'accueillir de manière optimale les proches d'un patient. Concernant l'aspect innovant que mentionnent Dubois et al. (2012), les infirmiers mentionnent aussi que la sensibilisation à la population sur le processus de réanimation augmenterait une prise de décision favorable quant à l'inclusion des familles. L'organisation pourrait innover en mettant à disposition de la population des capsules vidéo, par exemple, afin de les informer sur les manœuvres de réanimation.

Ainsi, ce début de réflexion sur l'adaptation du modèle de Dubois et al. (2012) nommé OPIF avec ces six nouveaux concepts devient spécifique à l'urgence. Il est possible de croire que cette adaptation permettrait de mettre en lumière les différentes barrières à l'inclusion des familles par l'identification de facteurs et concepts-clés. En travaillant au niveau des barrières sur le plan organisationnel, ce modèle OPIF permettrait de promouvoir l'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation à l'urgence. De plus, ce dernier conduira à une satisfaction et la santé au travail des infirmiers, mais aussi la qualité et sécurité des soins au patient/famille (Dubois et al., 2012). L'adaptation de ce modèle organisationnel de soins infirmiers pourrait ainsi s'allier à l'approche humaniste et au modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM (MHSI-UdeM). Le MHSI-UdeM permet aussi de favoriser la qualité et la sécurité des soins ainsi que la satisfaction du patient/famille et des infirmiers (Cara et al., 2016). En effet, le modèle humaniste est une approche plus globale sur le plan de l'échelle d'abstraction théorique (Smith et Liehr, 2014), tandis que le modèle OPIF permettrait de jeter un regard plus concret sur l'inclusion des familles sur le plan organisationnel à l'urgence.

Forces, limites et contributions de ce travail dirigé aux sciences infirmières

Ce travail de fin d'études présente des forces et des limites. La première force réside dans le travail collaboratif minutieux et constant entre la directrice de recherche, le co-directeur et l'étudiant. La mise en commun d'expertises complémentaires a su apporter une plus-value certaine à ce travail dirigé.

Une deuxième force est que la proposition d'utilisation du modèle d'organisation proposée est basée sur les perceptions des infirmiers et médecins issues de la revue intégrative des écrits. Il a en effet été vu qu'en salle de réanimation, l'infirmier n'agit pas seul, mais au sein d'une équipe interprofessionnelle qui travaille en étroite collaboration.

Enfin, une dernière force est que le cheminement de ce travail suit la vision de nombreux auteurs qui suggèrent d'analyser, auprès des équipes interprofessionnelles, les différentes barrières et motivations pour pouvoir entreprendre un changement de pratique (Feagan, Fiher et Valley, 2011). Ces éléments ont été pris en compte dans l'adaptation du modèle de Dubois et collègues afin de créer l'OPIF spécifique aux urgences. L'OPIF est prometteur sur le plan organisationnel afin de promouvoir concrètement l'inclusion des familles lors de manœuvres de réanimation à l'urgence.

Néanmoins, ce travail dirigé présente une limite : ses modalités ne permettent pas de mener une réflexion plus approfondie sur l'aspect financier engendré par le modèle OPIF ni l'effectif d'une salle de réanimation qui devront être revus à la hausse. De ce fait, la réflexion de ce modèle d'organisation mériterait d'être poursuivie et approfondie.

Enfin, plusieurs retombées sont envisageables selon les cinq principaux domaines de la discipline infirmière : la pratique, la formation, la recherche, la gestion et la politique (Pepin, Ducharme et Kérouac, 2017).

Les retombées pour la pratique clinique sont nombreuses. D'abord, la revue intégrative des écrits serait accessible et diffusée au sein de la NENA, ce qui permettrait à l'équipe interprofessionnelle de l'urgence d'être sensibilisée à l'inclusion des familles. Les résultats de la revue seront également présentés lors d'une communication orale au 88^e Congrès de l'Acfas au printemps 2021. Le congrès annuel de l'Acfas est un important rassemblement multidisciplinaire. Plusieurs milliers de chercheurs provenant d'une trentaine de pays sont présents chaque année. Enfin, ce présent travail est accessible sur le dépôt institutionnel Papyrus de l'Université de Montréal. Les résultats de la revue intégrative sont donc disponibles à l'ensemble des étudiants de la faculté, tous domaines confondus.

Les retombées pour la formation. Le travail d'analyse souligne que les perceptions positives au regard de l'inclusion des familles suscitent l'invitation des familles par l'équipe interprofessionnelle. Il a aussi été souligné que ces perceptions permettraient une plus grande confiance en soi des professionnels au regard de l'inclusion des familles. Ainsi, informer les étudiants lors de la formation initiale sur l'ensemble des bénéfices que soulignent cette revue intégrative des écrits susciterait certainement des avis favorables quant à cette pratique. Leur niveau de confiance en soi pourrait ainsi être influencé positivement. Il a aussi été vu que l'expérience professionnelle influence la perception des bénéfices pour l'équipe interprofessionnelle en présence des familles lors des manœuvres de réanimation. De ce fait, il serait pertinent de donner la possibilité aux étudiants de se pratiquer aux manœuvres de réanimation en présence d'un proche du patient, lors des séances dans les centres de simulation intégrés. Les retombées concernent également la formation en cours d'emploi. Devant ce même constat, il serait intéressant de prévoir de façon bi-annuel, des séances dans un centre de simulation pour se pratiquer. Le niveau de confiance en soi de l'équipe interprofessionnelle

serait ainsi renforcé suscitant des avis favorables quant à l'inclusion des familles. Enfin, dans le début de réflexion quant au modèle d'organisation promouvant l'inclusion des familles, la formation serait au cœur même d'un des concepts de l'OPIF et permettrait ainsi de former et d'informer les membres de l'équipe interprofessionnelle sur les pratiques inclusives à l'urgence.

Les retombées pour la recherche. Un constat de cette revue intégrative des écrits est l'absence de donnée sur les perceptions de l'ensemble des membres de l'équipe interprofessionnelle au regard de l'inclusion de la famille lors des manœuvres de réanimation. Ainsi, ce projet ouvre les portes d'une nouvelle recherche qui se déroulera à l'automne 2020 dans un centre hospitalier universitaire québécois. Le but de cette recherche sera d'adapter un questionnaire existant mesurant la perception des infirmiers et des médecins face à cette pratique. Le questionnaire original est celui développé par Twibell et al. (2008) et traduit en français par Gagné (2019). L'adaptation aura pour objectif la mesure des perceptions de l'ensemble des membres de l'équipe interprofessionnelle afin de contribuer à l'avancement des connaissances sur le sujet.

Les retombées pour la gestion. Le début de réflexion quant à un changement de pratique au travers de l'adaptation d'un modèle d'organisation des soins permettrait aux gestionnaires de favoriser l'inclusion des familles dans les protocoles de soins et de soutenir leurs effectifs dans leurs applications. L'OPIF permettrait d'offrir des points de repère clairs et concrets aux gestionnaires pour favoriser l'inclusion des familles et respecter cette pratique requise par les normes d'Agrément Canada.

Les retombées pour la politique. La revue intégrative des écrits et l'OPIF permettront aux établissements de soins d'acquérir une capacité d'influence opérationnelle dans les milieux cliniques devant ce changement de pratique permettant l'inclusion des familles lors des

manœuvres de réanimation à l'urgence. L'OPIF et la revue intégrative offrent aux établissements de santé des arguments scientifiques solides pour influencer favorablement ce changement de pratique et tendre vers l'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation à l'urgence.

Conclusion

La revue intégrative dresse ainsi un portrait des perceptions de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation à l'urgence. Ce portrait a suscité un début de réflexion quant à un changement de pratique au regard de l'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation. En effet, tout professionnel de la santé est susceptible durant sa carrière de participer à une réanimation cardiorespiratoire. Un des droits des proches du patient est d'être présent durant ce moment aussi stressant qu'éprouvant pour l'ensemble des acteurs. La littérature soulève un constat important : il s'agit d'une pratique peu répandue aujourd'hui dans les milieux de soins et qui devrait être mieux étudiée sur le plan scientifique au niveau interprofessionnel. Diverses raisons en sont à l'origine. S'intéresser aux perceptions des professionnels de la santé sur l'inclusion de la famille semble être une voie judicieuse afin de faire évoluer cette pratique. Cette revue intégrative sur ces perceptions en est un bon exemple. Elle a permis de proposer un début de réflexion sur une adaptation d'un modèle d'organisation des soins (OPIF) promouvant la présence familiale lors des manœuvres de réanimation à l'urgence. Il est à espérer que ce travail encourage les gestionnaires, les cliniciens et les chercheurs à poursuivre leurs réflexions dans ce sens dans un objectif commun : améliorer les pratiques actuelles en milieux de soins.

Références

- Asencio-Gutiérrez, J. M. et Reguera-Burgos, I. (2017). The opinion of health professionals regarding the presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation. *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, 28(4), 144-159. doi:10.1016/j.enfie.2017.10.006
- Axelsson, Å. B., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., op Reimer, W. S., Smith, K., ... Norekvål, T. M. (2010). European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 15-23. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.10.001
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamp, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L., et Mathieu, C. (2016). Le modèle humaniste des soins infirmiers -UDEM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers* (n°125), 0297-2964. https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-2-page-20.htm?try_download=1#
- Chapman, R., Watkins, R., Bushby, A., et Combs, S. (2013). Assessing health professionals' perceptions of family presence during resuscitation: a replication study. *International Emergency Nursing*, 21(1), 17-25.
- Chapman, R., Bushby, A., Watkins, R. et Combs, S. (2014). Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: A qualitative perspective. *International Emergency Nursing*, 22(1), 18-24. doi:10.1016/j.ienj.2013.03.008
- CHUM. (2017a). Politique sur la présence de la famille/partenaire de soins.
- CHUM. (2017b). Procédure liée à la présence de la famille/partenaire de soins.
- DCPP et CIO-UdeM. (2016). Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Doyle, C. J., Post, H., Burney, R. E., Maino, J., Keefe, M. et Rhee, K. J. (1987). Family participation during resuscitation: an option. *Annals of Emergency Medicine*, 16(6), 673– 675.
- Dubé, S., Lacharité, C. et Lacombe, M. (2018). (2018). Problématisation de la participation parentale aux soins de l'enfant hospitalisé : une compréhension écosystémique de la parentalité. *L'infirmière clinicienne*, 15(1).
- Dubois, C. A., D'amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M., et Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit

- level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 110-117.
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., et Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Services Research*, 12(286), 1-15. doi: 10.1186/1472-6963-12-286
- Egemen, A., Ikizoglu, T., Karapnar, B., Cosar, H. et Karapnar, D. (2006). Parental presence during invasive procedures and resuscitation : attitudes of health care professionals in Turkey. *Pediatric Emergency Care*, 22(4), 230-234.
- Eichhorn, D. J., Meyers, T. A., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E. et Calvin, A. O. (2001). Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. *The American journal of nursing*, 101(5), 48–55.
- Emergency Nurses Association. (2012). Clinical practice guideline: family presence during invasive procedures and resuscitation.
- Fallis, W. M., McClement, S. et Pereira, A. (2008). Family presence during resuscitation: a survey of Canadian critical care nurses' practices and perceptions. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 19(3), 22–28.
- Feagan, L.M., Fisher, N.J., et Valley, S. (2011). The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*, 37 (3), 231-239.
- Fell, O. P. (2009). Family presence during resuscitation efforts. *Nursing Forum*, 44(2), 144-150. doi:10.1111/j.1744-6198.2009.00136.x
- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D. et Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 615–624.
- Fulbrook, P., Albarran, J. W. et Latour, J. M. (2005). A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5), 557-568. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.09.012
- Gagné. (2019). Assessing ED health professionals' perceptions of family witnessed resuscitation. A French Canadian study. Manuscrit soumis pour publication.
- García-Martínez, A. L. et Meseguer-Liza, C. (2018). Emergency nurses' attitudes towards the concept of witnessed resuscitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(0). doi:10.1590/1518-8345.1382.3055
- Gomes, B. D., Dowd, O. P. et Sethares, K. A. (2019). Attitudes of community hospital critical care nurses toward family-witnessed resuscitation. *American Journal of Critical Care*,

28(2), 142-148. doi:10.4037/ajcc2019162

- Holzhauser, K. et Finucane, J. (2007). Staff attitudes to family presence during resuscitation. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10(3), 124-133. doi:10.1016/j.aenj.2007.06.001
- Holzhauser, K. et Finucane, J. (2008). Part B: A survey of staff attitudes immediately post-resuscitation to Family Presence during resuscitation. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11(3), 114-122. doi:10.1016/j.aenj.2008.05.002
- Howlett, M. S. L., Alexander, G. A. et Tsuchiya, B. (2010). Health care providers' attitudes regarding family presence during resuscitation of adults: an integrated review of the literature. *Clinical Nurse Specialist*, 24(3), 161-174. doi:10.1097/NUR.0b013e3181dc548a
- Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., ... Broche, C. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *New England Journal of Medicine*, 368(11), 1008–1018.
- Jensen, L. et Kosowan, S. (2011). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: cardiac health care professionals' perspectives. *Canadian journal of cardiovascular nursing*, 21(3).
- Knott, A. et Kee, C. C. (2005). Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. *Applied Nursing Research*, 18(4), 192-198. doi:10.1016/j.apnr.2005.07.002
- Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O. et Albarran, J. (2010). Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 15(5), 241-250. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x
- Larochelle, N. et Beaudet, L. (2017). Développement du rôle des infirmières-chefs pour accroître les pratiques basées sur des résultats probants chez les infirmières soignantes en centre hospitalier: une revue intégrative des écrits. *Recherche en soins infirmiers*, (1), 6–28.
- MacLean, S. L., Guzzetta, C. E., White, C., Fontaine, D., Eichhorn, D. J., Meyers, T. A. et Désy, P. (2003). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 29(3), 208–221.
- Mason, D. J. (2003). Family presence: evidence versus tradition. *American Journal of Critical Care*, 12(3), 190–192.
- Maxwell, K. E., Stuenkel, D. et Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 36(5), 367–376.

- McClement, S. E., Fallis, W. M. et Pereira, A. (2009). Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 233-240. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01288.x
- Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E. et Calvin, A. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians. *AJN The American Journal of Nursing*, 100(2), 32–43.
- Mian, P., Warchal, S., Whitney, S., Fitzmaurice, J. et Tancredi, D. (2007). Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation. *Critical Care Nurse*, 27(1), 52–61.
- Miller, J. H. et Stiles, A. (2009). Family presence during resuscitation and invasive procedures: the nurse experience. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1431-1442. doi:10.1177/1049732309348365
- Morrison, L. J., Kierzek, G., Diekema, D. S., Sayre, M. R., Silvers, S. M., Idris, A. H. et Mancini, M. E. (2010). Part 3: ethics: 2010 American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18_suppl_3), S665–S675.
- National Emergency Nurses Association. (2014). Position statement: family/primary support unit presence during bedside invasive procedures and resuscitation. Repéré à <http://nena.ca/w/wp-content/uploads/2014/11/FamilyPrimarySupport.pdf>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2015). Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins (OIIQ-CMQ-OPQ). Repéré à <https://www.oiiq.org/enonce-de-position-conjoint-sur-la-collaboration-interprofessionnelle-rehausser-la-qualite-et-la-securite-des-soins-oiiq-cmq-opq->
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2020, 19 mai). Réplique: un plaidoyer en faveur de la collaboration interprofessionnelle. *La Presse*, <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/202005/18/01-5274067-replique-un-plaidoyer-en-faveur-de-la-collaboration-interprofessionnelle.php>
- Patrick, A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., et Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449-460.
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kéroac, S. (2017). *La pensée infirmière*. Chenelière éducation.
- Polit, D.F., et Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10^{ème} éd.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Porter, J. E., Cooper, S. J. et Sellick, K. (2014). Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *International Emergency Nursing*, 22(2), 69-74. doi:10.1016/j.ienj.2013.07.001
- Powers, K. et Reeve, C. L. (2018). Factors associated with nurses' perceptions, self-confidence, and invitations of family presence during resuscitation in the intensive care unit: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 103-112. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.06.012
- Smith, M. J., et Liehr, P. R. (2014). *Understanding middle range theory by moving up and down the ladder of abstraction* (Chap. 2, pp 15-34). Dans M.J. Smith & P.R. Liehr (Éds.), *Middle range theory for nursing* (3e éd.). New York: Springer.
- Tomlinson, K. R., Golden, I. J., Mallory, J. L. et Comer, L. (2010). Family presence during adult resuscitation: a survey of emergency department registered nurses and staff attitudes. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 32(1), 46-58. doi:10.1097/TME.0b013e3181cbe902
- Tudor, K., Berger, J., Polivka, B. J., Chlebowy, R. et Thomas, B. (2014). Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e88-e96. doi:10.4037/ajcc2014484
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... et Hempel, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473.
- Twibell, R. S., Siela, D., Neal, A., Riwitis, C. et Beane, H. (2018). Family presence during resuscitation: physicians' perceptions of risk, benefit, and self-confidence. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(3), 167-179. doi:10.1097/DCC.0000000000000297
- Twibell, R.S., Siela, D., Riwitis, C., Wheatley, J., Riegle, T., Bousman, D., Cable, S., Caudill, P., Harrigan, S., Hollars, R., Johnson, D. et Neal A. (2008). Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 17 (2), 101-112.
- Vincent, J.-L. (2006). *Le manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence*. Springer Science et Business Media.
- Waldemar, A. et Thylen, I. (2019). Healthcare professionals' experiences and attitudes towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 42, 36-43. doi:10.1016/j.ienj.2018.05.009
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.

Annexes

ANNEXE A : Plan de concepts de la recherche documentaire

Sujet de recherche : Perception des membres de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille lors de la réanimation d'un proche

Concepts	Équipe interprofessionnelle	Famille	Réanimation
Mots-clés	Interprofessional Multidisciplinary Interdisciplinary Team health Teamwork Team personel	Family Parents Mother Father Son Daughter Sibling Grandparent	Resuscitation Reanimation Cardiac life Care life
Équations avec descripteurs : Descripteurs de CINAHL	(MH "Multidisciplinary Care Team") OR (MH "Rapid Response Team") OR (MH "Interprofessional Relations+") OR (MH "Attitude of Health Personnel+") OR (MH "Employee Attitudes") OR (MH "Health Personnel+") OR (MH "Teamwork")	(MH "Family+") OR (MH "Patient-Family Conferences") OR (MH "Family Attitudes+") OR (MH "Family Nursing") OR (MH "Family Theory+") OR (MH "Family Role+") OR (MH "Family Assessment") OR (MH "Family Centered Care") OR (MH "Professional-Family Relations")	(MH "Resuscitation+") OR (MH "Life Support Care+")

<p>Équations avec mots-clés</p>	<p>TI (Interprofession* OR Multidisciplinary OR Interdisciplinary OR team* OR Teamwork OR ((Team OR Personnel) N3 "Health*)) OR AB (Interprofession* OR Multidisciplinary OR Interdisciplinary OR team* OR Teamwork OR ((Team OR Personnel) N3 "Health*)) OR MW (Interprofession* OR Multidisciplinary OR Interdisciplinary OR team* OR Teamwork OR ((Team OR Personnel) N3 "Health*))</p>	<p>TI (Famil* OR Parent* OR Mother* OR Father* OR Son* OR Daughter* OR sibling* OR Grandparent*) OR AB (Famil* OR Parent* OR Mother* OR Father* OR Son* OR Daughter* OR sibling* OR Grandparent*) OR MW (Famil* OR Parent* OR Mother* OR Father* OR Son* OR Daughter* OR sibling* OR Grandparent*)</p>	<p>TI (Resuscitat* OR Reanimat* OR ((Cardiac OR Care) N3 "Life Support")) OR AB (Resuscitat* OR Reanimat* OR ((Cardiac OR Care) N3 "Life Support")) OR MW (Resuscitat* OR Reanimat* OR ((Cardiac OR Care) N3 "Life Support"))</p>
----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANNEXE B : Grille d'analyse critique des articles recensés

N° du document	
Auteurs (année) Pays Devis	
But	
Pertinence	
Type d'étude	
Rigueur méthodologique	
Bénéfices perçus par les infirmiers et médecins	
Risques perçus par les infirmiers et médecins	
Niveau de confiance en soi	

ANNEXE C : Synthèse de l'analyse critique des articles recensés

Références	But	Bénéfices	Risques	Niveau de confiance en soi
<p>Knott, A. et Kee, C. C. (2005). Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. <i>Applied Nursing Research</i>, 18(4), 192-198.</p> <p>États-Unis</p> <p>Étude qualitative</p>	<p>Explorer les croyances et les expériences des infirmiers au sujet de la présence familiale pendant la réanimation cardiorespiratoire</p>	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre à la famille de se rendre compte de l'ampleur des soins fournis pour leur proche - L'assurance visible d'une attention immédiate de la part de nombreux professionnels de la santé - La présence peut faciliter le processus de deuil de la famille 	<p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interférences de la famille sur l'acte de réanimation dû à son comportement : famille hors de contrôle, hystériques, panique - Prise en charge davantage centrée sur les membres de la famille que sur le patient - Mal interprétation de la famille sur certains actes médicaux (pensent que plus de mal est fait que du bien) - La présence familiale peut affecter la perception qu'a la famille des soins - Fardeau émotionnel pour la famille <p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'anxiété des professionnels - Comportement des professionnels différent lorsque la famille est présente - Sentiment d'inconfort d'être observé <p>Risques sur l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La présence familiale peut réduire l'environnement restreint de la réanimation 	
<p>Fulbrook, P., Albarran, J. W., et Latour, J. M. (2005). A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. <i>International journal of nursing studies</i>, 42(5), 557-568.</p>	<p>Explorer les expériences et les attitudes des infirmiers européennes en soins intensifs face à la présence de membres de la famille pendant la réanimation</p>	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 52,8% conviennent que les membres de la famille seraient plus susceptibles d'accepter la décision d'interrompre le traitement s'ils étaient présents à ce moment-là 	<p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 75% pensent que l'équipe de réanimation peut dire des choses qui contrarieraient les membres de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - La nouveauté relative de cette pratique en Europe - L'absence d'autorité discrétionnaire - La prise en compte des membres de l'équipe de réanimation

<p>Angleterre</p> <p>Étude quantitative</p>		<p>- « Seulement » 23% estiment que la présence familiale est bénéfique pour le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - 76,4% sont persuadés que grâce à la présence familiale, les membres de la famille sauraient que « tout est fait » pour le patient - 52,8% pensent que les familles seraient moins susceptibles de développer des images déformées ou des idées fausses sur le processus de réanimation - 57,3% ont convenu qu'il était important que les membres de la famille puissent partager les derniers moments du patient - 50,8% pensent que la présence familiale aide le processus de deuil <p>Bénéfices sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 33,6% estiment que le rendement de l'équipe serait affecté positivement - 42,3% estiment que la présence des membres de la famille a contribué à créer un lien plus fort entre eux et l'équipe de soins infirmiers 	<p>- 20,2% craignent que les membres de la famille puissent souffrir d'effets émotionnels à long terme</p> <p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30,6% estimaient que parce que les membres de la famille ne comprenaient pas la nécessité d'interventions spécifiques pendant la réanimation, elles tenteraient d'interagir avec l'équipe de réanimation - 47,6% estiment que le personnel infirmier et médical aurait de la difficulté à se concentrer lorsque des membres de la famille les observent - 26% estiment que des malentendus pourraient entraîner une augmentation des poursuites judiciaires contre les membres de l'équipe de réanimation - 38,7% étaient d'avis que la tentative de réanimation était plus susceptible d'être prolongée en présence de membres de la famille <p>Risques sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 62,9% des infirmiers s'inquiétaient du fait que la présence pouvait entraîner des problèmes de confidentialité - 36,9% pensent que la présence n'est pas bénéfique pour le patient 	<p>=> peuvent empêcher de nombreux professionnels à décider d'accepter une demande de présence</p>
<p>Holzhauser, K., et Finucane, J. (2007). Staff attitudes to family presence during resuscitation: Part A: An interventional study. <i>Australasian Emergency Nursing Journal</i>, 10(3), 124-133.</p> <p>Australie</p> <p>Étude quantitative</p>	<p>Examiner les attitudes du personnel à l'égard de la présence de la famille pendant la réanimation</p>	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'avoir été là pour leur proche - Rassure l'esprit des membres de la famille 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du stress et de la pression sur le personnel - Augmentation de la crainte <p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportement négatif des membres de la famille 	<p>Lorsque l'opinion du personnel quant à la présence familiale est favorable, le degré d'aisance du personnel quant à cette pratique augmente</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Traumatissant sur le plan émotionnel pour la famille - Risque de provoquer une mauvaise adaptation du processus de deuil <p>Risques sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conflit de confidentialité 	
<p>Holzhauser, K., et Finucane, J. (2008). Part B: A survey of staff attitudes immediately post-resuscitation to family presence during resuscitation. <i>Australasian Emergency Nursing Journal</i>, 11(3), 114-122.</p> <p>Australie</p> <p>Étude quantitative</p>	<p>Décrire les avantages et les inconvénients perçus par le personnel de la présence familiale en salle de réanimation</p>	<p>Bénéfices sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents du patient facilement accessible donc traitement plus vite ajusté au besoin - Permet d'éviter d'expliquer en profondeur le déroulement des événements, chose parfois difficile - La présence familiale pouvait être réconfortante - La famille peut devenir une aide quant au processus de réanimation - La présence permet de mieux gérer les émotions de la famille à l'instant présent - La présence permet à l'équipe de réanimation d'avoir davantage de temps pour prodiguer des soins aux patients, car le personnel de réanimation avait besoin de donner moins d'explications à la famille <p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permet de mieux comprendre le pronostic - Permet à la famille de voir que tout a été fait pour leur proche <p>Bénéfices sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La présence familiale permet un réconfort chez le patient 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La présence de la famille peut engendrer une distraction ou une interruption des soins - La présence familiale pourrait engendrer de la difficulté à cesser la réanimation - Les membres de la famille peuvent perturber le déroulement de la réanimation <p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peut perturber émotionnellement les proches <p>Risques sur l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'espace de réanimation 	
<p>Twibell, R.S., Siela, D., Riwtis, C., Wheatley, J., Riegle, T., Bousman, D., Cable, S., Caudill, P., Harrigan, S., Hollars, R., Johnson, D. et Neal A. (2008). Nurse's perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family</p>	<p>Mettre à l'essai deux instruments utilisés pour mesurer la perception qu'ont les infirmières de la présence</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plus les infirmières invitaient la présence de la famille, plus ils percevaient d'avantages 	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières exerçant à l'urgence perçoivent beaucoup moins de risque que les autres 	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières qui perçoivent plus d'avantages et moins d'inconvénients perçoivent une plus grande confiance en soi

<p>presence during resuscitation. <i>American Journal of Critical Care</i>, 17 (2), 101-112.</p> <p>États-Unis</p> <p>Étude quantitative</p>	<p>de la famille pendant la réanimation</p>		<p>- Les infirmières avec peu d'expériences en réanimation perçoivent davantage de risques</p>	<p>- Les infirmières auxiliaires ont une confiance en soi moindre que les infirmières cliniciennes</p> <p>- Les infirmières exerçant à l'urgence ont davantage de confiance en soi</p>
<p>McClement, S. E., Fallis, W. M., et Pereira, A. (2009). Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. <i>Journal of Nursing Scholarship</i>, 41(3), 233-240.</p> <p>Canada</p> <p>Étude qualitative</p>	<p>Expliquer les principaux problèmes concernant la présence familiale lors de la réanimation d'un proche identifiés par les infirmières</p>	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permet à la famille de voir que les efforts déployés par l'équipe soignante ont été considérables - Permet d'être présent pour dire au revoir à leur proche - Acceptation par la famille de mettre fin aux efforts de réanimation <p>Bénéfices sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permet de réaliser que le patient était avant tout une personne qui « appartenait à quelqu'un », permet de mettre un visage sur le patient au lieu de réanimer qu'un simple corps inerte <p>Bénéfices sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer une présence réconfortante - Apporte un soutien émotionnel 	<p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme psychologique - Blessure physique : un membre de la famille peut involontairement entrer en contact avec la civière du patient pendant les procédures de défibrillation <p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentiments d'inadéquation clinique - La présence peut produire de l'anxiété, des émotions négatives - Perte de confiance des compétences professionnelles devant une situation sous pression - Augmente le risque de responsabilité légale et de poursuites judiciaires ultérieures - Les infirmières participant à cette étude explique que les équipes de réanimation ont souvent recours à l'humour pour les aider à faire face au stress de leur travail. Un tel humour, bien que compris par l'équipe, peut être mal interprété par les membres de la famille présents - Perturbation et distraction des tâches : la famille peut perturber les efforts de réanimation et distraire l'équipe de soins de la tâche à accomplir <p>Risques sur l'environnement :</p>	<p>- Le professionnel doit avoir confiance en ses capacités afin que les familles aient le sentiment que ce dernier est compétent dans une telle situation</p>

			- L'espace physique disponible dans lequel la plupart des réanimations sont effectuées est généralement restreint : la présence familiale compliquerait davantage cette situation	
<p>Miller, J. H., et Stiles, A. (2009). Family presence during resuscitation and invasive procedures: the nurse experience. <i>Qualitative Health Research</i>, 19(10), 1431-1442.</p> <p>États-Unis</p> <p>Étude qualitative</p>	<p>Comprendre les expériences des infirmières qui participent avec les familles à la réanimation et aux procédures invasives à l'hôpital</p>	<p>Bénéfices sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence familiale positive, car permet de nouer des liens avec la famille - Sentiment d'appréciation qui résulte de la famille pour avoir fait tout leur possible pour sauver leur être cher - Se sentir apprécié : les infirmières déclarent se sentir appréciées par les familles après avoir participé avec elles - Reconnaissance de la famille pour les efforts entrepris par les professionnels - L'arrêt de la réanimation vient de manière plus pacifique en permettant à la famille de toucher, réconforter et dire au revoir à leurs proches, rendant ainsi la réanimation plus paisible et calme <p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les besoins de la famille : la présence familiale permettait au personnel de répondre aux besoins de cette dernière - Permet à la famille de dresser un tableau réaliste de la situation de leur proche - Le fait de pouvoir participer à la réanimation, cela aide le membre de la famille à accepter plus facilement cette situation 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels ont tendance à faire preuve de laxisme face à leur professionnalisme lors des codes pour diminuer la pression qui règne dans la salle de réanimation. La famille ne peut pas voir un professionnel dire une plaisanterie ou même avoir un léger rire alors que leur proche est en train de se faire réanimer devant ses yeux 	
<p>Fell, O. P. (2009). Family presence during resuscitation efforts. In <i>Nursing Forum</i> (Vol. 44,</p>	<p>Explorer les avantages et les inconvénients de la présence familiale lors de la réanimation</p>	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les membres de la famille peuvent savoir que toutes les 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le personnel peut être distrait par le fait qu'un membre de la famille 	

<p>No. 2, pp. 144-150). Malden, USA: Blackwell Publishing Inc.</p> <p>États-Unis</p> <p>Revue de littérature</p>	<p>d'un proche du point de vue du prestataire de soins, de la famille et du patient</p>	<p>stratégies possibles ont été mises en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le fait d'être témoin des efforts de réanimation peut confirmer la réalité de la mort <p>Bénéfices sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les membres de la famille peuvent être en mesure d'aider l'équipe de réanimation en fournissant des renseignements sur les antécédents médicaux ou pharmaceutiques du patient <p>Bénéfices sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La famille peut lui apporter soutien et réconfort 	<p>observe leurs efforts, ce qui peut nuire ou interférer avec le processus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmente l'anxiété de l'équipe du code et nuit à son rendement - Les actions ou les interventions peuvent être mal interprétées, ce qui peut laisser supposer que l'équipe du code est incompétente - La présence familiale peut accroître les risques de litiges <p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La famille peut être choquée ou angoissée par la vue, les sons ou les odeurs inhabituels des efforts de réanimation - Le manque de connaissances sur les activités de réanimation peut aggraver la détresse du membre de la famille - Peut entraîner un traumatisme psychologique - Un membre de la famille peut s'évanouir, causer des perturbations ou être exposé par inadvertance au sang ou aux liquides organiques ou contaminer l'équipement 	
<p>Tomlinson, K.R., Golden, I. J., Mallroy, J. L., et Corner, L. (2010). Family Presence During Adult Resuscitation : A Survey of Emergency Department. <i>Advanced Emergency Nursing Journal</i>, 32 (1), 46-58.</p> <p>États-Unis</p> <p>Étude quantitative</p>	<p>Évaluer l'attitude des infirmières et du personnel face à la présence familiale en contexte de réanimation</p>		<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La famille peut interférer avec le processus de réanimation - Augmentation du stress chez les professionnels - Crainte d'un litige médico-légal <p>Risques sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violation de la confidentialité du patient et son droit à la vie privée 	<p>- Une plus grande sensibilisation à la population sur le processus exact d'une réanimation augmentera chez les professionnels de la santé la prise de décision quant à cette présence</p>
<p>Axelsson, Å. B., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., op Reimer, W. S., Smith, K., ... et Norekvål, T. M. (2010). European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members</p>	<p>Étudier les expériences et les attitudes des infirmières en soins cardiovasculaires à l'égard de la présence de membres de la famille lors de la réanimation</p>	<p>Bénéfices sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rendement de l'équipe affecté positivement <p>Bénéfices sur la famille :</p>	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les membres de la famille peuvent interférer au processus de réanimation - Concentration difficile de l'équipe 	

<p>present in the resuscitation room. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 9(1), 15-23.</p> <p>Suède</p> <p>Étude quantitative</p>		<ul style="list-style-type: none"> - La présence familiale empêche les membres de la famille de développer des images déformées ou des idées fausses sur le processus de réanimation - Permet de partager les derniers moments avec le patient - Aiderait le membre de la famille dans le processus de deuil 	<ul style="list-style-type: none"> - L'équipe de réanimation dit certaines choses pour diminuer la pression qui pourrait déranger les membres de la famille - L'arrêt de la réanimation serait davantage difficile - Augmentation du nombre d'actions en justice 	
<p>Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., et Albarran, J. (2010). Family witnessed resuscitation—experience and attitudes of German intensive care nurses. <i>Nursing in critical care</i>, 15(5), 241-250.</p> <p>Allemagne</p> <p>Étude à devis mixte</p>	<p>Explorer les expériences et les attitudes des infirmières allemandes en soins intensifs à l'égard de la réanimation en présence d'un membre de la famille</p>	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 57 infirmières pensent que les membres de la famille seraient plus susceptibles d'accepter la décision d'interrompre le traitement s'ils étaient présents - 72 infirmières pensent que si la réanimation échoue, la présence familiale leur permettrait de partager les derniers moments avec le patient - 101 infirmières pensent que la présence familiale pourrait les aider à savoir que tout a été fait pour maintenir en vie leur proche - 66 infirmières pensent que la présence familiale empêcherait les membres de la famille de se faire des fausses idées sur le processus de réanimation 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 104 infirmières craignent que la famille se dispute avec l'équipe de réanimation en comprenant mal la nécessité de certaines interventions spécifiques - 132 infirmières pensent que les membres de la famille pourraient interférer avec le processus de réanimation - 72 infirmières pensent que la présence familiale augmenterait le nombre d'actions en justice - 90 infirmières pensent que la présence familiale provoquerait les tentatives de réanimation inutiles - Scénarios inconfortables et stressants pour l'équipe de réanimation <p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 95 infirmières pensent que les membres de la famille pourraient souffrir des effets émotionnels à long terme <p>Risques sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 116 infirmières craignent que des problèmes liés à des manquements de confidentialité ne surviennent <p>Risques sur l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 42 infirmières pendant que la superficie des chambres de 	

			réanimation est trop petite et qu'accepter la présence familiale réduirait davantage l'environnement	
<p>Howlett, M. S. L., Alexander, G. A., et Tsuchiya, B. (2010). Health care providers' attitudes regarding family presence during resuscitation of adults: an integrated review of the literature. <i>Clinical nurse specialist</i>, 24(3), 161-174.</p> <p>États-Unis</p> <p>Revue de littérature</p>	<p>Connaître les attitudes des fournisseurs de soins de santé à l'égard de la présence de la famille pendant la réanimation d'un adulte</p>	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide les familles à comprendre la gravité de la situation - Prépare la famille à mettre fin à la réanimation - Éduque les familles sur la réalité des réanimations et les encourage à avoir une vision plus appropriée du code - Permet le commencement du processus du deuil - Donne une possibilité à la famille de dire au revoir - Répondre aux besoins émotionnels et spirituels des patients - Aide les familles à comprendre l'état de leur proche - Permet d'apprécier les efforts fournis par l'équipe - Assure à la famille que tout a été fait pour sauver la vie de leur proche <p>Bénéfices sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les familles peuvent offrir du soutien affectif aux patients <p>Bénéfices sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informe le personnel sur les antécédents éventuels du patient 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les prestataires de soins percevaient la présence familiale comme une source de stress - Augmentation de l'anxiété - Peur - Anxiété de performance - Détresse émotionnelle - Fournir un soutien à une famille désemparée peut représenter un fardeau supplémentaire pour le personnel - L'incapacité de garder une distance personnelle de l'émotivité de la réanimation causée en partie par l'humanisation du patient a contribué au stress psychologique de l'équipe de réanimation - Les infirmières peuvent se sentir mal préparées à réagir efficacement aux réactions de certaines familles et ont identifié des limites personnelles dans la gestion des réponses culturelles des familles en situation de crise extrême - Sentiments nerveux, inconfortables et distraits avec des conséquences indésirables du manque de concentration sur le patient - Sensation d'être observé - Prise de décision et enseignement perturbés en présence familiale - Risque accru de litige - L'interférence de la famille peut perturber le travail de l'équipe de réanimation - Actes violents contre le personnel 	<p>- Dans un centre régional de traumatologie, 79% des médecins expérimentés avaient une attitude plus favorable à l'égard de la présence familiale que 19% des résidents moins expérimentés</p>

			<p>- La présence familiale peut influencer l'agressivité de l'équipe de réanimation</p> <p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvenirs désagréables et traumatisants - Réactions des familles à la vue du corps du patient - Traumatisme psychologique <p>Risques sur l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les problèmes environnementaux entourant le travail des soignants ont augmenté le niveau de stress du personnel - Manque d'espace, surpeuplement, distraction 	
<p>Jensen, L., et Kosowan, S. (2011). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: cardiac health care professionals' perspectives. <i>Canadian journal of cardiovascular nursing</i>, 21(3).</p> <p>Canada</p> <p>Étude quantitative</p>	<p>Identifier les perceptions des professionnels de la santé en cardiologie à l'égard de la présence de la famille lors d'une réanimation</p>	<p>Bénéfices pour l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 72,2% pensent que la présence familiale aide à la prise de décision <p>Bénéfices pour la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 72,2% pensent que la présence familiale les aiderait à comprendre la gravité, à diminuer l'anxiété et la peur de la famille et leur permettrait de veiller que tout soit fait pour sauver leur proche 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 45% des répondants pensaient que la présence familiale interférerait avec les soins prodigués aux patients - 61,5% pensent que la réanimation rendrait l'effort plus stressant pour les membres de l'équipe - La famille pourrait interférer avec la procédure tout en causant une augmentation du stress du personnel <p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 21,9% pensent que l'expérience serait trop traumatisante et dérangeante pour la famille 	<p>- Plus de la moitié des professionnels de la santé sont à l'aise de fournir ce type de soutien aux membres de la famille</p>
<p>Chapman, R., Watkins, R., Bushby, A., et Combs, S. (2013). Assessing health professionals' perceptions of family presence during resuscitation: a replication study. <i>International Emergency Nursing</i>, 21(1), 17-25.</p> <p>Australie</p>	<p>Évaluer le rendement de deux échelles qui évaluent les perceptions du personnel lors de la réanimation d'un proche en présence familiale et explorer les différences de perception selon les caractéristiques</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Les participants plus âgés et plus expérimentés sur le plan clinique ont beaucoup plus confiance en leur capacité de gérer la présence familiale pendant la réanimation - Les participants avec un niveau de scolarité plus élevé, une spécialité clinique certifiée et une plus grande

Étude quantitative	sociodémographiques et les expériences antérieures			expérience sur la présence familiale en contexte de réanimation perçoivent plus d'avantages et moins de risques et sont plus confiants dans leur capacité à gérer la présence familiale
Tudor, K., Berger, J., Polivka, B. J., Chlebowy, R., et Thomas, B. (2014). Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. <i>American Journal of Critical Care</i> , 23(6), e88-e96. États-Unis Étude quantitative	Explorer l'expérience des infirmières en réanimation, les perceptions des avantages, des risques et de la confiance en soi quant à la présence de la famille en contexte de réanimation	<ul style="list-style-type: none"> - Les participants membres d'un organisme professionnel de soins infirmiers, qui possédaient un certificat de spécialité, qui avaient déjà invité un membre de la famille d'un patient à assister à une réanimation et qui voulaient qu'un membre de leur propre famille soit présent s'ils étaient réanimés ont signalé plus d'avantages que de risques - Les participants ayant de 11 à 20 ans d'expérience en tant qu'infirmiers ont déclaré des avantages considérablement plus importants <p>Bénéfices sur l'équipe soignante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières estimaient que le plus grand avantage était de rassurer les membres de la famille d'un patient que tout était fait pour aider leur être cher 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La famille du patient peut interférer avec la réanimation en raison de leur réaction émotionnelle et/ou un comportement perturbateur - Surpopulation dans la salle <p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismes psychologique - Processus de réanimation jugé « barbare » par les infirmières qui pourrait traumatiser les membres de la famille ne pensant que les professionnels souhaitent faire plus de mal que de bien au patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières qui étaient plus sûres d'elles dans leur capacité d'inclure la famille du patient au cours de la réanimation ont également perçu plus d'avantages quant à la présence familiale - Les participants membres d'un organisme professionnel de soins infirmiers, qui possédaient un certificat de spécialité, qui avaient déjà invité un membre de la famille d'un patient à assister à une réanimation et qui voulaient qu'un membre de leur propre famille soit présent s'ils étaient réanimés sont beaucoup plus confiant quant à la présence familiale - Les participants travaillant dans des unités de soins intensifs sont plus confiants
Porter, J. E., Cooper, S. J., et Sellick, K. (2014). Family presence during resuscitation (FPDR): perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. <i>International emergency nursing</i> , 22(2), 69-74. Australie Revue de littérature	Développer une compréhension des avantages et obstacles perçus quant à la présence familiale en contexte de réanimation à l'urgence	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le fait de rester présent lors de la réanimation d'un proche aiderait le processus de deuil - Voyant que tout ce qui était possible de faire a été fait aiderait les membres de la famille à comprendre la gravité de l'état du patient et leur permettrait ainsi de donner un sens à la situation <p>Bénéfices sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux familles de toucher leurs proches, de les reconforter et de leur dire au revoir peut rendre la 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur des litiges - Augmentation du stress et de l'anxiété - Interférence de la famille avec la réanimation - Peur que le personnel ne soit distrait par la détresse de la famille <p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expériences traumatisantes 	<ul style="list-style-type: none"> - L'éducation et l'enseignement chez le personnel d'urgence peuvent affecter de manière significative les attitudes en faveur de la présence de la famille - Si le personnel a déjà inclus la famille, il est plus susceptible de le faire à nouveau

		<p>réanimation plus calme et plus pacifique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourage le professionnalisme et le respect du patient ce dernier étant considéré comme un être cher et non comme une simple routine de réanimation - Lien entre infirmières et les membres de la famille renforcé 		
<p>Chapman, R., Bushby, A., Watkins, R., et Combs, S. (2014). Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite family witnessed resuscitation: a qualitative perspective. <i>International emergency nursing</i>, 22(1), 18-24.</p> <p>Australie</p> <p>Étude qualitative</p>	<p>Découvrir pourquoi les professionnels de la santé invitent ou n'invitent pas les membres de la famille à la réanimation d'un proche</p>	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide le processus de deuil - Permet à la famille de voir que tous les efforts sont faits - Source des antécédents du patient <p>Bénéfices sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer un environnement dans lequel les professionnels de la santé sont conscients que le patient n'était pas seulement un corps sur lequel travailler, mais une personne aimée et appréciée 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La famille peut entraver le déroulement de la réanimation (hystérie, agressivité, violence, agitation, détresse, inconsolabilité, incapacité à faire face, menaces, accusations) - Perturbations de l'équipe de réanimation - Certains membres du personnel ont décrit qu'ils se sentaient plus pressés de poursuivre la réanimation plus longtemps que nécessaire lorsque les membres de la famille étaient présents - Augmentation de la charge du travail <p>Risques sur l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espace de réanimation réduit 	
<p>Asencio-Gutiérrez, J. M., et Reguera-Burgos, I. (2017). The opinion of health professionals regarding the presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation. <i>Enfermería Intensiva (English ed.)</i>, 28(4), 144-159.</p> <p>Espagne</p> <p>Étude quantitative</p>	<p>Découvrir l'opinion des professionnels de la santé quant à la présence familiale lors de la réanimation</p>	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 45,08% croient que le fait de permettre la présence familiale permettrait d'éviter le sentiment d'abandon ressenti par les proches d'un patient s'ils attendaient dans une pièce à l'extérieure - 29,84% pensent que la présence familiale réduira l'anxiété ressentie par les membres de la famille - Possibilité que les proches des patients ne ressentent aucun doute sur le fait que tout ait été fait pour sauver la vie de leur proche 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situations de violence et d'agression physiques ainsi que des menaces (68,25%) - Erreurs lors du traitement dues à la distraction de l'équipe médicale - Les professionnels ayant moins de 5 ans d'expérience croient que la présence familiale peut entraîner des erreurs dues à la distraction - Anxiété <p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préjudice psychologique 	

		<p>Bénéfices sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'amélioration du professionnalisme de l'équipe médicale - Les participants ayant plus de 20 ans d'expérience dans les soins aux patients gravement malades étaient plus susceptibles de percevoir des avantages - Amélioration de la communication entre le personnel de santé et les familles 	- Anxiété accrue	
<p>Powers, K., et Reeve, C. L. (2018). Factors associated with nurses' perceptions, self-confidence, and invitations of family presence during resuscitation in the intensive care unit: A cross-sectional survey. <i>International journal of nursing studies</i>, 87, 103-112.</p> <p>États-Unis</p> <p>Étude quantitative</p>	<p>Décrire les perceptions des infirmières de l'unité de soins intensifs, la confiance en soi et les invitations à la présence de la famille pendant la réanimation, et évaluer les différences en fonction des facteurs</p>	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meilleure adaptation des membres de la famille <p>Bénéfices sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meilleures relations famille-prestataire de soins 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interférence des soins - Distraction de l'équipe de réanimation - Augmentation des poursuites judiciaires - Effets émotionnels négatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières des unités de soins intensifs ont fait état de perceptions neutres, mais étaient assez confiantes de pouvoir assurer la présence familiale pendant la réanimation - Les participants qui percevaient positivement la présence de la famille pendant la réanimation et qui avaient une plus grande confiance en eux pour la mettre en œuvre étaient plus susceptibles d'avoir déjà participé à une réanimation avec une présence familiale
<p>García-Martínez, A. L., et Meseguer-Liza, C. (2018). Emergency nurses' attitudes towards the concept of witnessed resuscitation. <i>Revista latino-americana de enfermagem</i>, 26.</p> <p>Amérique latine</p> <p>Revue intégrative des écrits</p>	<p>Passer en revue les données les plus pertinentes sur l'attitude des infirmières à l'égard de la réanimation en présence familiale dans les milieux hospitaliers et extra-hospitaliers</p>	<p>Bénéfices sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - facilitation du processus du deuil - occasion de comprendre et de confronter de manière partagée le rationnel et l'irrationnel de la situation - atténuer le deuil 	<p>Risques sur la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - stress, peur, impuissance 	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels qui perçoivent de plus grands avantages sont ceux qui sont les plus disposés à inviter les membres de la famille
<p>Twibell, R. S., Siela, D., Neal, A., Riwwit, C., et Beane, H. (2018). Family Presence During Resuscitation: Physicians' Perceptions of Risk, Benefit, and Self-Confidence. <i>Dimensions of Critical Care Nursing</i>, 37(3), 167-179.</p> <p>États-Unis</p> <p>Étude quantitative</p>	<p>Mise à l'essai de deux instruments qui mesurent les risques, les avantages et la confiance en soin perçus par les médecins en ce qui concerne la présence de la famille pendant la réanimation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les médecins qui avaient déjà invité des membres de la famille pendant la réanimation ont obtenu une note significativement plus élevée sur l'échelle des risques et des avantages que ceux qui n'avaient jamais invité des membres de la famille 	<p>Risques sur l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les participants n'ont pas perçu la présence de la famille pendant la réanimation comme étant bénéfique pour les infirmières (58,8%) ou les médecins (60,4%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les médecins de famille ont obtenu des résultats significativement plus élevés sur l'échelle de confiance en soin comparativement aux participants d'autres domaines comme les urgences et la radiologie (p<0,001) - Les médecins qui avaient déjà invité des membres de la famille pendant la

		- Les médecins qui avaient déjà invité des membres de la famille pendant la réanimation ont perçu beaucoup moins d'anxiété à bien faire les choses avec les familles présentes que ceux qui n'avaient jamais invité des membres de la famille		réanimation ont obtenu une note significativement plus élevée sur l'échelle de la confiance en soi que ceux qui n'avaient jamais invité des membres de la famille
Gomes, B. D., Dowd, O. P., et Sethares, K. A. (2019). Attitudes of Community Hospital Critical Care Nurses Toward Family-Witnessed Resuscitation. <i>American Journal of Critical Care</i> , 28(2), 142-148. États-Unis Étude quantitative	Examiner les attitudes des infirmières en soins intensifs des hôpitaux communautaires américains à l'égard de la réanimation en présence familiale et cerner les différences d'attitude entre les infirmières qui l'ont vécue ou non	Bénéfices sur la famille : - Plus susceptible d'accepter les décisions concernant le traitement (75%) - 82% estimaient que les membres de la famille seraient plus susceptibles d'accepter la décision de cesser le traitement - 90% pensent que la présence familiale permettrait à la famille de savoir que tout a été fait pour le patient	Risques sur la famille : - 12% pensent que la présence familiale prolongerait le deuil	
Waldemar, A., et Thylen, I. (2019). Healthcare professionals' experiences and attitudes towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. <i>International emergency nursing</i> , 42, 36-43. Suède Étude quantitative	Explorer les expériences et les attitudes des infirmières et des médecins à l'égard de la présence familiale	Bénéfices sur l'équipe soignante : - 62,9% des infirmières et 43,3% des médecins estiment que la présence de la famille pendant la réanimation les aide à comprendre que tout est fait pour leur proche et qu'elle les empêche d'avoir une image déformée ou une perception erronée de la réanimation Bénéfices sur la famille : - 47,7% des participants estiment que la présence familiale pendant la réanimation faciliterait le processus du deuil Bénéfices sur le patient : - 32,7% des infirmières et 11,1% des médecins considèrent que la présence de la famille pendant la réanimation serait bénéfique pour le patient	Risques sur l'équipe soignante : - 1 participant sur 4 a déclaré que la présence familiale allait être trop douloureuse pour lui - 20,5% des infirmières et 41,2% des médecins pensent qu'il est difficile de se concentrer lorsque la famille observe - La présence familiale est perçue comme stressante en créant de l'anxiété chez les professionnels de la santé Risques sur la famille : - 13,2% des participants ont estimé que la famille souffrira des effets émotionnels négatifs Risques sur le patient : - 31,4% des infirmières et 55,6% des médecins estiment que la présence familiale n'est pas bénéfique pour le patient	- Les infirmières (124) étaient plus positives à la présence familiale que les médecins (65)

			Risques sur l'environnement : - La chambre du patient étant déjà considérée comme petite, la présence familiale la réduira davantage	
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ANNEXE D : Normes de présentation du Journal canadien des infirmières d'urgence

GUIDELINES FOR AUTHORS

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN), is distributed to members of the National Emergency Nurses Association, to individuals, and to institutions interested in emergency nursing. The journal is published biannually.

The editorial board invites submissions within the four domains of emergency nursing: clinical care, education, leadership and research. Topic areas of emergency nursing we encourage submissions on include: transport, forensic, northern, rural and Indigenous nursing. Arts-informed scholarship and expressions are also welcome. If you are a novice writer, NENA member, and you have an important emergency nursing story, our editorial staff will be happy to partner with you to get your manuscript published.

The journal is indexed in online scientific journal databases and provides a forum for:

- new clinical practices
- clinical case studies
- research papers
- practice improvement papers
- scholarly projects
- reviews
- arts-informed scholarship
- letters to the editor
- short reports or profiles of:
 - an outstanding emergency nurse, department or program
 - a newsworthy event
 - an ally to Canadian emergency nurses.

CJEN will publish manuscripts related to emergency nursing by non-nurse authors, but priority will be given to the Canadian emergency nurses.

Manuscripts submitted to the CJEN must include the following:

- A cover letter stating:
 - the work has not been published and is not under consideration for publication elsewhere
 - acknowledgement that the submission will undergo computerized analysis for plagiarism
 - the contact information of up to 3 potential peer-reviewers or any requests not to have a certain individual contacted to provide peer-review
- Permission from the copyright holder for any previously published material.

Manuscripts submitted for publication must follow the following format:

1. Title page with the following information:
 - Author(s) name, and credentials, title/position
 - Place of employment/affiliation

- If there is more than one author, co-authors' names, credentials, titles/positions should be listed in the order that they should appear in the published article
- Indicate the primary person to contact and address for correspondence
- Provide five key words for indexing

2. A brief abstract is required for original research, systematic reviews and meta-analyses, of the article on a separate page of 150–250 words. The abstract should provide the context or background for the study and should state the study's purpose, basic procedures (selection of study participants, settings, measurements, analytical methods), main findings (giving specific effect sizes and their statistical and clinical significance, if possible), and principal conclusions. It should emphasize new and important aspects of the study or observations, note important limitations, and not over interpret findings. Clinical trial abstracts should include items that the CONSORT group has identified as essential.

3. Acknowledgements

- Other contributing individuals and sources of research funding should appear in an acknowledgment section.

4. Body of manuscript (approximate maximum):

- Length, including tables, figures, and references:
 - new clinical practices = 8 pages, 2 tables or figures
 - research papers = 20 pages, 6 tables or figures
 - practice improvement papers = 12 pages, 4 tables or figures
 - scholarly projects = 12 pages, 2 tables or figures
 - reviews = 16 pages, 2 tables or figures
 - arts-informed scholarship = 8 pages, 2 tables or figures
 - letters to the editor = 4 pages, 1 table or figure
 - clinical case studies = 8 pages, including tables and figures

Additional specific guidelines for Clinical Case Studies. Case Studies should be written in a similar format to include the following:

- Initial patient presentation
- Relevant history
- Relevant physical exam findings
- Relevant diagnostics
- Case progression
- Final case outcome
- Discussion/Teaching points
- References.

Graphics that will enhance the case study are encouraged (e.g., photos, diagrams, diagnostics).

Authors must receive, and submit, the appropriate permission from the source(s) to use such images in the final publication. Information or graphics that uniquely identify the patient may only be included if written permission for publication in CJEN is received from the patient.

Case studies usually document the management of one patient, with an emphasis on presentations that include care given in an emergency/urgent care/pre-hospital setting and involving emergency nurses and/or nurse practitioners and /or emergency pre-hospital providers. Other features that will be of interest to the reader include cases:

- that are unusual, rare or where there was an unexpected response to treatment
- where new diagnostic tools were used
- that inform readers of new treatment and management options, including relevance to emergency care practice.

5. Implications for nurses

- Provide a separate page with three to five important points or clinical/research implications relevant to the paper. These will also be published with the paper and possibly in NENA social media (e.g., newsletters, Facebook, Twitter).

6. Copyright

- Manuscripts submitted and published in the CJEN become the property of NENA.

7. Submission

- Submit manuscripts electronically as a Word document to the editorial office and NENA national office (editor@nena.ca).
- Submit a signed Author Declaration. All authors must declare any conflicts of interest and acknowledge that they have made substantial contributions to the work and/or contributed substantially to the manuscript at the time of acceptance.

8. Review process and timelines

- All manuscripts are reviewed through a blinded, peer review process.
- Accepted manuscripts are subject to copyediting.
- Expected timeline from submission to response is approximately 8 weeks.
- Papers can be accepted as is, accepted with minor revisions, sent back for revisions and a request to resubmit, or rejected.
- If a paper is rejected, that decision is final.
- Once a manuscript is accepted, time to publication is approximately 3–6 months.

Canadian Journal of Emergency Nursing Preferred Style

- Format: double spaced, 2.5 cm margins on all sides. Pages should be numbered sequentially including tables, and figures. Line numbering should be used as well.
- Prepare the manuscript in the style as outlined in the American Psychological Association's (APA) Publication Manual 6th Edition. An exception from APA is the spelling (should be current "Canadian" use where applicable).
- Use only generic names for products, devices and drugs.
- Suggested format for research papers is background, methods, findings/results, discussion, and conclusion.
- The CJEN supports the SAGER guidelines and encourages authors to report data systematically by sex or gender when

feasible.

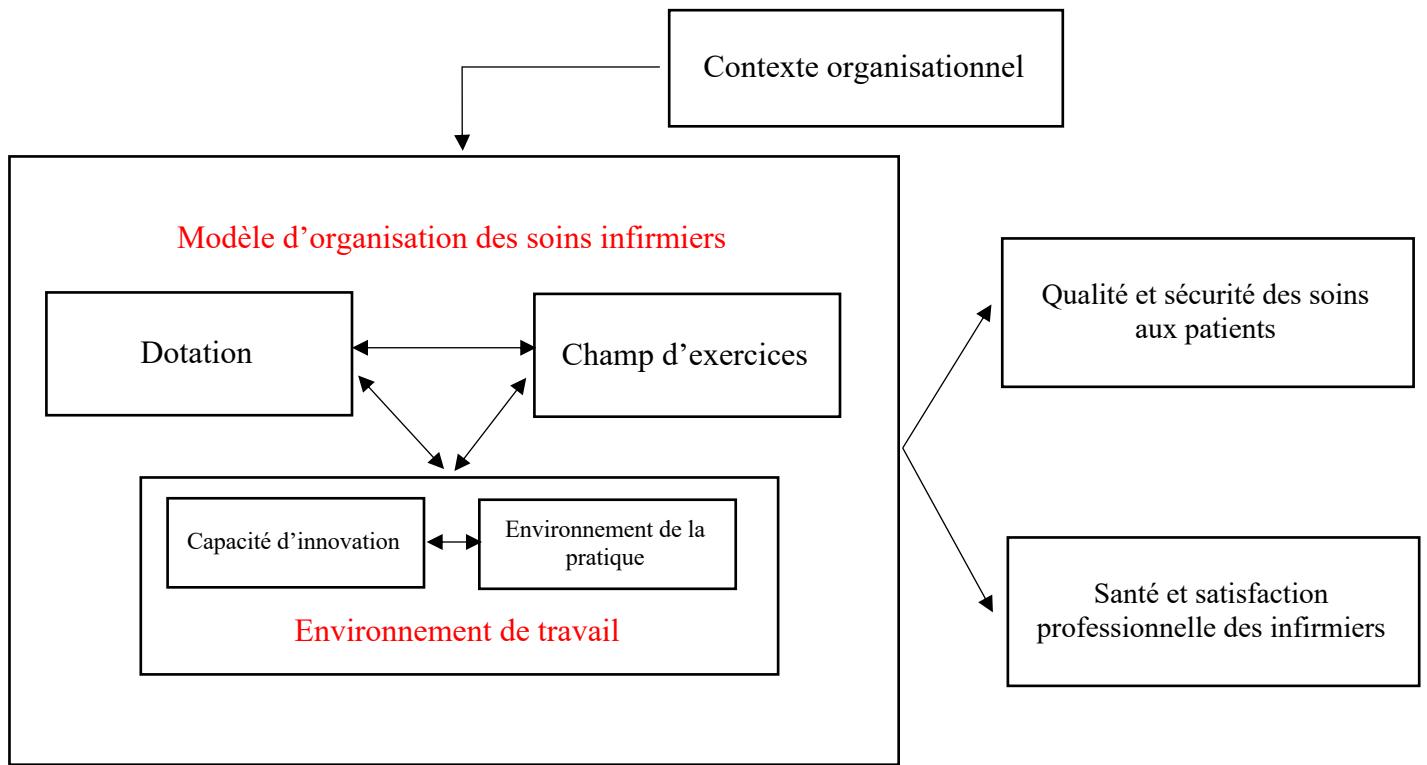
- Tables, figures, illustrations and photographs must be submitted each on a separate page after the references. Illustrations should be computer-generated or professionally drawn. Images should be in electronic form and high resolution. The CJEN is only printed in black and white copy. If you want to publish a photograph of people you must include a consent from them. CJEN will not reimburse the author for any costs incurred for permission to use a graphic for publication.

Note

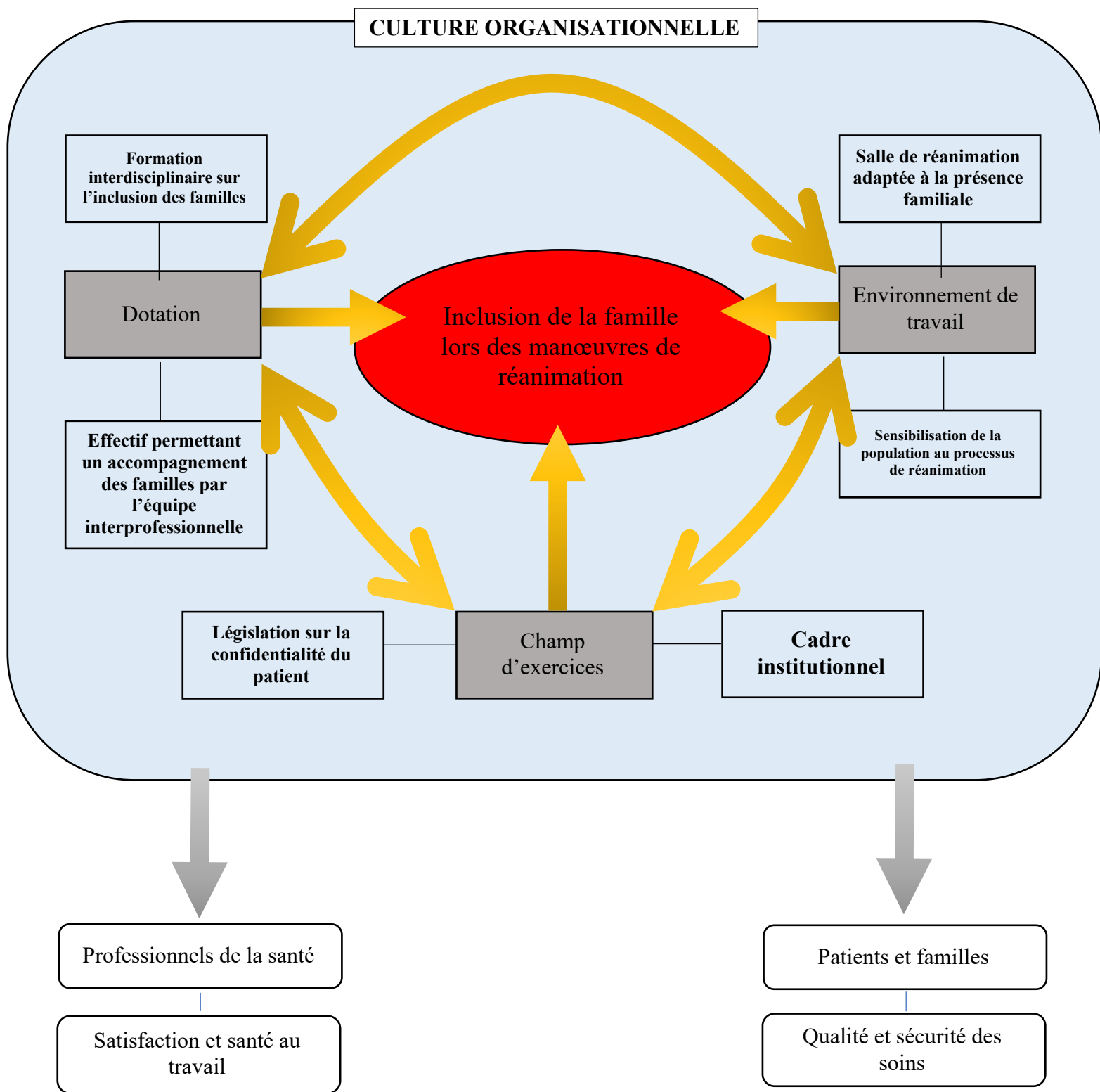
The Canadian Journal of Emergency Nursing strives for excellence in publishing and adheres to the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors as well as the Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Feedback from authors, readers, reviewers and editorial board members about ways the CJEN can improve, are encouraged.

Disagreements with editorial decisions should be brought forward to the CJEN editor. If resolution cannot be obtained, complaints should be forwarded to the NENA President.

ANNEXE E : Cadre de référence original de Dubois, D'Amour, Tchouaket, Rivard, Clarke et Blais (2012) [traduction libre]



ANNEXE F : Modèle d'organisation pour l'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation (OPIF) adapté à partir de Dubois et al. (2012)



Légende :
Concepts spécifiques à l'OPIF en gras