

**PERCEPTIONS DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ FACE À LA
PRÉSENCE DE LA FAMILLE LORS DES MANŒUVRES DE RÉANIMATION :
UNE REVUE INTÉGRATIVE DES ÉCRITS**

QUENTIN BEVILLARD-CHARRIÈRE, inf. M. Sc.

Faculté des Sciences Infirmières
Université de Montréal
quentin.bevillard-charriere@umontreal.ca

STEVE GAGNÉ, inf., MScN, CNCC (C)

Conseiller en soins spécialisés – Développement de la pratique et des compétences
Chercheur-Professionnel de la santé au Centre de recherche du CHUM
Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
Infirmier clinicien spécialisé associé
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
steve.gagne.chum@ssss.gouv.qc.ca

LAURENCE BERNARD, inf. Ph.D

Professeure agrégée
Faculté des Sciences Infirmières
Université de Montréal
laurence.bernard@umontreal.ca

ABSTARCT

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22

Contexte : l'inclusion des familles lors d'une réanimation cardiorespiratoire constitue un défi clinique. En effet, les familles sont souvent absentes des protocoles de réanimation qui ciblent les interventions de l'équipe interprofessionnelle composée de médecins, d'infirmiers, d'inhalothérapeutes et de préposés aux bénéficiaires. La littérature scientifique existante paraît peu étoffée sur la perception de l'équipe interprofessionnelle face à l'inclusion des familles durant la réanimation.

Objectif : le but de cette revue intégrative est de recenser des écrits traitant de la perception des membres de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation.

Méthodologie : cette revue intégrative des écrits a été réalisée en consultant 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). Les données ont été organisées selon les trois thèmes qu'identifient Twibell et al. (2008) dans leurs travaux : les bénéfices perçus par les professionnels de la santé, les risques perçus et le niveau de confiance en la pratique professionnelle.

Résultats : sur un total de 1910 écrits répertoriés, 23 articles scientifiques ont été retenus. Les trois thèmes identifiés dans les travaux de Twibell et al. (2008) ont servi de base à l'analyse des écrits. Cette dernière a été effectuée à l'aide d'une analyse thématique. La littérature recensée aborde la perception principalement des infirmiers et des médecins, mais très peu des autres membres de l'équipe interprofessionnelle. Malgré les risques ou

23 les appréhensions ressentis par les infirmiers et les médecins, la présence de la famille
24 durant les manœuvres demeure bénéfique pour celle-ci.

25 **Limites** : cette revue intégrative n'a pas retenu d'article ciblant le point de vue des
26 gestionnaires ou de décideurs politiques ni le point de vue de l'équipe interprofessionnelle
27 œuvrant dans les urgences pédiatriques. De plus, la méthode d'analyse des données basée
28 sur les thèmes de Twibell et al. (2008) entraîne un biais dans l'émergence d'autres thèmes.
29 Enfin, les perceptions de l'équipe interprofessionnelle n'ont pas été rattachées au milieu
30 d'exercice.

31 **Conclusion** : les résultats de cette revue intégrative offrent des pistes d'interventions qui
32 permettront d'améliorer la pratique d'inclusion des familles lors des manœuvres de
33 réanimation. Une attention particulière devrait être portée sur la formation initiale et
34 continue des professionnels de la santé. De plus, cet article permet un début de réflexion
35 chez les gestionnaires et décideurs afin de promouvoir une culture collaborative ainsi
36 qu'une approche centrée sur le patient.

37 **Mots-clés** : équipe interprofessionnelle, réanimation, urgence, famille, revue intégrative

38

39

40

41

42

43

44 INTRODUCTION

45 Au département d'urgence, toutes manœuvres de réanimation cardiorespiratoire
46 impliquent une charge émotionnelle pour la personne, sa famille et l'équipe
47 interprofessionnelle. Toutefois, de nombreuses études révèlent le souhait de la famille à
48 vouloir être présente auprès de leurs proches lors d'une pareille situation critique de soins
49 (Meyers et al., 2000; Mian et al., 2007). Plusieurs chercheurs rapportent de nombreux
50 avantages de cette inclusion de la famille tels que cette dernière représente, une source de
51 renseignement pour l'équipe interprofessionnelle (Jensen et Kosowan, 2011; Knott et Kee,
52 2005). D'autres auteurs soulignent que la présence familiale permettrait d'humaniser cette
53 situation de soins critiques (Chapman et al., 2014; McClement et al., 2009; Porter et al.,
54 2014). C'est pourquoi, l'ENA (Emergency Nurses Association) a émis en 2007, des
55 recommandations dans l'objectif de développer et soutenir cette pratique d'inclusion aux
56 urgences (Emergency Nurses Association [ENA], 2012). Néanmoins malgré ces
57 recommandations, de nombreuses études révèlent qu'il ne s'agit toujours pas d'une pratique
58 courante. Les opinions des professionnels de la santé sont partagées et une majorité indique
59 que l'inclusion des familles va à l'encontre de la pratique habituelle d'exclusion des
60 familles (Fisher et al., 2008; MacLean et al., 2003; Mason, 2003). Face à cette réticence des
61 professionnels de la santé, il devient important de s'intéresser aux perceptions de l'équipe
62 interprofessionnelle face à la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation. La
63 présence de la famille en réanimation équivaut à la présence de la famille au sein de
64 l'environnement où sont prodigués les manœuvres de réanimation (Twibell et al., 2018).

65 Cette présence est synonyme de contact visuel ou physique avec le patient lorsque les
66 manœuvres de réanimation sont en cours (Twibell et al., 2018). Ainsi, le but de l'article est
67 de dresser un portrait des perceptions de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de
68 la famille lors des manœuvres de réanimation au département d'urgence.

69

70 **MÉTHODE**

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

75 La stratégie de recherche a mobilisé trois principaux concepts : *interprofessional*,
76 *family* et *resuscitation*. Un repérage d'articles scientifiques a été effectué via les bases de
77 données *Cumulative Index to Nursing Information and Allied Health Literature (CINAHL)*,
78 *PsycINFO*, *Medline*, *Web of Science*, *Cochrane* et *Joanna Briggs Institute (JBI)*. Pour être
79 inclus, les écrits devaient : être publiés en langues anglaises ou françaises ; études
80 qualitatives/quantitatives/mixte/revue de la littérature ; publiés après 2005 afin de cibler des
81 écrits récents ; traiter de la présence familiale lors des manœuvres de réanimation ou
82 aborder les perceptions des professionnels de la santé en lien avec la présence de la famille
83 lors des manœuvres de réanimation. Les écrits reflétant la réalité des urgences pédiatriques
84 et les études provenant d'un pays dont la pratique clinique ne s'apparente pas à la réalité
85 nord-américaine ont été exclus. L'évaluation des articles a été effectuée à l'aide d'une grille

86 analysant la pertinence, la rigueur et la méthodologie de l'article. Cette grille s'appuie sur
87 le livre de Loiselle et Profetto-McGrath (2007). La littérature grise n'a pas été incluse sur
88 recommandation d'un bibliothécaire. En effet, à titre d'exemple, les protocoles et politiques
89 d'inclusion ou d'exclusion des familles sont habituellement des documents non publiés,
90 internes à l'organisation de soin.

91

92 ANALYSES DES DONNÉES

93 L'analyse des données a été construite autour des trois thèmes identifiés dans les
94 travaux de Twibell et al. (2008), grâce à une analyse thématique des données (Paillé et
95 Muchielli, 2016). Ce type d'analyse a été efficace pour identifier les perceptions de l'équipe
96 interprofessionnelle face à la présence de la famille lors des manœuvres de réanimation, en
97 les mettant en lien avec les trois thèmes identifiés par Twibell et al. (2008). Ainsi, les
98 résultats de la présente revue intégrative mettent en lumière les bénéfices perçus par les
99 infirmiers et médecins principalement face à la présence de la famille ; les risques perçus
100 par ces derniers face à la présence de la famille et leur niveau de confiance en la pratique
101 professionnelle face à la présence de celle-ci (voir tableau 1).

102

103 **RÉSULTATS**

104 Des 1 910 articles potentiels répertoriés, 1 720 articles ont été exclus parce qu'ils ne
105 répondaient pas aux critères d'inclusion (Figure 1). Des 190 articles retenus initialement,
106 158 ont été exclus ne correspondant pas au but de la revue intégrative qui était de recenser

107 des écrits traitants de la perception des professionnels face à la présence de la famille en
108 contexte de réanimation. Finalement, 23 écrits ont été analysés à l'aide d'une grille
109 structurée produite par les auteurs. Cette dernière a été utilisée afin de synthétiser les
110 données issues de l'analyse thématique. Elle regroupe les informations suivantes : la
111 référence de l'article, le pays, le devis, le but, les données pouvant être associées aux
112 bénéfices perçus, aux risques perçus et au niveau de confiance en la pratique
113 professionnelle. Des 23 études retenues, on retrouve une revue intégrative des écrits ($\eta=1$),
114 des revues de littérature ($\eta=4$), des études à devis quantitatif ($\eta=11$), à devis qualitatif ($\eta=5$),
115 à devis mixte ($\eta=1$) et un essai contrôlé randomisé ($\eta=1$). La majorité des études ($\eta=20$) ont
116 été publiées à partir de 2008. Cette date correspond à la publication des travaux de Twibell
117 et al. (2008) sur l'élaboration d'un outil validé par ses propriétés psychométriques
118 permettant la mesure des perceptions des infirmiers face à la présence familiale lors d'une
119 réanimation qui a ouvert une voie quant à la recherche infirmière sur l'inclusion de la
120 famille lors des manœuvres de réanimation.

121 La plupart des études proviennent d'Amérique du Nord soit aux États-Unis ($\eta=10$)
122 et au Canada ($\eta=2$). Les autres ont été réalisées en Europe ($\eta=5$), en Australie ($\eta=5$) et une
123 en Amérique latine. Le nombre de participants dans les études qualitatives variaient entre
124 10 et 242. Pour les études quantitatives les échantillons variaient entre 40 et 570. La
125 majorité des études présentaient un échantillon supérieur à 120. Le nombre des échantillons
126 des études varie grandement pouvant ainsi influencer la généralisation des résultats.
127 Néanmoins, la généralisation n'est pas une fin en soi dans la méthode de revue intégrative

128 des écrits. Les participants étaient soit uniquement des infirmiers ($n=12$), soit des infirmiers
129 et des médecins ($n=5$) et une étude comportait uniquement des médecins et ce, malgré
130 l'inclusion de la notion d'équipe interprofessionnelle dans les critères de sélection des
131 articles et des mots-clés. Les études proviennent des départements d'urgence ($n=6$), des
132 unités de soins intensifs ($n=5$), de toutes les unités confondues de centres hospitaliers ($n=4$),
133 des unités de cardiologie ($n=3$) et une étude a visé les infirmiers membres de l'ENA et de
134 l'AACN (American Association of Critical-Care Nurses).

135

136 **Thème 1 : Les bénéfices perçus par les infirmiers et médecins face** 137 **à la présence de la famille.**

138 Nous constatons, dans la littérature scientifique, de nombreux bénéfices perçus par
139 les infirmiers et les médecins. Selon Twibell et al. (2018), le bénéfice perçu est l'évaluation
140 par un individu de la valeur de l'adoption d'un comportement. Ces bénéfices concernent
141 principalement deux sphères : patient/famille et infirmiers/médecins.

142 **Bénéfices reliés au patient/famille.**

143 Dix-huit articles évaluent les bénéfices reliés au patient/famille. Les bénéfices
144 perçus par l'équipe pour les patients/familles sont nombreux : ils concernent le réconfort,
145 le soutien affectif, la prise de conscience de l'ampleur des soins, le processus de deuil,
146 l'interruption de la réanimation et l'accompagnement et à la diminution d'apparition de
147 stress post-traumatique.

148 Dans un premier temps, les bénéfices reliés au patient sont moins présents dans la
149 littérature. Waldemar et Thylen (2019) constatent que les infirmiers ($n=189$) estiment que
150 la présence familiale serait bénéfique pour le patient. Certains auteurs appuient que la
151 présence familiale apporte un réconfort, un soutien affectif chez le patient (Fell, 2009;
152 Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010; McClement et al., 2009). D'après ces
153 derniers, la présence familiale permettrait de maintenir le lien d'attachement entre le patient
154 et ses proches.

155 Dans un second temps, les bénéfices reliés à la famille sont bien documentés. Selon
156 plusieurs auteurs, les infirmiers pensent que la présence familiale lors d'une réanimation
157 permettrait à la famille de réaliser une prise de conscience de l'ampleur des soins fournis
158 pour leur proche ainsi que les efforts déployés par l'équipe soignante (Chapman et al., 2014;
159 Fell, 2009; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010; Knott et Kee, 2005;
160 McClement et al., 2009; Porter et al., 2014; Tudor et al., 2014). Cette prise de conscience
161 permettrait à la famille d'être rassurée sur le fait que tout a été fait pour venir en aide à leur
162 proche (Tudor et al., 2014) et de donner un sens à la situation (Porter et al., 2014). De
163 nombreux auteurs rapportent que la présence familiale permettrait à la famille de savoir que
164 tout a été entrepris pour leur proche (Fulbrook et al., 2005; Gomes et al., 2019; Jensen et
165 Kosowan, 2011; Köberich et al., 2010). De ce fait, l'anxiété de la famille pourrait diminuer
166 et une compréhension de la gravité de la situation pourrait se manifester (Jensen et
167 Kosowan, 2011). Waldemar et Thylen (2019) poursuivent en rapportant que cette présence
168 empêcherait la famille d'avoir une image déformée ou erronée de la situation. Certains

169 auteurs montrent qu'en étant présente auprès de leur proche, la famille serait davantage
170 susceptible d'accepter l'arrêt des manœuvres de réanimation (Howlett et al., 2010;
171 McClement et al., 2009) et que les infirmiers ressentent ce même bénéfice (Fulbrook et al.
172 (2005) ; Köberich et al. (2010). De plus, Gomes et al. (2019) montre que 82% des infirmiers
173 ($n=40$) estiment que les membres de la famille accepteraient plus facilement la fin du
174 traitement en étant présente. Plusieurs auteurs rapportent la possibilité donnée à la famille
175 d'être présente dans les derniers instants de vie de leur proche leur permettant ainsi de leur
176 dire au revoir durant le processus d'arrêt des manœuvres de réanimation (Axelsson et al.,
177 2010; Fulbrook et al. (2005); Holzhauser et Finucane, 2007; Howlett et al., 2010; Köberich
178 et al. (2010); McClement et al., 2009). Selon de nombreux auteurs, la présence familiale
179 aiderait la famille à entamer le processus de deuil (Axelsson et al., 2010; Chapman et al.,
180 2014; Fulbrook et al., 2005; García-Martínez et Meseguer-Liza, 2018; Howlett et al., 2010;
181 Knott et Kee, 2005; Waldemar et Thylen, 2019).

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

188 **Bénéfices reliés aux infirmiers et médecins.**

189 Quatorze articles ont été inclus dans le sous-thème des bénéfices reliés aux
190 infirmiers et médecins. Les bénéfices reliés aux infirmiers et/ou médecins rapportés dans
191 les écrits sont les suivants : liens famille/soignant renforcés, connaissance rapide des
192 antécédents du patient, et une situation de réanimation humanisée. De nombreux auteurs
193 soulèvent que la présence familiale contribuerait à renforcer les liens entre la famille et
194 l'équipe de soins (Asencio-Gutiérrez et Reguera-Burgos, 2017; Fulbrook et al., 2005;
195 Miller et Stiles, 2009; Porter et al., 2014; Powers et Reeve, 2018). Miller et Stiles (2009)
196 soulèvent que les infirmiers déclarent se sentir appréciées par la famille si cette dernière a
197 pu être présente lors de la réanimation. Ces mêmes auteurs soulignent également une
198 reconnaissance de la famille pour les efforts entrepris par les professionnels renforçant ainsi
199 le lien soignant-famille. Certains auteurs soulignent que la présence familiale représenterait
200 une aide pour les soignants en étant source de renseignement du patient (Chapman et al.,
201 2014; Fell, 2009; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010). Des auteurs
202 (Axelsson et al., 2010; Fulbrook et al., 2005) rapportent que grâce à la présence familiale
203 le rendement de l'équipe serait affecté positivement. D'autres auteurs soutiennent que la
204 présence familiale permettrait d'humaniser le patient et non de le percevoir comme un
205 simple corps à réanimer (Chapman et al., 2014; McClement et al., 2009; Porter et al., 2014).
206 Holzhauser et Finucane (2008) soulignent que la présence de la famille peut être également
207 une source de réconfort pour les infirmiers et les médecins.
208

209 **Thème 2 : Les risques perçus par les infirmiers et médecins face à**
210 **la présence de la famille**

211 Les risques perçus par les infirmiers et les médecins face à la présence de la famille
212 lors d'une réanimation sont bien documentés dans la littérature scientifique. Twibell et al.,
213 (2018) définissent le risque perçu comme étant la susceptibilité ressentie par une personne
214 à une menace. L'expérience d'inclusion des familles peut être négative dès lors que le
215 professionnel perçoit des risques à l'inclure.

216

217 **Risques reliés au patient/famille.**

218 Quinze articles évaluent les risques reliés à la famille. Les risques perçus par les
219 infirmiers et les médecins reliés au patient/famille sont divers et variés : fardeau
220 émotionnel, interprétation des soins faussée, comportement néfaste, perturbation du
221 processus de deuil, et bris de confidentialité.

222 De nombreux auteurs soulèvent un fardeau émotionnel pour la famille dû à leur
223 présence pendant la réanimation de leur proche (Fulbrook et al., 2005; García-Martínez et
224 Meseguer-Liza, 2018; Holzhauser et Finucane, 2007, 2008; Howlett et al., 2010; Knott et
225 Kee, 2005; Miller et Stiles, 2009). Köberich et al. (2010) montrent que 24% des infirmiers
226 ($n=394$) craignent que les membres de la famille puissent souffrir d'effets émotionnels à
227 long terme. Récemment, Waldemar et Thylen (2019) rapportent que 13,2% des infirmiers
228 et des médecins ($n=189$) ont estimé que la famille souffrira également d'effets émotionnels
229 négatifs. Certains auteurs soulèvent un traumatisme psychologique envisageable sur la

230 famille (Asencio-Gutiérrez et Reguera-Burgos, 2017; Fell, 2009; Howlett et al., 2010;
231 McClement et al., 2009; Porter et al., 2014; Tudor et al., 2014). Jensen et Kosowan (2011)
232 rapportent que 21,9% des infirmiers et médecins ($n=137$) pensent que l'expérience serait
233 trop traumatisante et dérangeante pour la famille. Des auteurs soulèvent que la présence
234 familiale pourrait engendrer une mauvaise interprétation des proches de certains actes
235 médicaux, pensants même que l'équipe soignante agit avec plus de mal que de bien (Knott
236 et Kee, 2005; Tudor et al., 2014). Un pourcentage de 75% des infirmiers ($n=124$) de l'étude
237 de Fulbrook et al. (2005) pensent qu'elles pourraient dire des choses qui contrarieraient
238 involontairement les membres de la famille. D'autres auteurs rapportent un comportement
239 possible de la famille caractérisé des proches hors de contrôle, hystériques, pris de panique
240 (Holzhauser et Finucane, 2007; Knott et Kee, 2005). Fell (2009) a relevé que les soignants
241 estimaient qu'un membre de la famille pourrait s'évanouir pendant la réanimation de leur
242 proche. Holzhauser et Finucane (2007) soulèvent un risque de développer une mauvaise
243 adaptation du processus de deuil. Gomes et al. (2019) rapportent que 12% des infirmiers
244 ($n=40$) interrogés estiment que la présence familiale prolongerait le deuil. Nombreux sont
245 les auteurs qui rapportent que la confidentialité du patient et de son droit à la vie privée
246 peuvent être violés par la présence familiale (Fulbrook et al., 2005; Holzhauser et Finucane,
247 2007; Köberich et al. 2010; Tomlinson et al., 2010). Fulbrook et al. (2005), ainsi que
248 Waldemar et Thylen (2019), rapportent respectivement que 36,9% des infirmiers ($n=124$)
249 de la première étude ont la conviction que la présence familiale n'est pas bénéfique pour le
250 patient. Tandis que 31,4% des infirmiers ($n=124$) et 55,6% des médecins ($n=65$) de la

251 deuxième étude ont également cette perception. Somme toute, les risques perçus par les
252 infirmiers et les médecins reliés au patient/famille sont nombreux.

253

254 **Risques reliés aux infirmiers et médecins.**

255 Dix-huit articles évaluent les risques reliés aux infirmiers et médecins. Plusieurs
256 risques reliés aux infirmiers et médecins sont rapportés dans les écrits : interférence de la
257 réanimation, poursuites judiciaires, l'arrêt de la réanimation difficile. Nombreux auteurs
258 soulèvent que les émotions éprouvées par la famille peuvent interférer la réanimation :
259 l'anxiété (Asencio-Gutiérrez et Reguera-Burgos, 2017; Fell, 2009; Howlett et al., 2010;
260 Knott et Kee, 2005; McClement et al., 2009; J. E. Porter et al., 2014; Waldemar et Thylen,
261 2019), du stress (Chapman et al., 2014; Holzhauser et Finucane, 2007; Howlett et al., 2010;
262 Köberich et al., 2010; Porter et al., 2014; Tomlinson et al., 2010; Waldemar et Thylen,
263 2019), de la peur (Holzhauser et Finucane, 2007; Howlett et al., 2010). Jensen et Kosowan
264 (2011) soulèvent que 61,5% des membres des médecins et infirmiers ($n=137$) pensent que
265 la présence familiale rendrait la réanimation plus stressante pour les membres de l'équipe.
266 McClement et al. (2009) mentionnent que les soignants évoquent une perte de confiance
267 des compétences professionnelles devant la famille présente pendant la réanimation.

268 Plusieurs auteurs soulèvent une peur des soignants que la présence familiale puisse
269 engendrer une augmentation des poursuites judiciaires contre les membres de l'équipe de
270 réanimation (Axelsson et al., 2010; Fell, 2009; Howlett et al., 2010; Köberich et al., 2010;
271 McClement et al., 2009; Porter et al., 2014; Powers et Reeve, 2018; Tomlinson et al., 2010).

272 Fulbrook et al. (2005) ont un taux de 26% d'infirmiers ($n=124$) estimant que des
273 malentendus pourraient entraîner une augmentation des poursuites. Fell (2009) à montrer
274 que les prestataires de soins pensent que les interventions des soignants peuvent être mal
275 interprétées amenant les familles à croire que l'équipe de réanimation est incompétente.
276 Plusieurs auteurs rapportent que les professionnels ont tendance à faire preuve de laxisme
277 et utiliser l'humour afin de diminuer la pression lors des manœuvres de réanimation
278 (Axelsson et al., 2010; McClement et al., 2009; Miller et Stiles, 2009). D'après ces mêmes
279 auteurs, ceci pourrait encourager les membres de la famille à engager des poursuites
280 judiciaires si l'issue de la réanimation est fatale. Des auteurs soulèvent une difficulté
281 possible à mettre fin à la réanimation due à la présence familiale (Axelsson et al., 2010;
282 Fulbrook et al., 2005; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010). Köberich et al.
283 (2010) montrent que 23% des infirmiers ($n=394$) pensent que la présence familiale
284 provoquerait des tentatives de réanimation inutiles. Nombreuses études soulèvent que la
285 famille pourrait interférer au processus de réanimation en perturbant l'équipe de soins
286 (Axelsson et al., 2010; Chapman et al., 2014; Howlett et al., 2010; Jensen et Kosowan,
287 2011; Köberich et al., 2010; Porter et al., 2014; Tomlinson et al., 2010). Des auteurs
288 montrent que cette interférence pourrait perturber les soins de réanimation (Jensen et
289 Kosowan, 2011; McClement et al., 2009; Powers et Reeve, 2018) ou augmenter la charge
290 de travail de l'équipe de réanimation (Chapman et al., 2014). Cette interférence pourrait
291 procurer un sentiment d'inconfort (Knott et Kee, 2005) ou d'un sentiment d'inadéquation
292 (McClement et al., 2009) chez les infirmiers. Des auteurs rapportent que l'observation de

293 la famille pourrait entraîner une distraction possible des soignants (Fell, 2009; Powers et
294 Reeve, 2018). D'autres auteurs parlent d'une concentration difficile de l'équipe (Axelsson
295 et al., 2010; Fulbrook et al., 2005). Récemment Waldemar et Thylen (2019) obtiennent un
296 taux de 20,5% de la part des infirmiers ($n=124$) et 41,2% chez les médecins ($n=65$) par
297 rapport à cette perception.

298

299 **Risques reliés à l'environnement de l'aire de réanimation.**

300 Sept articles évaluent les risques reliés à l'environnement. Globalement, peu
301 d'auteurs soulignent les risques reliés à l'environnement de l'aire de réanimation.
302 Néanmoins, quelques auteurs rapportent une réduction considérable de la taille de
303 l'environnement de la salle de réanimation (Chapman et al., 2014; Holzhauser et Finucane,
304 2008; Howlett et al., 2010; Knott et Kee, 2005; McClement et al., 2009; Waldemar et
305 Thylen, 2019). Köberich et al. (2010) soulèvent que 42 infirmiers ($n=394$) pensent que la
306 superficie des chambres de réanimation n'est pas assez spacieuse pour permettre la présence
307 familiale qui réduirait davantage l'environnement. Malgré ces considérations
308 environnementales, il est important de souligner que les auteurs, dans la plupart des études,
309 rapportent des taux inférieurs à 50% concernant les risques perçus par les infirmiers et les
310 médecins. Ainsi, une majorité des soignants ne perçoivent pas de risques dû à la présence
311 familiale lors de la réanimation, et ce, malgré un environnement plus restreint.

312

313 **Thème 3 : Le niveau de confiance en la pratique professionnelle des**
314 **infirmiers et médecins face à la présence de la famille.**

315 Quatorze articles évaluent le niveau de la confiance en la pratique professionnelle.
316 Twibell et al. (2018) définissent le concept de la confiance en la pratique professionnelle
317 comme étant la capacité d'une personne à adopter un comportement. Le niveau de
318 confiance en la pratique professionnelle est une dimension importante dans la pratique
319 d'inclusion des familles lors d'une réanimation. En effet, Twibell et al. (2008) ont constaté
320 que le niveau de confiance en la pratique professionnelle des infirmiers face à la présence
321 familiale a un lien direct avec l'inclusion de la famille : plus le taux de confiance en la
322 pratique professionnelle sera élevé, plus les médecins et infirmiers seront en mesure
323 d'inviter la famille.

324 Plusieurs barrières peuvent affecter le niveau de confiance en la pratique
325 professionnelle et donc limiter l'inclusion de la famille; la nouveauté de cette pratique et
326 l'absence d'autorité discrétionnaire (Fulbrook et al., 2005). Holzhauser et Finucane (2007)
327 montrent que lorsque l'opinion du personnel quant à la présence familiale est favorable, le
328 degré d'aisance de ces derniers augmente. Il est alors envisagé qu'ils peuvent acquérir ainsi
329 l'adoption de cette pratique inclusive dans leurs milieux. En se référant à la définition de
330 Twibell et al. (2018), leur niveau de confiance en la pratique professionnelle serait ainsi
331 renforcé. Selon Tomlinson et al. (2010) une plus grande sensibilisation à la population sur
332 le processus de réanimation augmenterait une prise de décision favorable quant à la
333 présence familiale chez les infirmiers. Ils seront ainsi davantage aptes à inclure la famille

334 lors des manœuvres de réanimation, renforçant ainsi leur niveau de confiance en la pratique
335 professionnelle.

336 Le niveau de confiance en la pratique professionnelle dépend de l'expérience du
337 professionnel. Tudor et al. (2014) ont utilisé dans leur étude les échelles de Twibell et al.
338 (2008). Ces derniers concluent que les infirmiers qui avaient déjà procédé à une invitation
339 de la famille ou qui désiraient qu'un membre de leur propre famille insiste à leur
340 réanimation éventuelle présentent un niveau de confiance en la pratique professionnelle
341 plus élevé (Tudor et al., 2014). Howlett et al. (2010) rapportent que 79% des quatorze
342 médecins expérimentés d'un centre régional de traumatologie présentaient une attitude plus
343 favorable à l'égard de la présence familiale que 19% ($n=22$) des résidents moins
344 expérimentés. Le niveau de confiance en la pratique professionnelle dépend aussi de
345 l'expérience de l'inclusion des familles lors d'une précédente réanimation. Récemment,
346 Twibell et al. (2018) montrent que les médecins ayant déjà invité des membres de la famille
347 pendant la réanimation obtiennent une note significativement plus élevée sur l'échelle de
348 la confiance en la pratique professionnelle que ceux qui n'avaient jamais invité des
349 membres de la famille. Porter et al. (2014) montrent également que si le personnel a déjà
350 inclus la famille il devient alors plus susceptible de le faire à nouveau. Ces mêmes auteurs
351 soulèvent que l'enseignement pourrait conduire à davantage d'attitudes en faveur de la
352 présence de la famille (Porter et al., 2014). Devant ces attitudes favorables, le personnel
353 aura davantage tendance à inclure les familles lors des manœuvres de réanimation. Leur
354 niveau de confiance en la pratique professionnelle sera ainsi renforcé.

355 Twibell et ses collaborateurs (2018) ont mené des études à partir d'un outil mesurant
356 le niveau de confiance en la pratique professionnelle chez les infirmiers et médecins. Ces
357 auteurs rapportent que les infirmiers qui perçoivent plus d'avantages et moins
358 d'inconvénients perçoivent une plus grande confiance en la pratique professionnelle. Les
359 infirmiers exerçant à l'urgence ont davantage de confiance (Twibell et al., 2008) ainsi que
360 celle qui possèdent un certificat de spécialité (Tudor et al., 2014).

361

362 **DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS**

363 Cette revue intégrative présente une recension des écrits de la perception des
364 membres de l'équipe interprofessionnelle face à la présence de la famille lors des
365 manœuvres de réanimation (voir tableau 1). Un constat s'impose : les études recensées
366 portent uniquement sur les perceptions des infirmiers et des médecins. Or, ces
367 professionnels de la santé ne sont pas seuls à œuvrer en salle de réanimation : ils travaillent
368 en étroite collaboration avec une équipe interprofessionnelle constituée d'infirmiers, de
369 médecins, d'inhalothérapeutes et de préposés aux bénéficiaires (Vincent, 2006). D'ailleurs,
370 l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) met en avant l'importance de cette
371 collaboration interprofessionnelle par une prise de position où il affirme que cette dernière
372 devrait exister dans tous les milieux de soins (OIIQ, 2015). Cinq ans plus tard, l'OIIQ
373 réitère sa position face à l'approche collaborative en continuant de souligner cette
374 dimension importante en plaidant de nouveau en faveur de la collaboration
375 interprofessionnelle (OIIQ, 2020). Dans ce même ordre d'idée, l'Université de Montréal,

376 adopte une vision plus large de cette approche collaborative. En effet, elle intègre le patient
377 et sa famille comme partenaires de soins. Elle définit d'ailleurs le travail d'équipe comme
378 étant la dynamique régnante entre le patient, sa famille et les intervenants (Direction
379 collaboration et partenariat patient [DCPP] et Comité interfacultaire opérationnel de
380 formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de
381 l'Université de Montréal [CIO-UdeM, 2016]). Il est donc important de souligner que
382 l'approche collaborative devrait occuper une place importante dans la pratique
383 interprofessionnelle lors de la réanimation. Cette approche collaborative permet d'appuyer
384 les résultats de cette revue intégrative en soulignant l'importance d'inclure le patient et sa
385 famille comme partenaires de soins. Ainsi, cette approche collaborative pourrait servir de
386 point d'ancrage aux gestionnaires pour créer des politiques institutionnelles encadrant la
387 pratique d'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation à l'urgence.

388 Les résultats de la revue intégrative montrent également que les perceptions
389 favorables au regard de l'inclusion des familles suscitent l'invitation des familles par
390 l'équipe interprofessionnelle. Il a aussi été souligné que ces perceptions permettraient une
391 plus grande confiance en la pratique professionnelle des professionnels au regard de
392 l'inclusion des familles. Ainsi, informer les étudiants lors de la formation initiale sur
393 l'ensemble des bénéfices que soulignent cette revue intégrative des écrits susciterait
394 certainement des avis favorables quant à cette pratique. Leur niveau de confiance en soi
395 pourrait ainsi être influencé positivement. Néanmoins, apporter uniquement de
396 l'information aux étudiants quant aux bénéfices de l'inclusion des familles ne serait sans

397 doute pas suffisant pour assurer une mise en pratique de cette inclusion dans les milieux de
398 soins. Toutefois, il a aussi été vu que l'expérience professionnelle influence la perception
399 des bénéfices pour l'équipe interprofessionnelle en présence des familles lors des
400 manœuvres de réanimation. De ce fait, il serait pertinent de donner la possibilité aux
401 étudiants de se pratiquer aux manœuvres de réanimation en présence d'un proche du patient,
402 lors des séances dans les centres de simulation intégrés. En effet, il a été démontré qu'après
403 une formation basée sur la simulation, une meilleure application des recommandations lors
404 des manœuvres de réanimation est observée (Boet et al., 2013). De plus, la simulation
405 permettrait de réduire l'anxiété des étudiantes (Roh, 2014). Cela est d'autant plus
406 intéressant face aux résultats de la revue intégrative qui montrent que l'inclusion des
407 familles pouvait être source de stress et d'anxiété chez l'équipe interprofessionnelle.

408 Les retombées concernent également la formation en cours d'emploi. Devant ce
409 même constat, il serait intéressant de prévoir des séances dans un centre de simulation pour
410 les professionnels de la santé. En effet, l'OIIQ souligne que la formation continue permet
411 la mise à jour des connaissances, le maintien des compétences mais également l'évolution
412 et le développement des pratiques de soins (OIIQ, 2011). De plus, il a été montré que
413 l'expérience professionnelle peut s'acquérir par la formation et par l'apprentissage en
414 situation de travail, soit la simulation (Grasser et Rose, 2000). Ainsi, comme le montre les
415 résultats de la revue intégrative, l'expérience acquise pourrait renforcer le niveau de
416 confiance en la pratique professionnelle de l'équipe interprofessionnelle suscitant ainsi des
417 avis favorables quant à l'inclusion des familles.

418 Il est également possible de constater à la lumière de cette revue intégrative des
419 écrits qu'aucune recherche ne semble porter sur le lien entre les perceptions des
420 professionnels de la santé et l'organisation du travail. Pourtant, dans une optique de gestion
421 hospitalière, tout porte à croire que ces recherches permettraient possiblement d'instaurer
422 une culture d'inclusion des familles et d'instaurer une culture collaborative. Afin d'appuyer
423 cette hypothèse, il est important de souligner que l'Organisation Mondiale de la Santé
424 (OMS) présente plusieurs avantages de cette culture collaborative comme une réponse
425 davantage complète et mieux intégrée aux besoins du patient et de ses proches mais aussi
426 une meilleure gestion des épisodes de soins par les intervenants (OMS, 2010).

427

428 LIMITES

429 Cet article comporte différentes limites. Premièrement, cette revue intégrative n'a
430 pas retenu d'article ciblant le point de vue des gestionnaires ou de décideurs politiques. La
431 perception de ces derniers n'était pas incluse dans les questions de recherche. Il aurait pu
432 être pertinent d'en tenir compte face à l'importance de prôner une culture d'inclusion de la
433 famille dans les milieux de soins. Cette revue intégrative n'a également pas retenu d'article
434 ciblant le point de vue de l'équipe interprofessionnelle œuvrant dans les urgences
435 pédiatriques en se limitant aux adultes. De plus, la méthode d'analyse des données basée
436 sur les thèmes de Twibell et al. (2008) entraîne un biais dans l'émergence d'autres thèmes.
437 Une dernière limite serait de ne pas avoir différencié les perceptions de l'équipe

438 interprofessionnelle selon leur milieu d'exercice. Ainsi, cette revue intégrative ne permet
439 pas de soulever des différences potentielles de perceptions selon le milieu d'exercice.

440

441 **CONCLUSION**

442 Les résultats de cette revue intégrative offrent des nouvelles pistes d'interventions
443 pour améliorer la pratique d'inclusion des familles lors des manœuvres de réanimation. Une
444 attention particulière devrait être portée sur la formation initiale chez les futurs
445 professionnels de la santé mais également sur la formation continue. En effet, faire valoir
446 les bénéfices de cette inclusion auprès des étudiants et auprès de l'équipe
447 interprofessionnelle permettrait de susciter davantage d'avis favorables quant à cette
448 pratique. En parallèle, instaurer l'inclusion de la famille dans les centres de simulation
449 intégrés développera l'expérience des soignants quant à cette pratique de soins tout en
450 renforçant leur confiance en la pratique professionnelle. Enfin, cet article suscite un début
451 de réflexion chez les gestionnaires et décideurs sur l'importance d'instaurer une culture
452 collaborative ainsi qu'une approche centrée sur le patient dans les milieux de soins.

453

454 **IMPLICATIONS POUR LES INFIRMIERS**

455 Les retombées de cette revue intégrative des écrits peuvent se décliner au niveau de
456 la pratique clinique, de la formation, de la recherche, de la politique et de la gestion.

457 1) Au niveau de la gestion, la retombée la plus importante se situe au niveau du
458 leadership infirmier dans la promotion de l'inclusion des familles lors des manœuvres de

459 réanimation. À la lumière des résultats, il s'avère que l'élaboration de protocoles et
460 politiques de gestion permettrait de favoriser cette pratique clinique d'inclusion des
461 familles. Devant ces perceptions divergentes, il devient souhaitable que le gestionnaire
462 facilite des rencontres interprofessionnelles lors de l'élaboration de protocoles afin d'ouvrir
463 le dialogue sur les perceptions entre les membres de l'équipe.

464 2) Une sensibilisation constante de l'équipe interprofessionnelle quant à l'inclusion
465 des familles lors de manœuvres permettrait de contribuer au développement professionnel
466 de l'équipe.

467 3) Finalement, sur le plan de la recherche, des études sont nécessaires pour
468 documenter la perception de chaque membre de l'équipe interprofessionnelle afin que la
469 voix des préposés aux bénéficiaires et des inhalothérapeutes soient également entendues.
470 Ceci permettrait de mieux comprendre les éléments favorisant l'inclusion des familles.

471

472

473

474

475

476

477

478

479

Références

480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500

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., Strömberg, A., Thompson, D., et 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

Boet, S., Granry, J. C., et Savoldelli, G. (Eds.). (2013). *La simulation en santé de la théorie à la pratique*. Paris: Springer.

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>

501 Fell, O. P. (2009). Family presence during resuscitation efforts. *Nursing Forum*, 44(2),
502 144-150. doi:10.1111/j.1744-6198.2009.00136.x

503 Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D. et Scott, D. (2008).
504 Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital
505 setting. *Journal of Advanced nursing*, 64(6), 615–624.

506 Fulbrook, P., Albarran, J. W. et Latour, J. M. (2005). A European survey of critical care
507 nurses' attitudes and experiences of having family members present during
508 cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5),
509 557-568. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.09.012

510 García-Martínez, A. L. et Meseguer-Liza, C. (2018). Emergency nurses' attitudes towards
511 the concept of witnessed resuscitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,
512 26(0). doi:10.1590/1518-8345.1382.3055

513 Gomes, B. D., Dowd, O. P. et Sethares, K. A. (2019). Attitudes of community hospital
514 critical care nurses toward family-witnessed resuscitation. *American Journal of*
515 *Critical Care*, 28(2), 142-148. doi:10.4037/ajcc2019162

516 Grasser, B., et Rose, J. (2000). L'expérience professionnelle, son acquisition et ses liens à
517 la formation. *Formation emploi*, 71(1), 5-19.

518 Holzhauser, K. et Finucane, J. (2007). Staff attitudes to family presence during
519 resuscitation. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10(3), 124-133.
520 doi:10.1016/j.aenj.2007.06.001

521 Holzhauser, K. et Finucane, J. (2008). Part B: A survey of staff attitudes immediately post-

522 resuscitation to family presence during resuscitation. *Australasian Emergency*
523 *Nursing Journal*, 11(3), 114-122. doi:10.1016/j.aenj.2008.05.002

524 Howlett, M. S. L., Alexander, G. A. et Tsuchiya, B. (2010). Health care providers’
525 attitudes regarding family presence during resuscitation of adults: An integrated
526 review of the literature. *Clinical Nurse Specialist*, 24(3), 161-174.
527 doi:10.1097/NUR.0b013e3181dc548a

528 Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Tazarourte,
529 K., Bouilleau, G., Pinaud, F., Broche, C., Normand, D., Baubet, T., Ricard-Hibon, A.,
530 Istria, J., Beltramini, A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., ... Adnet, F..
531 (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *New England Journal*
532 *of Medicine*, 368(11), 1008–1018.

533 Jensen, L. et Kosowan, S. (2011). Family presence during cardiopulmonary resuscitation:
534 cardiac health care professionals’ perspectives. *Canadian journal of cardiovascular*
535 *nursing*, 21(3).

536 Knott, A. et Kee, C. C. (2005). Nurses’ beliefs about family presence during resuscitation.
537 *Applied Nursing Research*, 18(4), 192-198. doi:10.1016/j.apnr.2005.07.002

538 Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O. et Albarran, J. (2010). Family witnessed r
539 esuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in*
540 *Critical Care*, 15(5), 241-250. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x

541 Loiselle, C. G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences*
542 *infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Adaptation française de Polit et

543 Beck. Montréal, Québec : ERPI

544 MacLean, S. L., Guzzetta, C. E., White, C., Fontaine, D., Eichhorn, D. J., Meyers, T. A. et
545 Désy, P. (2003). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and
546 invasive procedures: Practices of critical care and emergency nurses. *Journal of*
547 *Emergency Nursing*, 29(3), 208–221.

548 Mason, D. J. (2003). Family presence: Evidence versus tradition. *American Journal of*
549 *Critical Care*, 12(3), 190–192.

550 McClement, S. E., Fallis, W. M. et Pereira, A. (2009). Family presence during
551 resuscitation: Canadian critical care nurses’ perspectives. *Journal of Nursing*
552 *Scholarship*, 41(3), 233-240. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01288.x

553 Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E. et
554 Calvin, A. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation:
555 The experience of family members, nurses, and physicians. *AJN The American*
556 *Journal of Nursing*, 100(2), 32–43.

557 Mian, P., Warchal, S., Whitney, S., Fitzmaurice, J. et Tancredi, D. (2007). Impact of a
558 multifaceted intervention on nurses’ and physicians’ attitudes and behaviors toward
559 family presence during resuscitation. *Critical care nurse*, 27(1), 52–61.

560 Miller, J. H. et Stiles, A. (2009). Family presence during resuscitation and invasive
561 procedures: The nurse experience. *Qualitative Health Research*, 19(10),
562 1431-1442. doi:10.1177/1049732309348365

563 Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Framework for action on interprofessional*

564 *education and collaborative practice* (No. WHO/HRH/HPN/10.3).
565 Organisation Mondiale de la Santé.

566 Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2011). Vers une culture de formation
567 continue pour la profession infirmière au Québec: Document d'orientation.

568 Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2015). Énoncé de position conjoint sur la
569 collaboration interprofessionnelle : Rehausser la qualité et la sécurité des soins
570 (OIIQ-CMQ-OPQ). Repéré à [https://www.oiiq.org/enonce-de-position-conjoint-](https://www.oiiq.org/enonce-de-position-conjoint-sur-la-collaboration-interprofessionnelle-rehausser-la-qualite-et-la-securite-des-soins-oiiq-cmq-opq)
571 [sur-la-collaboration-interprofessionnelle-rehausser-la-qualite-et-la-securite-des-](https://www.oiiq.org/enonce-de-position-conjoint-sur-la-collaboration-interprofessionnelle-rehausser-la-qualite-et-la-securite-des-soins-oiiq-cmq-opq)
572 [soins-oiiq-cmq-opq-](https://www.oiiq.org/enonce-de-position-conjoint-sur-la-collaboration-interprofessionnelle-rehausser-la-qualite-et-la-securite-des-soins-oiiq-cmq-opq)

573 Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2020, 19 mai). Réplique: un plaidoyer en
574 faveur de la collaboration interprofessionnelle. *La Presse*,
575 [https://www.lapresse.ca/debats/opinions/202005/18/01-5274067-replique-un-](https://www.lapresse.ca/debats/opinions/202005/18/01-5274067-replique-un-plaidoyer-en-faveur-de-la-collaboration-interprofessionnelle.php)
576 [plaidoyer-en-faveur-de-la-collaboration-interprofessionnelle.php](https://www.lapresse.ca/debats/opinions/202005/18/01-5274067-replique-un-plaidoyer-en-faveur-de-la-collaboration-interprofessionnelle.php)

577 Paillé, P., et Muchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*
578 (4e ed.). Armand Colin.

579 Porter, J. E., Cooper, S. J. et Sellick, K. (2014). Family presence during resuscitation
580 (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice.
581 *International Emergency Nursing*, 22(2), 69-74. doi:10.1016/j.ienj.2013.07.001

582 Powers, K. et Reeve, C. L. (2018). Factors associated with nurses' perceptions, self-
583 confidence, and invitations of family presence during resuscitation in the intensive
584 care unit: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 87,

585 103-112. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.06.012

586 Roh, Y.S. « Effects of high-fidelity patient simulation on nursing students' resuscitation-
587 specific self-efficacy », *Computers, Informatics, Nursing*, vol. 32, n° 2, févr. 2014,
588 p. 84-89.

589 Tomlinson, K. R., Golden, I. J., Mallory, J. L. et Comer, L. (2010). Family presence during
590 adult resuscitation: A survey of emergency department registered nurses and
591 staff attitudes. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 32(1), 46-58.
592 doi:10.1097/TME.0b013e3181cbe902

593 Tudor, K., Berger, J., Polivka, B. J., Chlebowy, R. et Thomas, B. (2014). Nurses'
594 perceptions of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical
595 Care*, 23(6), e88-e96. doi:10.4037/ajcc2014484

596 Twibell, R. S., Siela, D., Neal, A., Riwitis, C. et Beane, H. (2018). Family Presence During
597 Resuscitation: Physicians' perceptions of risk, benefit, and self-confidence.
598 *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(3), 167-179.
599 doi:10.1097/DCC.0000000000000297

600 Twibell, R.S., Siela, D., Riwitis, C., Wheatley, J., Riegle, T., Bousman, D., Cable, S.,
601 Caudill, P., Harrigan, S., Hollars, R., Johnson, D. et Neal A. (2008). Nurses's
602 perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence
603 during resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 17 (2), 101-112.

604 Vincent, J.-L. (2006). *Le manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence*.
605 Springer Science et Business Media.

606 Waldemar, A. et Thylen, I. (2019). Healthcare professionals' experiences and attitudes
607 towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. *International*
608 *Emergency Nursing*, 42, 36-43. doi:10.1016/j.ienj.2018.05.009
609 Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal*
610 *of advanced nursing*, 52(5), 546–553.

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

621

622

623

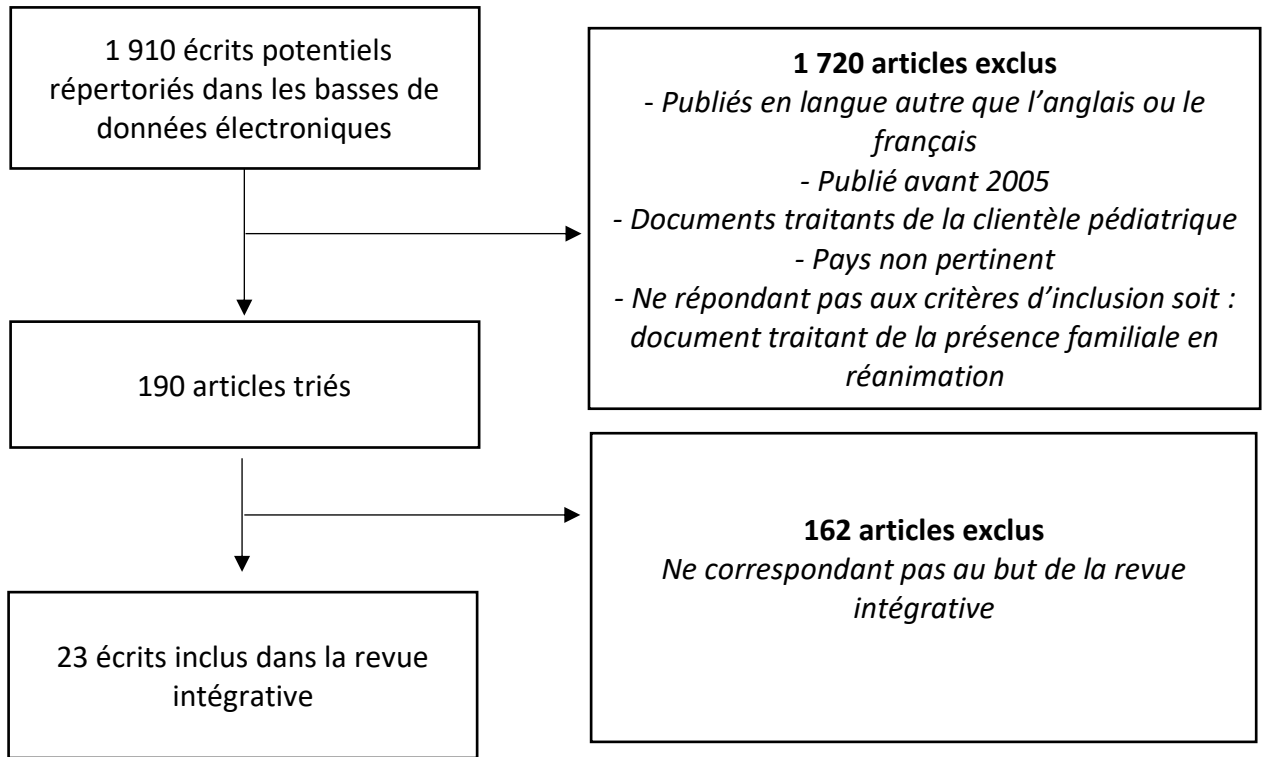
624

625

626

627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655

Figure 1. Processus de sélection des écrits



656
657
658

Tableau 1. Bénéfices et risques perçus par les infirmiers/médecins selon différentes sphères

BÉNÉFICES PERÇUS		
Patient/Famille	Infirmiers/médecins	
<ul style="list-style-type: none"> • Lien d'attachement entre le patient et ses proches maintenu (Fell, 2009; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010; McClement et al., 2009) • Prise de conscience des familles de l'ampleur des soins fournis (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 et al., 2014) • Diminution de l'anxiété de la famille devant une compréhension de la gravité de la situation (Jensen et Kosowan, 2011) • Aide à l'acceptation de la fin de la réanimation (Gomes et al., 2019) • Aide au processus du deuil (Axelsson et al., 2010; Chapman et al., 2014; García-Martínez et Meseguer-Liza, 2018; Howlett et al., 2010; Knott et Kee, 2005) • Diminution d'un stress post-traumatique (Jabre et al., 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des 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) • Sentiment d'être apprécié par la famille (Miller et Stiles, 2009) • Reconnaissance de la famille des efforts entrepris (Miller et Stiles, 2009) • Renseignements du patient davantage accessible (Chapman et al., 2014; Fell, 2009; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010) • Patient humanisé et non perçu comme un simple corps à réanimer (Chapman et al., 2014; McClement et al., 2009; Porter et al., 2014) 	
RISQUES PERÇUS		
Patient/Famille	Infirmiers/médecins	Environnement
<ul style="list-style-type: none"> • Présence synonyme de fardeau émotionnel (García-Martínez et Meseguer-Liza, 2018; Holzhauser et Finucane, 2007, 2008; Howlett et al., 2010; Knott et Kee, 2005; Miller et Stiles, 2009) • Traumatisme psychologique (Asencio-Gutiérrez et Reguera-Burgos, 2017; Fell, 2009; Howlett et al., 2010; McClement et al., 2009; Porter et al., 2014; Tudor et al., 2014) • Mauvaise interprétation de certains actes médicaux (Knott et Kee, 2005; Tudor et al., 2014) • Risque d'une mauvaise adaptation du processus de deuil (Holzhauser et Finucane, 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> • Émotions pouvant interférer la réanimation (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) • Manœuvres de réanimation davantage stressantes (Jensen et Kosowan, 2011) • Augmentation des poursuites judiciaires (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) • Difficulté à mettre fin aux manœuvres de réanimation 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction considérable de la taille de l'environnement de la salle de réanimation (Chapman et al., 2014; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010; Knott et Kee, 2005; McClement et al., 2009; Waldemar et Thylen, 2019)

<ul style="list-style-type: none"> • Violation de la confidentialité et de la vie privée du patient (Holzhauser et Finucane, 2007; Tomlinson et al., 2010) 	<p>(Axelsson et al., 2010; Holzhauser et Finucane, 2008; Howlett et al., 2010)</p>	
<p>NIVEAU DE LA CONFIANCE EN LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Plus le taux de confiance sera élevé, plus les médecins et infirmiers seront en mesure d’inviter la famille (Twibell et al., 2008) • L’absence d’autorité discrétionnaire est un frein au niveau de confiance (Fulbrook et al., 2005) • Lorsque l’opinion du professionnel est favorable alors son degré d’aisance augmente (Holzhauser et Finucane, 2007) 		

659