



**La Source.**

Institut et Haute  
Ecole de la Santé

## **Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers**

HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE

Domaine santé

# REGARDS CROISÉS SUR LA PRÉSENCE FAMILIALE LORS D'UNE RÉANIMATION CARDIOPULMONAIRE: LE VÉCU DES PROCHES ET LA PERCEPTION DES INFIRMIER·ÈRE·S

HÉRITIER Jérôme, HUNTER Emma, LALAIN Solène

**Travail de Bachelor**

**Haute École de la Santé La Source**

*LAUSANNE le 14 juillet 2025*

*Sous la direction de Madame Muriel Harduin*

**Hes-SO**  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale

# Table des matières

RÉSUMÉ .....	I
REMERCIEMENTS .....	II
DÉCLARATION .....	III
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	IV
INTRODUCTION .....	V
<b>1. PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>1</b>
1.1 PRÉSENTATION DU CONTEXTE DE RECHERCHE .....	1
1.1.1 <i>Définition du problème</i> .....	1
1.1.2 <i>Importance du problème et état actuel de la question</i> .....	2
1.1.3 <i>Objectif du travail de recherche</i> .....	3
1.2 ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET .....	3
1.2.1 <i>Connaissances épidémiologiques</i> .....	3
En Suisse .....	3
1.3 LE CADRE THÉORIQUE .....	4
<b>2. BUT ET QUESTION DE RECHERCHE .....</b>	<b>6</b>
2.1 BUT .....	6
2.2 QUESTION DE RECHERCHE.....	6
<b>3. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>6</b>
3.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE .....	7
3.1.1 <i>Critères d'inclusion</i> .....	8
3.1.2 <i>Critères d'exclusion</i> .....	8
3.2 DIAGRAMME DES FLUX.....	9
<b>4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....</b>	<b>11</b>
4.1 ARTICLE 1 .....	11
4.1 ARTICLE 2 .....	12
4.3 ARTICLE 3 .....	14
4.4 ARTICLE 4 .....	16
4.5 ARTICLE 5 .....	18
4.6 ARTICLE 6 .....	20
4.7 TABLEAU DE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS .....	22
<b>5. DISCUSSION ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>25</b>

5.1 RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DES RÉSULTATS PRINCIPAUX DE LA SYNTHÈSE DES ARTICLES .....	25
5.2 ANALYSE CRITIQUE DE NOS RÉSULTATS DE RECHERCHE EN REGARD DU CADRE THÉORIQUE ....	26
5.3 SAVOIRS SCIENTIFIQUES COMPLÉMENTAIRES .....	29
5.4 PISTES D'AMÉLIORATIONS.....	29
<i>5.4.1 Prévention primaire : .....</i>	30
Clinique.....	30
Formation et enseignement :.....	30
Recherche.....	31
<i>5.4.2 Secondaire .....</i>	31
Clinique.....	31
<i>5.4.3 Tertiaire .....</i>	32
Clinique.....	32
Recherche.....	32
5.5 FORCES ET FAIBLESSE DE LA MÉTHODOLOGIE DES ARTICLES RETENUS .....	32
<b>6. CONCLUSION .....</b>	<b>34</b>
<b>7. LISTE DES RÉFÉRENCES .....</b>	<b>36</b>
<b>8. ANNEXES .....</b>	<b>39</b>
ANNEXE 1 : MODÈLE DES SYSTÈMES DE NEUMAN .....	39
ANNEXE 2 : TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES RÉSULTATS .....	40
ANNEXE 3 : TABLEAU DES STRESSEURS .....	46
ANNEXE 4 : GRILLES DE LECTURE CRITIQUE POUR ARTICLES QUALITATIFS .....	47
<i>Article 1 .....</i>	47
<i>Article 2 .....</i>	56
<i>Article 3 .....</i>	65
<i>Article 4 .....</i>	73
<i>Article 5 .....</i>	81
<i>Article 6 .....</i>	88
ANNEXE 5 : TABLEAU DÉTAILLÉ POUR L'ANNONCE D'UTILISATION DES OUTILS IA .....	97

# Résumé

## Introduction

Cette revue de littérature explore la vision des infirmier·ère·s et des proches sur la présence des familles lors de réanimation cardiopulmonaire (*Family Presence During Resuscitation* (FPDR)). Le travail s'appuie sur le Modèle des Systèmes de Neuman (NSM) et se décompose en plusieurs étapes : la problématique, la méthodologie, la présentation des résultats ainsi que la discussion.

## But

Le but de ce Travail de Bachelor est d'explorer le vécu et les perceptions des familles et des infirmier·ère·s concernant la présence des proches lors d'une réanimation cardiopulmonaire en milieu intrahospitalier.

## Méthode

Une approche qualitative a été utilisée pour ce travail afin d'explorer les émotions et les expériences des familles ainsi que celle des soignant·e·s. Après une exploration de la littérature grise, nous avons formulé une question de recherche avec la méthodologie PICo (Population, phénomène d'Intérêt et Contexte) et sélectionné des articles primaires dans Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) ainsi que dans PubMed en suivant divers critères.

## Principaux résultats

Les résultats révèlent des différences notables entre la perception des familles et celle des soignant·e·s concernant la présence des proches lors de la réanimation. L'équipe soignante exprime plutôt des réticences à cette présence alors que la famille y voit majoritairement des bénéfices. Cependant, ils se rejoignent sur divers points comme le besoin de changer des pratiques actuelles ou le besoin d'inclure et de former une personne facilitatrice aux situations de FPDR.

## Conclusion

Ce travail met en lumière l'intérêt de la présence familiale lors d'une réanimation cardiopulmonaire. Il ouvre des perspectives de recherche et de pratique et souligne l'importance d'une réflexion professionnelle sur le rôle infirmier dans l'accompagnement des familles lors de situations critiques.

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier du fond du cœur Madame Muriel Harduin, Maître d'enseignement, qui nous a suivi, guidé et conseillé durant cette année de travail. Elle a su être à notre écoute, tout en maintenant le fil rouge et nous encourager dans notre réflexion.

Nous souhaitons remercier Madame Claire Leresche, infirmière experte en soins d'urgence, qui a apporté un deuxième regard et qui s'est intéressée à notre travail en acceptant d'être notre experte.

Nous remercions Madame Shota Dzemaili, Maître d'enseignement et responsable du module TB, pour la création et l'accompagnement des cours lors du module ainsi que Madame Mélanie Schmittler, Maître d'enseignement, pour ses précieux conseils lors de notre présentation « TB en 10 minutes ».

Nous sommes très reconnaissants à Madame Nathalie Favre, Bibliothécaire-Documentaliste scientifique, qui nous a accompagné et aidé dans la recherche de nos articles et l'élaboration de nouvelles équations de recherche. Nous la remercions pour sa patience, son sourire et sa réactivité.

Une attention particulière est portée à nos familles respectives et ami·e·s pour leur soutien moral, leurs encouragements tout au long de cette année ainsi que pour leurs relectures.

Finalement, nous souhaitons nous remercier mutuellement pour notre engagement, notre souplesse et dédication, notre persévérance ainsi que notre soutien réciproque durant cette année.

# Déclaration

Nous déclarons que ce Travail de Bachelor dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à l'Institut et Haute École de la Santé La Source a été réalisé seul et sans aide extérieure non autorisée.

Ce travail a été rédigé en respectant les principes de l'écriture épicène, dans une volonté de refléter une communication inclusive et équitable.

Nous attestons avoir respecté l'intégrité scientifique comme mentionné par le Code d'intégrité scientifique (2021) et n'avoir utilisé que les sources et moyens autorisés et mentionnés comme telles les citations et paraphrases.

Au cours de la préparation de ce travail, nous avons utilisé des outils d'intelligence artificielle (IA) et avons rempli le contrat pédagogique en matière d'utilisation de l'IA.

Par notre signature, nous attestons également avoir relu, vérifié et validé les contenus retenus dans ce travail et nous en assumons la responsabilité. L'utilisation des conclusions et des perspectives formulées dans ce travail n'engage pas la responsabilité de la Directrice, de l'experte du terrain ou de l'Institut et Haute École de la Santé La Source.

Lieu et date : Lausanne, le 10.07.2025

Jérôme Héritier



Emma Hunter



Solène Lalain



## Liste des abréviations

<b>ACEH</b>	Arrêt cardiaque extrahospitalier
<b>ACIH</b>	Arrêt cardiaque intrahospitalier
<b>ACLS</b>	Advanced Cardiac Life Support
<b>ACR</b>	Arrêt cardio-respiratoire
<b>AHA</b>	American Heart Association
<b>IPA</b>	Analyse phénoménologique interprétative
<b>ASSC</b>	Assistant·e en Soins et Santé Communautaire
<b>BLS-AED</b>	Basic Life Support – Automatic External Defibrillator
<b>CINAHL</b>	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
<b>EQUATOR</b>	Enhancing the Quality and Transparency Of health Research
<b>FPDR</b>	Family presence during resuscitation
<b>HeTOP</b>	Health Terminology/Ontology Portal
<b>HOPIM</b>	Hôpital Immersif
<b>IA</b>	Intelligence artificielle
<b>LFD</b>	Ligne flexible de défense
<b>LND</b>	Ligne normale de défense
<b>LR</b>	Ligne de résistance
<b>MeSH</b>	Medical Subject Heading
<b>NSM</b>	Neuman Systems Model
<b>PICo</b>	Population, phénomène d'Intérêt, Contexte
<b>PTSD</b>	Post-Traumatic Stress Disorder
<b>RCP</b>	Réanimation cardiopulmonaire
<b>SCF</b>	Soins centrés sur la famille
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SRQR</b>	Standards for Reporting Qualitative Research
<b>USI</b>	Unité de soins intensifs

# Introduction

La réanimation cardiopulmonaire (RCP) est un acte critique où chaque seconde compte, tant pour les professionnel·le·s de santé que pour les proches du·de la patient·e. Dans ce contexte, la présence des proches, désignée par le terme de FPDR, soulève des interrogations profondes.

Peut-elle être bénéfique pour les proches ? Pour le·a patient·e ? Pour les soignant·e·s ? Ou, au contraire, représente-t-elle un obstacle au bon déroulement des soins ? Cette thématique, à la croisée de l'éthique, de la clinique et de la relation humaine, soulève des enjeux majeurs pour la pratique infirmière. Ce travail s'intéresse à ces deux regards complémentaires, celui des soignant·e·s et celui des proches, pour mieux comprendre les enjeux, les bénéfices et les limites de la FPDR dans la pratique actuelle des soins. Au cours de nos stages, nous avons interrogé nos collègues à ce sujet et avons constaté l'absence d'une politique institutionnelle clairement définie à l'heure actuelle. C'est pourquoi il nous a semblé pertinent d'explorer ce phénomène.

Cette revue de littérature qualitative s'articule en plusieurs sections. Tout d'abord, nous allons exposer notre problématique en lien avec la FPDR intrahospitalière. Pour ce faire, nous définirons les concepts clés, explorerons l'actualité et les enjeux liés à ce sujet afin de formuler un objectif clair pour ce Travail de Bachelor. Puis, nous présenterons le Modèle des Systèmes de Neuman que nous avons choisi comme carte théorique dans le but de structurer notre réflexion. La section méthodologique détaillera la formulation de notre question de recherche ainsi que notre stratégie de sélection d'articles.

Les résultats seront ensuite présentés article par article puis regroupés et synthétisés en tableau récapitulatif classé par thèmes. Enfin, nous interpréterons ces derniers à la lumière du cadre théorique et proposerons des pistes d'amélioration de la pratique actuelle sous trois axes : la clinique, la formation et la recherche.

Pour terminer, nous ferons une brève synthèse du travail, puis nous reviendrons sur nos apprentissages et l'évolution de notre vision du rôle professionnel. Nous exposerons également les forces et faiblesses que nous avons identifiées lors de l'élaboration de notre revue de littérature.

# 1. Problématique

## 1.1 Présentation du contexte de recherche

### 1.1.1 Définition du problème

La réanimation cardiopulmonaire est une intervention d'urgence visant à restaurer l'activité cardiaque et respiratoire d'un·e patient·e en arrêt cardio-respiratoire (ACR). On définit cliniquement un ACR comme par une absence de réactivité, une absence de pouls central (carotidien) durant plus de dix secondes en absence d'une respiration efficace (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV] (2021)). La RCP peut inclure des compressions thoraciques, une ventilation artificielle, l'administration de médicaments et, dans certains cas, une défibrillation électrique. En milieu intrahospitalier, les réanimations se déroulent principalement aux urgences et aux soins intensifs, où les équipes soignantes doivent réagir rapidement dans un contexte de forte pression. (Weinmann, 2025)

Dans le cadre de notre travail, nous utilisons une définition systémique et inclusive de la famille : elle est considérée comme un groupe de personnes qui dépend les unes des autres pour s'offrir un soutien émotionnel, physique et économique. Il est important de noter que ce sont les membres eux-mêmes qui déterminent leur appartenance à une famille. Dans cette perspective, la famille est perçue comme un système interactionnel avec sa propre dynamique interne, ses relations et sa structure : ce qui affecte un membre peut également impacter les autres (St-Denis et al., 2000). Pour des raisons de lisibilité et de fluidité du propos, les termes *proche* et *famille* sont utilisés de manière interchangeable dans ce travail, bien que nous soyons conscient·e·s des nuances que chacun peut recouvrir.

Maintenant que ces concepts sont plus clairs, le problème que nous souhaitons explorer dans ce Travail de Bachelor concerne l'accompagnement infirmier des familles lors d'une réanimation cardiopulmonaire. L'objectif est d'examiner le point de vue des familles sur ces situations : auraient-elles souhaité être présentes ou non ? Comment vivent-elles cette expérience ?

En parallèle, nous voulons également analyser la perception des infirmier·ère·s concernant la présence des familles lors d'une RCP. Quels sont leurs avis sur cette pratique ? Quels sont ou seraient les avantages et les limites d'un point de vue professionnel et organisationnel ? Enfin, nous nous interrogeons sur l'impact réel de la présence des proches sur la réanimation elle-même : influence-t-elle son déroulement et ses résultats ?

Selon Dubois (2013), la présence des familles lors d'une réanimation cardiopulmonaire présente plusieurs bénéfices pour les proches du patient. En effet, pouvoir assister à la réanimation peut leur permettre de mieux comprendre la situation clinique et d'accepter progressivement la réalité de l'état du·de la patient·e. De plus, cette présence s'inscrit dans une démarche éthique et légitime, car il s'agit

d'un droit reconnu aux patient·e·s et aux familles dans plusieurs recommandations internationales (Van Pevenage et al., 2011).

Selon le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV] :

Un patient qui séjourne dans un établissement de soins a droit à une assistance et des conseils pendant toute la durée de son séjour. Il a le droit de demander le soutien de ses proches et de maintenir le contact avec son entourage. (2021).

D'un point de vue global, les recommandations internationales préconisent de proposer systématiquement aux familles la possibilité d'être présentes durant la réanimation, plutôt que de prendre cette décision à leur place (Van Pevenage et al., 2011). Ces recommandations insistent également sur la nécessité de mettre en place un accompagnement adapté, notamment en désignant un·e soignant·e référent·e chargé·e de soutenir et d'informer les proches tout au long de la procédure.

Enfin, il est également recommandé de former les soignants à la gestion de la présence des familles lors d'une RCP (Rubin et al., 2023). Cela inclut le développement des compétences communicationnelles et de gestion du stress, ainsi que l'intégration de protocoles spécifiques pour encadrer cette pratique et assurer à la fois le bon déroulement des soins et le bien-être des proches.

### **1.1.2 Importance du problème et état actuel de la question**

Ce sujet représente un enjeu important pour la pratique infirmière. En effet, la présence de la famille lors de RCP présente de nombreux bénéfices psychologiques et émotionnels pour celle-ci (Van Pevenage et al., 2011). Il relève de la profession infirmière d'inclure les proches dans la prise en soin de leur proche. Selon Jabre (2014), la participation de la famille aux soins doit être proposée systématiquement afin de permettre aux familles de mieux réaliser la gravité de la situation et de constater que tous les soins possibles ont été prodigués. Elle peut réduire l'anxiété liée à l'attente et offrir l'opportunité de dire un dernier au revoir si nécessaire. Les études montrent que cette présence facilite le processus de deuil en cas de décès (Van Pevenage et al., 2011). Une étude majeure, l'essai clinique PRESENCE, a confirmé que la FPDR réduit les symptômes de stress post-traumatique, d'anxiété et de dépression chez les proches (Jabre, 2014).

Les soignant·e·s sont au cœur de la relation patient-proche. Ils·elles peuvent influencer et porter le changement ainsi que l'implémentation de nouvelles pratiques tout en contribuant à déconstruire les idées reçues et préjugés.

D'un point de vue infirmier, la FPDR génère des défis en termes de gestion émotionnelle, de communication et d'organisation du travail. Certains soignant·e·s considèrent la présence des familles comme un facteur bénéfique, améliorant la transparence de la relation soignant-soigné, tandis que d'autres la perçoivent comme un obstacle potentiel, générant une pression supplémentaire et augmentant le risque de tensions ou d'interférences dans les soins (Jabre, 2014).

Contrairement aux craintes initiales, la présence des familles ne semble pas avoir d'impact négatif sur la qualité des soins ou le niveau de stress de l'équipe soignante ; une étude de Dubois (2013) montre que la durée de la réanimation et le taux de survie à 28 jours ne sont pas affectés par la présence des proches. Van Pevenage et al. (2011), affirme que la présence familiale n'a pas montré d'augmentation du stress chez les soignants ni eu d'influence négative sur leurs performances. Cette présence n'a pas entraîné une augmentation des recours ou des plaintes (Jabre, 2014).

Pour ce qui est de l'état actuel de la question à ce jour, malgré les bénéfices constatés, la présence des familles lors des réanimations n'est pas encore une pratique généralisée.

L'American Heart Association (AHA) recommande d'offrir cette possibilité aux familles, cependant seulement 5% des établissements de santé ont une politique écrite à ce sujet. De plus, certaines associations professionnelles, comme l'Emergency Nurses Association, encouragent cette pratique depuis les années 1990 (Labbée D., Aucoin S., (2020))

### **1.1.3 Objectif du travail de recherche**

L'objectif de cette revue de littérature est d'explorer le vécu et les perceptions des familles et des infirmier·ère·s concernant la présence des proches lors d'une réanimation cardiopulmonaire en milieu intra-hospitalier. En s'appuyant sur une approche qualitative, cette recherche vise à identifier les bénéfices et les limites de cette pratique, ainsi qu'à mieux comprendre les enjeux organisationnels et émotionnels qui en découlent. Les résultats obtenus pourraient contribuer à l'élaboration de recommandations et de pratiques adaptées, afin d'optimiser la prise en charge des familles et la qualité du travail des soignant·e·s dans ces situations critiques.

## **1.2 État des connaissances sur le sujet**

### **1.2.1 Connaissances épidémiologiques**

De manière générale, les causes les plus fréquentes d'ACR ont une origine cardiaque tels l'infarctus du myocarde, les arythmies ou l'insuffisance cardiaque avec une prévalence d'environ 50 à 60 %. L'insuffisance respiratoire est la deuxième cause la plus courante, représentant 15 % à 40 % des cas. (Andersen et al., 2019).

Chaque année, plus de 290'000 adultes sont victimes d'un arrêt cardiaque intrahospitalier aux États-Unis. Les données de cohortes américaines indiquent que l'âge moyen des patient·e·s concerné·e·s est de 66 ans, que 58 % sont des hommes. Dans 81 % des cas, tous confondus, le rythme cardiaque initial est le plus souvent non choquable, principalement dû une asystolie ou une activité électrique sans pouls. (Andersen et al., 2019)

#### *En Suisse*

« En Suisse, la fréquence des arrêts cardiaques soudains et prématurés est de 70 à 80 événements pour 100'000 habitants par an. » (Swiss Resuscitation Council [SRC], 2023) Cela inclut les arrêts cardiaques

intra et extrahospitalier. On recense alors chaque année, entre 6000 et 8000 personnes qui subissent un arrêt cardio-respiratoire. Malgré les progrès de la médecine moderne, le taux de survie reste très faible. De plus dans l'article de Clavien (2024), le Dr. Adrien Gross relève que « les chances de survie sans séquelles neurologiques importantes diminuent d'environ 15% pour chaque minute qui s'écoule sans massage cardiaque ». Les données sur les arrêts cardiaques intrahospitaliers (ACIH) sont moins récoltées contrairement à celles des arrêts cardiaques extrahospitaliers (ACEH), qui font souvent l'objet de registres nationaux ou régionaux (Lascarrou et al., 2022).

### 1.3 Le cadre théorique

Dans le cadre de notre Travail de Bachelor, nous avons choisi le Modèle des Systèmes de Neuman (NSM), développé par Betty Neuman dans les années 1970. Elle a commencé par se former en tant qu'infirmière en santé mentale et a ensuite développé un modèle centré sur la préservation de la stabilité de la personne, soit le système-client. La proposition centrale de ce modèle est la suivante :

La préoccupation principale des soins infirmiers est de conserver la stabilité du système-client grâce à l'évaluation précise des effets - réels ou potentiels - des stresseurs environnementaux et à l'assistance offerte aux clients pour qu'ils s'y ajustent et atteignent ainsi un niveau optimal de bien-être. (Neuman & Fawcett, 2011).

Le métaparadigme infirmier selon Neuman comprend la personne (le système-client), l'environnement, la santé et les soins infirmiers. Le système-client peut être un individu, une famille ou une communauté, constituée de cinq variables : physiologique, psychologique, socioculturelle, développementale et spirituelle. L'environnement interne, externe ou créé, influence la stabilité de la santé, définie comme un état d'équilibre des cinq variables. Les soins infirmiers ont un but de prévention et Neuman évoque trois niveaux de prévention différents : prévention primaire (réduire les stresseurs), secondaire (stabiliser une maladie) et tertiaire (faciliter le retour en santé).

Les stresseurs, selon Neuman, sont des stimulus qui provoquent une tension positive ou négative chez le système-client. L'effet du stresseur dépend de la perception et de la résilience du système-client. Il existe divers types de stresseurs ; ils peuvent être intrapersonnels (réaction auto-immune), interpersonnels (infection virale) ou extrapersonnels (tremblement de terre).

La structure de base du système-client est protégée par la ligne normale de défense (LND), qui est adaptable au fil du temps. Elle est une référence pour déterminer l'état de santé du système-client. Une ligne flexible de défense (LFD), ayant pour but d'amortir les stresseurs, pour préserver la santé ainsi que la LND est présente autour de cette dernière. Elle est également adaptable au fil du temps. Si toutefois un stresseur parvient à franchir ces deux lignes, le système-client est déstabilisé et des manifestations physiques, psychiques ou encore développementales surviennent. Ces manifestations sont causées par

l'activation des lignes de résistance (LR). Le schéma illustrant ces différentes composantes est présenté en annexe 1.

Selon le modèle de Neuman, les interventions infirmières s'inscrivent dans une logique de prévention à trois niveaux. La prévention primaire vise à renforcer la LFD. La prévention secondaire a pour objectif de renforcer les LR et enfin, la prévention tertiaire facilite le retour à l'équilibre en santé, en permettant à la ligne normale de défense (LND) de retrouver niveau équivalent, inférieur ou supérieur

Par exemple, un virus (stresseur) pénètre la LND, le système-client montrera des signes d'instabilité comme de la fièvre, une fatigue, un inconfort et des symptômes. La prévention secondaire serait du repos, l'hydratation, la prise de vitamines ou de traitement pour les symptômes et la prévention tertiaire pourrait être la prise, sur le moyen-long terme de compléments vitaminiques ou le lavage plus fréquent des mains, sur la période d'hiver, pour faciliter le retour et le maintien en santé.

Nous pensons que ce modèle est pertinent pour notre Travail de Bachelor car le système-client comprend l'individu et la famille. Il est utile pour nous de se baser sur cela étant donné que nous choisissons d'explorer l'accompagnement infirmier des proches lorsqu'ils sont présents pendant une réanimation cardiopulmonaire. Le vécu d'une RCP sur un proche peut être perçu comme un stresseur ; il peut pénétrer la LND et déstabiliser le système-client (la famille). Nos interventions infirmières se baseront donc sur de la prévention secondaire et tertiaire bien que de la prévention primaire pourrait se montrer utile. Ce modèle nous aide à comprendre l'impact d'un stresseur, de voir le système-client de manière holistique et de préciser notre prise en charge. De plus, comme nous nous intéressons au double point de vue, il est possible que différents stresseurs soient identifiés par la famille et par le corps infirmier. Les proches peuvent percevoir la RCP comme un stresseur ou non : certains proches pourraient penser qu'être absent lors de la RCP représente un plus grand stresseur que s'ils étaient présents. L'infirmier·ère peut en discerner d'autres grâce à son expertise et vécu professionnel. Par exemple, il ou elle pourrait identifier la charge émotionnelle, le choc ou le potentiel stress post-traumatique. Il est du ressort infirmier d'évaluer les stresseurs que la famille perçoit et ceux qu'ils ne ressentent pas. Cela tend vers la notion de pouvoir partagé, le partage entre l'expertise familiale et l'expertise professionnelle (McCormack & Cance, 2006). Selon McCormack & Cance (2006), les deux ont la même valeur et importance : elle se complètent dans une situation dans laquelle les deux sont nécessaire pour arriver à des résultats consensuels.

## 2. But et question de recherche

### 2.1 But

Cette revue de littérature a pour but d'examiner en profondeur les expériences vécues et les perceptions des familles ainsi que des infirmier·ère·s concernant la présence des proches lors d'une réanimation cardiopulmonaire en milieu hospitalier. En adoptant une méthodologie qualitative, cette étude cherche à mettre en lumière les avantages et les inconvénients associés à cette pratique. Elle vise également à approfondir la compréhension des défis organisationnels et émotionnels qui en résultent. Les conclusions de cette recherche pourraient servir de base à l'élaboration de recommandations et de pratiques cliniques adaptées, dans le but d'améliorer la prise en charge des familles et d'optimiser la qualité du travail des soignant·e·s dans ces situations critiques.

À la suite de nos recherches dans la littérature grise, nous avons pris conscience des avantages que la présence des familles pouvait offrir lors de RCP. Cependant, il nous est apparu que peu d'initiatives concrètes sont réellement mises en œuvre. Nous avons donc jugé pertinent d'explorer le point de vue des infirmier·ère·s afin d'identifier les obstacles à l'application de directives claires et précises. Ainsi, en identifiant ces barrières, nous espérons non seulement mieux comprendre les difficultés rencontrées par les soignant·e·s, mais aussi proposer des pistes de solutions qui permettraient d'intégrer de manière plus fluide et efficace la présence des familles dans les protocoles de réanimation.

### 2.2 Question de recherche

Tous les éléments présents dans la problématisation ont permis d'établir la question clinique suivante : Comment la famille (P) d'un·e patient·e pris en charge pour une réanimation cardiopulmonaire dans un service hospitalier (Co) perçoit-elle cette expérience (I) et quelles sont les perceptions des infirmier·ère·s sur la question ?

## 3. Méthodologie

Dans ce chapitre, nous allons exposer notre méthodologie de recherche pour réaliser ce Travail de Bachelor. Afin de s'imprégner du sujet et de définir le fil rouge de notre problématique, nous avons commencé par rechercher des ressources issues de la littérature grise. Nous en avons trouvé sous la forme de sites internet, d'articles et de brochures. Nous nous sommes ensuite concentrés sur l'élaboration d'une question de recherche à partir des besoins identifiés dans la problématique. Pour y répondre, nous avons choisi de poser une question de nature qualitative. Une recherche qualitative est particulièrement adaptée dans le cadre de notre problématique car elle nous permet d'explorer les émotions, les sentiments et les expériences personnelles des familles confrontées à la réanimation cardio-respiratoire d'un proche. Ceci nous permet également d'observer le vécu du personnel soignant.

Cette exploration nous aidera ainsi à identifier plus précisément les enjeux et les différents stresseurs perçus par les familles et les soignants, afin de les intégrer dans le Modèle de Neuman et de mieux comprendre les dynamiques entourant cette problématique.

Nous avons identifié des mots-clés et avons créé le PICo suivant :

	<b>Mots-clés identifiés en français</b>	<b>Mots-clés traduits en anglais (HeTOP)</b> <i>Synonymes, termes apparentés et termes libres</i>	<b>Descripteurs PubMed</b>	<b>Descripteurs CINAHL</b>
<b>Population</b>	Famille	Family Spouses Parents	Family Spouses Parents	Family Extended Family Spouses Parents
<b>Phénomène d'Intérêt</b>	Perception Accompagnement infirmier	Perception Social support Nurses, male Nursing care	Perception Social support Nurses, male	Support, Social Nursing Care Critical Care Nursing
<b>Contexte</b>	Patient Réanimation cardiopulmonaire Hospitalisation	Inpatient Heart massage Resuscitation Hospitalization	Inpatient Heart massage Resuscitation Hospitalization	Heart massage Resuscitation Resuscitation, Cardiopulmonary

### 3.1 Stratégie de recherche

La poursuite des recherches a été menée dans la littérature scientifique en utilisant des bases de données telles que PubMed et CINAHL. Les mots-clés issus du thésaurus *CINAHL Subject Headings* ont été employés pour décrire les sujets des documents trouvés dans cette base. Pour PubMed, nous avons d'abord identifiés nos mots-clés et les avons ensuite traduits dans *HeTOP (Health Terminolony/Ontology Portal)*. Les *MeSH (Medical Subject Headings) Terms* ont été sélectionnés afin d'identifier les descripteurs appropriés. De plus, lors de la première lecture des articles primaires, nous avons exploré les listes de références pour rechercher des études supplémentaires en lien avec notre question PICo. Le processus de sélection s'est d'abord concentré sur le titre, le résumé et les mots-clés, qui correspondaient souvent à nos propres critères de recherche. En raison de difficultés à trouver des articles primaires répondant à notre problématique, nous sommes allés explorer la rubrique *articles similaires* à partir de ceux jugés pertinents pour cette revue afin de pouvoir obtenir le nombre requis.

### **3.1.1 Critères d'inclusion**

- Articles qualitatifs primaires
- Articles en français ou anglais
- Parution dès 2014
- Réanimation cardiopulmonaire intrahospitalière

### **3.1.2 Critères d'exclusion**

- Réanimation cardiopulmonaire extrahospitalière
- Revue systématique, méta-analyse et méta synthèse
- Articles quantitatifs
- Articles en d'autres langues que le français ou l'anglais

Nous avons choisi ces différents critères d'inclusion et d'exclusion afin d'aborder la problématique sous l'angle qui nous semblait le plus pertinent.

Concernant le lieu des soins, nous avons sélectionné les réanimations cardiopulmonaires dans un contexte intrahospitalier. Plus précisément, cela inclut tous les services hospitaliers, avec une prédominance pour les soins intensifs et les urgences, car ce sont les unités où ces réanimations sont les plus fréquentes. À l'inverse, nous avons exclu le milieu extrahospitalier car il n'est pas systématiquement un environnement ouvert aux infirmier·ère·s, et l'implication de la famille y varie considérablement selon les contextes. De plus, nous avons souhaité exclure les ACR survenant dans un contexte traumatique ou accidentel, afin de nous concentrer sur les réanimations cardiopulmonaires liées à des maladies. Cette distinction nous permet de mieux cerner les enjeux spécifiques à la prise en charge des patient·e·s souffrant de pathologies médicales et d'analyser l'impact de la présence des familles dans ce cadre précis.

Nous avons également choisi d'inclure uniquement des études qualitatives primaires. Cette approche nous permet d'explorer en profondeur l'expérience, le ressenti et le point de vue des familles sur leur présence lors d'une réanimation cardiopulmonaire, ainsi que la perception des infirmier·ère·s à ce sujet. Des études quantitatives ne nous permettraient pas de réaliser cela. L'objectif est de mieux comprendre les enjeux pour les deux parties et d'identifier la plus-value éventuelle de la présence des proches dans ce contexte.

En ce qui concerne la période de publication des articles, nous avons retenu des études datant de moins de dix ans, afin de nous baser sur des données récentes et pertinentes. Nous avons exclu les revues systématiques, les méta-analyses et les méta-synthèses, car leur niveau de complexité dépasse nos compétences actuelles en matière d'évaluation critique.

Tout au long de nos recherches nous nous sommes assurés que les articles choisis étaient tous passés devant un comité d'éthique garantissant le respect des principes éthiques en recherche.

### 3.2 Diagramme des flux

	Équation de recherche	Moteur et date de la recherche	Filtres ou limites	Nombre de résultats trouvé après application des filtres	Articles retenus et date de l'étude
1	((("family"[MeSH Terms]) AND ("perception"[MeSH Terms])) AND ("resuscitation"[MeSH Terms])) OR ("heart massage"[MeSH Terms])	PubMed Le 04.02.2025	2014 - 2025	190 trouvés, 1 retenu	Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members Avril 2018
2		PubMed Articles similaires de l'article n°1	2014 - 2025	76 trouvés, 3 retenus	Experiences of family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospital and its impact on life: An interview study with cardiac arrest survivors and their family members. Mai 2023
3		PubMed Article similaire de l'article n°1	2014 - 2025	76 trouvés, 3 retenus	Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions. 2021

4		PubMed Article similaire de l'article n°1	2014 - 2025	76 trouvés, 3 retenus	Health care professionals' concerns regarding in-hospital family- witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice 2017
5	(MH "Resuscitation") OR (MH "Resuscitation, Cardiopulmonary") OR (MH "Heart Massage") AND (MH "Family") OR (MH "Extended Family") OR (MH "Parents") OR (MH "Spouses") AND (MH "Nursing Care" OR (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "Support, Social") OR (MH "Family Support")	CINAHL Le 20.02.2025	2014 - 2025	23 trouvés, 1 retenu	Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department.  Mars 2017
6	((((("family"[MeSH Terms]) AND ("perception"[MeSH Terms])) OR ("attitude of health personnel"[MeSH Terms])) OR ("nursing staff"[MeSH Terms])) AND ("resuscitation"[MeSH Terms])) AND ("qualitative research"[MeSH Terms])	PubMed Le 20.02.2025	2014 - 2025	37 trouvés, 1 retenu	Family presence during resuscitation in emergency departments: professionals' attitudes in Brazil  2018

## 4. Présentation des résultats

### 4.1 Article 1

**Référence APA7 de l'article :** Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2018). Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members. *Intensive And Critical Care Nursing*, 50, 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.001>

**Contexte / pays de l'étude :** L'étude a été menée en Finlande et en Pologne, dans des unités de soins intensifs (USI) de différents hôpitaux universitaires, entre 2015 et 2018. Les chercheur·euse·s ont noté que la FPDR n'est pas une pratique courante dans ces pays et que le personnel a plutôt des attitudes négatives à son égard.

**Devis de recherche :** Un devis qualitatif descriptif basé sur une approche phénoménologique avec une enquête herméneutique a été utilisé. Cette approche a été choisie pour explorer la manière dont les familles peuvent vivre la RCP et la signification qu'elles donnent à cette pratique.

**But :** Le but de cette étude est de décrire les préférences des membres de la famille des patient·e·s de l'USI concernant l'idée d'être présent lors d'une RCP en milieu hospitalier.

**Population :** La population de l'étude était composée de 12 membres adultes de la famille de patient·e·s adultes qui avaient été admis dans des USI au cours des deux dernières années et qui n'étaient pas hospitalisé·e·s au moment de l'étude. Les participant·e·s ont été recruté·e·s à l'aide d'une méthode d'échantillonnage intentionnel afin d'assurer des cas riches en information. Il a été difficile d'obtenir un échantillon en raison de la non-implémentation de la FPDR en Pologne.

**Considération éthique :** L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Finlande orientale. Les participant·e·s ont été invité·e·s à signer un formulaire de consentement éclairé et à autoriser l'enregistrement de l'entretien.

**Collecte de données :** Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens individuels semi-structurés, basés sur un guide d'entretien thématique. Dix entretiens ont eu lieu en personne et deux par téléphone, dans un lieu désigné par le·a participant·e. Tous les entretiens ont été audio-enregistrés et ont duré entre 16 et 86 minutes (médiane de 35 minutes).

**Analyse des données :** Les transcriptions en finnois et en polonais ont été traduites en anglais par des personnes familières avec la méthodologie de recherche qualitative. Une analyse thématique inductive a été réalisée par l'auteur principal. Basée sur l'approche herméneutique, l'objectif était d'interpréter les intentions et les perspectives des membres de la famille et leur interrelation entre l'ensemble et les parties individuelles du contenu. L'analyse a été divisée en trois phases : (1) préparation, (2) organisation et (3) rapport. La saturation des données a été atteinte.

**Résultats :** L'analyse thématique a abouti à deux thèmes principaux avec quatre sous-thèmes chacun. Le premier thème est le désir des familles d'être plus impliquées et engagées dans les soins de leur

proche pendant la RCP, ce qui se manifeste par le besoin d'avoir la possibilité de décider de leur présence, d'être en proximité physique avec le·a patient·e, de sentir qu'elles ont plus de contrôle et d'impact, et d'avoir une meilleure idée de la situation. Le second thème concerne le souhait des familles d'être soignées et traitées avec respect pendant la RCP, soulignant le besoin de plus de soutien et de compréhension de la part du personnel soignant, la reconnaissance de l'unicité de la relation famille-patient·e, la nécessité d'un personnel plus humain et moins mécanique, ainsi que l'importance d'avoir des professionnel·le·s compétent·e·s et hautement qualifié·e·s.

**Conclusion :** L'étude suggère de nouveaux aspects des préférences des familles concernant l'option de la FPDR en milieu hospitalier. Ces résultats soutiennent les recommandations internationales soulignant la nécessité d'améliorer les soins centrés sur la famille (SCF) pendant la RCP et donnent une direction pour de futures recherches qui devraient viser à évaluer la situation locale des soins de santé. Cela aiderait à estimer la possibilité de la mise en œuvre de la FPDR et, par conséquent, à mieux soutenir les proches des patient·e·s pour répondre à leurs besoins.

**Justification du choix de l'article :** Il aborde directement les préférences des familles concernant la FPDR dans le contexte des USI. Il fournit une perspective qualitative des proches en Finlande et en Pologne, où la FPDR n'est pas une pratique courante, offrant ainsi des éclairages sur leurs attentes et besoins pendant cette situation critique. L'étude met en évidence le potentiel d'amélioration des prestations infirmières. De plus, l'article examine les implications de ses résultats pour la pratique clinique et suggère la nécessité de changements systémiques pour accroître la sensibilisation des infirmier·ère·s aux préférences des familles et faciliter la mise en œuvre de la FPDR.

## 4.1 Article 2

### Référence APA7 de l'article :

Waldemar, A., Strömborg, A., Thylén, I., & Bremer, A. (2023). Experiences of family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospital and its impact on life : An interview study with cardiac arrest survivors and their family members. *Journal Of Clinical Nursing*, 32(19-20), 7412-7424.

<https://doi.org/10.1111/jocn.16788>

**Contexte/pays de l'étude :** L'étude a été menée en Suède entre 2018 et 2020, dans différents types d'hôpitaux (universitaire, comté, district) et dans différents services (urgences, unités de soins intensifs cardiologiques, médecine et chirurgie)

**Devis de recherche :** Un devis qualitatif phénoménologique a été appliqué reposant sur la réalisation d'entretiens familiaux. L'approche spécifique utilisée est l'analyse phénoménologique interprétative (IPA). L'IPA vise à interpréter la signification et à comprendre les expériences à partir d'un contexte spécifique

**But :** Le but de cette étude était d'explorer les expériences d'un arrêt cardiaque intra-hospitalier (ACIH) et son impact sur la vie du·de la patient·e qui a subi l'arrêt cardiaque et du membre de la famille qui a été témoin de la réanimation.

**Population** : Les participant·e·s étaient des patient·e·s ayant survécu à un ACIH et des membres de leur famille ayant été témoin de la réanimation. Un total de 15 participant·e·s (sept patient·e·s et huit membres de leur famille) a été sélectionné. Les critères d'inclusion étaient d'être âgé·e de 18 ans ou plus. Les critères d'exclusion incluaient les difficultés de communication, les troubles cognitifs sévères, les maladies psychiatriques sévères, les déficiences auditives sévères, le fait de ne pas parler suédois ou d'être en fin de vie.

**Considérations éthiques** : L'approbation éthique a été obtenue de l'autorité suédoise d'évaluation éthique. Les participant·e·s ont été informés de leur droit de se retirer à tout moment. Un consentement éclairé oral et écrit a été obtenu avant les entretiens.

**Collecte de données** : Des entretiens familiaux conjoints semi-structurés ont été choisis pour permettre aux participant·e·s de partager leurs pensées et leurs sentiments entre eux et d'aborder des sujets non discutés auparavant. Un guide d'entretien piloté avec des questions ouvertes a été utilisé, suivi de questions approfondies et réflexives basées sur les récits émergents. Les entretiens ont été audio-enregistrés et transcrits en verbatims par la première auteure. Les entretiens ont eu lieu quatre à dix mois après l'ACIH, dans un lieu choisi par les participant·e·s, et ont duré en moyenne 82 minutes.

**Analyse des données** : Les données ont été analysées à l'aide de l'IPA, en suivant les six étapes décrites par Smith et al. (2022). L'analyse a initialement été réalisée par la première auteure, et les résultats ont été continuellement revus par les trois autres chercheur·euse·s pour augmenter la validité.

**Résultats** : Les résultats de l'étude mettent en évidence les expériences des patient·e·s et de leurs familles à la suite d'un arrêt cardiaque intrahospitalier, organisés autour de trois thèmes principaux et huit sous-thèmes. Le premier thème, "L'intrusion de la mort - impuissant face à la fragilité de la vie", décrit l'impact de la soudaineté et de l'imprévisibilité de l'arrêt cardiaque. Les participant·e·s ont été confronté·e·s à la fragilité de la vie, ils·elles ont vécu une expérience proche de la mort ce qui a causé une sensation de perte de contrôle. Cependant, le soutien du personnel soignant et parfois leurs croyances spirituelles ont permis aux familles de se sentir renforcé par l'humanité et la spiritualité. Le deuxième thème, "Être totalement exposé - se sentir vulnérable dans la relation de soins", révèle un sentiment d'abandon et de vulnérabilité dans leur interaction avec le système de santé. Les participant·e·s ont rapporté des lacunes qui infligent des dommages et manque de confiance, se sentant ignoré·e·s ou témoins d'erreurs perçues dans les soins. Ils·elles exprimaient le besoin de rechercher une confirmation lorsque la vie vacille, désirant partager leurs expériences et obtenir des réponses, mais se sentant souvent insignifiant·e·s et non entendu·e·s. Le troisième thème n'est pas pertinent pour notre sujet de recherche.

**Conclusion** : Survivre et être témoin d'un arrêt cardiaque à l'hôpital est un événement critique. Les patient·e·s et les membres de leur famille sont vulnérables face à cette situation et ont besoin d'être vus et entendus, à l'hôpital. L'engagement et l'implication du personnel soignant ont un impact majeur sur la réduction des sentiments d'insignifiance et d'abandon des patient·e·s et des familles.

**Justification du choix de l'article** : Il explore spécifiquement les expériences des survivant·e·s d'ACIH et de leurs familles qui ont été témoins de la réanimation. Il comble un manque de connaissances et de

recherches sur l'impact de l'ACIH sur la vie des patient·e·s et de leurs proches. De plus, il aborde un sujet pertinent concernant les directives internationales qui préconisent d'offrir aux familles la possibilité d'être présentes pendant la réanimation, tout en soulignant la controverse et les besoins de soutien associés à cette pratique dans le contexte hospitalier. Les résultats de cette étude contribuent à une compréhension plus profonde de l'importance de mieux inclure des familles dans les phases cruciales des soins.

### 4.3 Article 3

#### Référence APA7 de l'article :

Fernández, E. de M., Martín, G. M., & Herrera, M. J. (2021). Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions. *Nursing Ethics*, 28(5), 645–655. doi: 10.1177/0969733020968171

**Contexte / pays de l'étude :** L'étude a été menée en Espagne, dans l'Hôpital de Sant Antoni Abat.

**Devis de recherche :** Le devis est qualitatif descriptif, les chercheur·euse·s ont réalisé des d'entretiens semi-structurés avec des proches et des patient·e·s concernant leurs expériences et leurs perceptions de la FPDR.

**But :** Le but de cette étude est de connaître les opinions, les perceptions et les souhaits des membres de la famille et des patient·e·s en ce qui concerne la présence de la famille pendant les procédures invasives et la réanimation cardiopulmonaire.

**Population :** L'étude a inclus 18 participant·e·s, dont huit patient·e·s ayant subi des techniques invasives ou une RCP et dix proches directs. Parmi eux, huit étaient des femmes, 13 étaient marié·e·s et dix avaient des enfants. Les patient·e·s provenaient d'unités de soins subaigus, de convalescence et de longue durée. Les critères d'inclusion garantissaient leur autonomie décisionnelle, avec un dépistage cognitif pour les plus de 65 ans.

**Considérations éthiques :** L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de recherche clinique de la Fundaciò Uniò Catalana d'Hospitals. Les participant·e·s ont été informé·e·s au préalable des caractéristiques de l'étude et ont signé des consentements écrits.

**Collecte des données :** La collecte des données a été réalisée entre octobre 2017 et avril 2018, à l'aide d'entretiens semi-structurés avec des questions ouvertes (12 questions ont été formulées pour ces entretiens ainsi qu'un questionnaire de récolte des données sociodémographiques). Ces derniers ont été enregistrés à l'aide d'une application dédiée puis traitée par ordinateur et transcrise littéralement pour une lecture et une analyse ultérieure.

**Analyse des données :** L'analyse de contenu a été utilisée comme approche descriptive pour examiner le phénomène étudié. Les données ont été codées, puis organisées en catégories et sous-catégories selon la méthode de Verd et Lozares. La transcription littérale a été utilisée pour l'analyse systématique du texte. Aucun logiciel n'a été utilisé pour l'analyse des données. La validation de l'étude a été assurée par

la triangulation : les chercheur·euse·s ont analysé les transcriptions séparément avant d'unifier le codage des unités de sens, ce qui a permis d'obtenir des catégories finales qui concordaient.

**Résultats :** Trois catégories principales ont émergé :

1. **Connaissance** : La RCP est mieux connue que les procédures invasives, dont la compréhension dépend de l'expérience ou des représentations, pouvant entraîner des mauvaises interprétations de ce que les proches voient. La majorité des participant·e·s apprécierait la présence d'un·e professionnel·le·s de santé expliquant les différentes techniques prodiguées à leur proche.
2. **Respect des droits** :
  - a) **Droit à la FPDR** : les participant·e·s acceptent souvent de quitter les lieux, normalisant l'absence de présence familiale, ce qui engendre un sentiment d'impuissance. Certain·e·s n'ont jamais envisagé cette présence, d'autres l'ont demandée mais les professionnel·le·s de santé ne leur ont pas laissé la possibilité de rester près de leur proche.
  - b) **Paternalisme** : le paternalisme est l'idée que les médecins agissent pour notre bien, et qu'ils savent ce qui est bien pour nous et que la présence familiale peut être traumatisante. Il est contrasté par les avis des participant·e·s, la majorité ne juge pas la FPDR traumatisante. Toutefois, bien qu'ils·elles expriment le souhait d'être présent·e·s, plusieurs soulignent que plus la procédure est invasive, plus ils·elles préfèrent prendre du recul ou éviter d'interférer.
3. **Accompagnement du·de la patient·e** :
  - a) **Soutien émotionnel** : Il consiste à apporter la tranquillité d'esprit et à réduire l'anxiété, tant pour le·a patient·e que pour les membres de sa famille. Il assure aussi la sécurité et la transparence et permet au·à la patient·e de se sentir aimé·e.
  - b) **Courage et force de caractère** : Ils sont reliés à la présence de la famille puisqu'ils la conditionnent. C'est l'expérience qui donne le courage de rester présent, par exemple pour des personnes ayant déjà vécu une situation similaire. Cependant certains n'ont pas le courage de supporter ces procédures et préfèrent ne pas rester.
  - c) **Confiance dans les professionnel·le·s** : C'est un facteur qui détermine la prédisposition des professionnel·le·s à autoriser la FPDR selon les opinions des patient·e·s et des proches.

La majorité des personnes interrogées reconnaissent les avantages de la présence de la famille, mais plus la procédure est invasive, elles ont des doutes quant à l'accompagnement. De plus la plupart des participant·e·s considère comme positif le fait qu'un·e professionnel·le de santé se joigne à elle et leur explique les procédures à suivre à tout moment et leurs résultats.

**Conclusion :** Cette étude décrit la peur et la résistance des membres de la famille à assister à des procédures invasives. Dans la majorité des situations, ils·elles auraient accepté·e·s de rester près de leur proche. Le manque de familiarité avec les techniques médicales provoque une insécurité qui serait atténuée par le soutien d'un·e membre de l'équipe qui expliquerait les procédures à la personne accompagnante. La FPDR n'est pas considérée comme un droit et n'est pas standardisée dans leur pratique, impliquant le fait que certains proches auraient souhaité être présents mais n'ont pas été

consultés et ont donc abandonné cette possibilité. La FPDR est une pratique inhabituelle et complexe et chaque cas doit être évalué de manière indépendante. Des recherches supplémentaires seraient alors nécessaires pour mieux comprendre les perceptions des familles et adapter les politiques de santé en conséquence.

**Justification du choix de l'article :** Le choix de cet article est justifié pour notre travail car il offre des résultats qui enrichissent directement notre analyse sur la présence des familles lors de la réanimation cardiopulmonaire. En effet, l'étude aborde des aspects tels que la méconnaissance des droits des familles, le rôle émotionnel et de soutien, ainsi que les résistances rencontrées par les proches face à la pratique actuelle. De plus, l'accent mis sur l'évaluation individuelle de chaque situation et la nécessité d'adapter les politiques de santé correspondent aux enjeux que nous explorons dans notre travail. Enfin, les résultats soulignent des aspects éthiques et relationnels cruciaux, qui sont au cœur de notre réflexion.

#### 4.4 Article 4

##### Référence APA7 de l'article

Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2017). Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice. *Nursing In Critical Care*, 23(3), 134-140. <https://doi.org/10.1111/nicc.12294>

**Contexte/Pays de l'étude :** L'étude a été menée en Finlande et en Pologne. Ces pays ont été choisis car la FPDR intrahospitalière n'y est pas implantée de manière systématique, malgré les recommandations internationales.

**Devis de recherche :** Le devis de recherche est une démarche qualitative inductive dans cette étude.

**But :** Le but de l'étude est de décrire les opinions des professionnel·le·s de la santé sur la FPDR adulte intrahospitalière en Finlande et en Pologne.

**Population :** Un échantillon non-probabiliste intentionnel a été utilisé. Cela signifie que les participant·e·s ont été sélectionnés en fonction de critères précis. La population de cette étude est composée de 390 participant·e·s, médecins et infirmier·ère·s confondus, regroupant six hôpitaux universitaires. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être médecin ou infirmier·ère et travailler aux urgences ou aux soins intensifs. Le seul critère d'exclusion était de travailler dans ces services mais en pédiatrie. Le nombre de participant·e·s dans cette étude était suffisant pour garantir la saturation des données.

**Considérations éthiques :** L'étude a été approuvée par un Comité d'éthique de la recherche et a obtenu l'accord des comités éthiques des six hôpitaux participant·e·s. La participation était volontaire et anonyme, et le consentement était présumé par le retour du questionnaire rempli.

**Collecte des données :** Les participant·e·s ont dû répondre à un questionnaire composé de quatre sections : détails démographiques, expériences avec la présence des familles, attitudes envers la présence des familles et commentaires sur le sujet. Toutes les données ont été récoltées auprès des

mêmes participant·e·s. Les questionnaires ont été traduits en finnois et en polonais en utilisant la rétroatraduction et le test monolingue.

**Analyse des données :** L'analyse a suivi une approche thématique inductive. Deux auteur·e·s ont analysé les réponses en identifiant les thèmes principaux. Cette étude respecte les recommandations de la norme SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research).

**Résultats :** Les résultats sont présentés sous forme de paragraphes, illustrés par des verbatims. Cinq thèmes principaux émergent de l'analyse :

- a. L'horreur pour la famille : les professionnel·le·s estiment que la FPDR est une expérience traumatisante et négative. Ils·elles précisent que les familles n'ont pas les connaissances médicales nécessaires pour comprendre la situation et rester objectif. La famille risque de ressentir des émotions fortes qui pourraient avoir un impact néfaste sur leur santé.
- b. Flux de travail perturbé : La présence des proches peut affecter la qualité et l'efficacité de la RCP : diminution de la concentration de l'équipe, restriction de l'espace de travail et interruptions nombreuses. En raison de la nature traumatisante d'une RCP, les proches peuvent s'évanouir ou poser des questions et cela nécessite l'attention des professionnel·le·s. La FPDR peut également augmenter les coûts de la santé et faire surgir plus de dilemmes éthiques. Il semble qu'il soit plus difficile d'arrêter une RCP si la famille observe. En conséquence, les professionnel·le·s continueront la RCP plus longtemps que nécessaire, engendrant ainsi une augmentation des coûts et posant des questions éthiques d'acharnement thérapeutique.
- c. Manque de soutien pour la famille : Le personnel estime ne pas avoir le temps ni les compétences pour assurer une prise en charge adéquate de la famille. Les professionnel·le·s de la santé ne se sentent pas équipés·e·s pour interagir avec les émotions et besoins des proches. Certain·e·s participant·e·s ont suggéré de proposer des entretiens aux proches pour débriefer pendant ou après la RCP plutôt que de les inclure durant cette dernière.
- d. Préparation du personnel : Un besoin de formation sur la gestion des proches en situation de RCP est identifié par les professionnel·le·s. Ils·elles énoncent qu'il y a un besoin réel et actuel de revoir les formations et d'élaborer des protocoles clairs.
- e. Décisions basées sur la situation : La FPDR englobe de multiples composantes et doit être examinée au cas par cas. Cela dépend de l'effectif disponible, des compétences des soignant·e·s et, si connu, le choix du·de la patient·e. Enfin, il faut évaluer la résistance mentale et émotionnelle des proches et déterminer si leur présence serait effectivement bénéfique ou seulement nocive.

**Conclusion :** Les résultats révèlent de nombreuses préoccupations des professionnel·le·s quant à la FPDR adulte en milieu hospitalier. Malgré des études scientifiques prouvant les bénéfices pour les proches, des croyances personnelles et des contraintes organisationnelles freinent son application. Les auteur·e·s recommandent des changements éducatifs et organisationnels pour mieux aligner les pratiques actuelles sur les recommandations. Cette étude présente certaines limites : les questions étaient générales, ce qui simplifie la complexité du problème, un possible biais de sélection dû au caractère

controversé du sujet a pu avoir lieu et les résultats sont spécifiques à des contextes restreints, ils ne sont donc pas applicables de manière globale. Des recherches supplémentaires, adaptées à chaque pays et basées sur des entretiens approfondis, sont nécessaires.

**Justification du choix de l'article :** Cet article aborde une problématique actuelle pour les soins infirmiers. Bien que la FPDR soit reconnue comme bénéfique et soutenue par plusieurs associations professionnelles, elle reste peu appliquée en Europe. Assister à une RCP aide les familles à maintenir leur autonomie, facilite le potentiel deuil et s'inscrit dans une approche de soins centrés sur la famille. Pourtant, malgré les recommandations et preuves scientifiques, les professionnel·le·s de santé s'y opposent encore. Explorer leurs attitudes permettrait d'identifier les freins à son application et d'envisager une intégration dans les protocoles de RCP en Suisse.

## 4.5 Article 5

### Référence APA7 de l'article

Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldes, J., & Fernandes, A. (2017). Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (13), 83-92. <https://doi.org/10.12707/riv16085>

**Contexte/pays de l'étude :** Elle se déroule au Portugal dans quatre services d'urgences adultes entre Lisbonne et la vallée de Tage de septembre à décembre 2015.

**Devis de recherche :** Le devis de recherche est de type descriptif et exploratoire. Ce type de devis est congruent avec le but de l'étude car il offre une description détaillée du phénomène étudié.

**But :** Le but de l'étude est d'identifier l'opinions des infirmier·ère·s sur la présence de la famille lors de situations urgentes dans un service d'urgences adultes.

**Population :** La population de cette étude est composée de 233 infirmier·ère·s volontaire·s sélectionné·e·s grâce à un échantillon non-probabiliste de convenance. Cela signifie que les participant·e·s sont sélectionné·e·s en fonction de leur disponibilité et leur lieu de travail et pendant une période précise. Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas décrits.

**Considérations éthiques :** Le projet de recherche a été approuvé par le conseil d'administration et les comités d'éthique des hôpitaux. Les principes éthiques définis par la Déclaration d'Helsinki ont été respectés tout au long de l'étude. Les participant·e·s n'ont pas dû signer un contrat de consentement. L'information qui portait sur la base volontaire de la participation à cette étude était écrite en haut du questionnaire, comme texte d'introduction.

**Collecte de données :** Elle a été réalisée entre septembre et décembre 2015. La récolte des données a été réalisée grâce à un questionnaire divisé en trois parties. D'abord une collecte de données démographiques puis il a été demandé l'opinion professionnelle de l'infirmier·ère sur la présence familiale dans le service d'urgence. Enfin deux questions fermées portant sur le niveau d'accord ou de désaccord des infirmier·ère·s au sujet de la FPDR si le·a patient·e était, cette fois-ci, un·e de leur proche ou bien s'ils·elles étaient eux·elles-mêmes patient·e. Une échelle de Likert en cinq points a été utilisée.

**Analyse des données :** Les données ont été analysées en utilisant le logiciel « Statistical Package for the Social Sciences » (SPSS) version 22. Les questions ont été analysées en utilisant la technique d'analyse de contenu de Bardin (1977).

**Résultats :** Les résultats sont mixtes, avec une tendance plus forte pour refuser la présence familiale lors d'urgences ou réanimation intrahospitalière. 76% des infirmiers·ère·s ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec la FPDR et 66,1% ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec la présence familiale lors de situations urgentes. Environ 75% des infirmier·ère·s ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord que la famille du·de la patient·e soit présente si ce·tte dernier·ère est polytraumatisé·e. Lors de l'identification des avantages et désavantages, on remarque que les participant·e·s ont plus de désavantages (n=554) à exposer que d'avantages (n=396). Les principaux désavantages sont : le manque de compréhension des proches, l'anxiété, l'interférence avec les soins et le manque de place autour du patient. Les avantages nommés sont : l'ajout d'informations cliniques pertinentes à la prise en charge, l'observation et le vécu de l'expérience afin de mieux vivre une potentielle phase de deuil, le soutien psychologique et l'inclusion de la famille. Certain·e·s ont également répondu qu'il n'y avait pas d'avantages.

Finalement, 64% des infirmiers·ère·s sont en désaccord total quant au fait d'être présent·e·s si le·a patient·e est un·e de leurs proches. Pourtant, 30% des infirmiers·ère·s sont d'accord ou totalement d'accord de rester avec leur propre proche lors de RCP. En revanche, si les rôles s'inversaient, que l'infirmier·ère devenait le·a patient·e, 69,5% de ces dernier·ère·s ne seraient pas d'accord ou pas du tout d'accord avec la présence de leurs proches. Ils·elles reconnaissent la nécessité d'augmenter la formation des infirmier·ère·s sur la FPDR afin de changer la pratique actuelle.

**Conclusion :** La conclusion de l'étude montre que l'échantillon est plutôt en désaccord avec la présence de la famille lors de situations urgentes et de RCP aux urgences adultes. D'autres études nationales et internationales présentent des résultats similaires, toutefois la culture du pays exerce une influence sur ces résultats. Il est écrit que les résultats de cette recherche ne sont pas à généraliser. Cette étude a permis de mettre en lumière les pratiques actuelles dans ce contexte précis.

Les auteur·e·s ne déclarent pas de limites et proposent de réaliser d'autres études qui incluraient les patient·e·s, leur famille mais aussi les médecins.

**Justification du choix de l'article :** Nous avons sélectionné cet article car il présente des opinions professionnelles et des avantages et désavantages actuels selon les infirmier·ère·s travaillant aux urgences. Il englobe l'expertise et l'opinion de la population étudiée. Les résultats de cette étude sont en lien avec notre question de recherche et nous offre des réponses sur le sujet. Il est cohérent avec notre problématique, nous donne des pistes pour l'amélioration de la pratique actuelle et reflète les besoins pour les professionnel·le·s de la santé ainsi que les patient·e·s et leurs proches.

## 4.6 Article 6

### Référence APA7 de l'article :

Barreto, Garcia-Vivar, C., Mitchell, M., & Marcon, S. (2018). Family presence during resuscitation in emergency departments: professionals' attitudes in Brazil. *International Nursing Review*, 65(4), 567–576. <https://doi.org/10.1111/inr.12490>

**Contexte / pays de l'étude :** Cette étude a été menée à Maringa, au Brésil. Deux services d'urgence ont participé à cette recherche. Chaque unité, dans laquelle travaillent 40 professionnel·le·s de la santé (24 infirmier·ère·s et 16 médecins), reçoit en moyenne 400 patient·e·s par jour.

**Devis de recherche :** C'est une étude qualitative descriptive exploratoire

**But :** L'étude a exploré les points de vue et les attitudes des infirmier·ère·s et des médecins sur la présence de la famille pendant la réanimation dans les services d'urgence au Brésil.

**Population :** Tous les médecins et infirmier·ère·s de l'unité (80) ont d'abord été considéré·e·s comme participant·e·s potentiel·le·s, avec pour seul critère d'inclusion une ancienneté d'au moins six mois aux urgences. Douze professionnel·le·s ont été exclu·e·s, pour congé maternité (1), arrêt maladie (2), vacances (4) ou ancienneté insuffisante (5). Après un recrutement par échantillonnage de convenance, 36 personnes ont été sollicitées, quatre ont décliné, aboutissant à un échantillon final de 32 participant·e·s, dont 21 infirmier·ère·s et 11 médecins.

**Considérations éthiques :** L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université signataire. Les participant·e·s ont signé un consentement écrit et la confidentialité a été garantie en permanence

**Collecte des données :** Des entretiens approfondis, enregistrés en portugais, ont été réalisés en janvier 2015. Les entretiens ont duré environ 35 minutes et l'environnement était propice à l'expression libre. Il y avait trois questions directrices pour les entretiens

**Analyse des données :** Les entretiens ont été transcrits puis traduits en anglais par un·e traducteur·rice, avant d'être validés par les auteur·e·s. L'analyse thématique de Burnard (1991) a été utilisée pour coder et catégoriser les données, menée par les mêmes chercheur·euse·s ayant collecté les données, avec l'appui du logiciel QDA Miner. La saturation théorique a été atteinte après 32 entretiens.

**Résultats :** Les résultats sont structurés autour de la catégorie principale « des changements sont nécessaires », divisée en trois catégories et quatre sous-catégories :

- 1) Attitude controversée des infirmier·ère·s et des médecins : La majorité des professionnel·le·s perçoive la FPDR négativement pour des raisons techniques, émotionnelles et logistiques, tout en reconnaissant la nécessité d'adapter les pratiques.
- 2) Préparation de l'environnement et des professionnel·le·s :
  - a) Réduire les limites des situations d'urgence : Les obstacles à la FPDR incluent l'infrastructure, le manque de personnel et le manque de soutien psychologique, avec la proposition d'un·e facilitateur·rice formé·e pour accompagner les proches.

- b) Diminuer les faiblesses des professionnel·le·s : Les professionnel·le·s reconnaissent la FPDR comme un droit, mais la mise en œuvre est freinée par un manque de formation et des craintes liées à l'impact émotionnel des proches sur les soins.

3) Préparer et soutenir les familles :

- a) Adoucir les souffrances de la famille : Les urgences et procédures invasives provoquent stress et anxiété chez les familles, nécessitant une préparation rapide et un soutien psychologique.
- b) Apporter du réconfort aux familles : La présence des proches pendant la réanimation ou le décès aide à comprendre la situation, à réduire les doutes et facilite le deuil.

**Conclusion :** Les résultats ont montré que la majorité des médecins et infirmier·ère·e brésilien·ne·s considérait la FPDR comme controversée, mais reconnaissait la nécessité d'améliorer les soins aux patient·e·s et aux familles. Cela inclut l'amélioration de l'environnement, l'engagement des familles dans les soins et la mise en place de programmes éducatifs sur la famille.

**Justification du choix de l'article :** Nous avons choisi cet article car il traite des perceptions des professionnel·le·s de santé sur la FPDR, un enjeu central de notre travail. Il met en évidence les réticences des soignant·e·s, liées à des facteurs techniques, émotionnels et organisationnels, tout en soulignant la nécessité d'adapter les pratiques pour mieux intégrer les familles. L'étude insiste également sur l'importance de la formation des professionnel·le·s et de l'amélioration du cadre hospitalier, ce qui rejoint notre réflexion sur les conditions nécessaires à la mise en place de la FPDR. En explorant les obstacles et les leviers d'acceptation, cet article nous permet d'enrichir notre analyse des enjeux éthiques et pratiques liés à la présence des familles lors de la réanimation

## 4.7 Tableau de synthèse des résultats

Articles	Pays	Sujet de l'étude	Résultats							
			Besoin de soutien de la part des professionnel·le·s	Sentiment d'impuissance et de vulnérabilité	Facilitation du processus de deuil	Opinion sur la FPDR	Nature traumatique de la RCP	La FPDR est un droit	Besoin d'une personne facilitatrice	Besoin de formation et besoin de changement des pratiques actuelles
Sak-Dankosky et al. (2018)	Finlande et Pologne	Proche	Désir d'être soutenu et accompagné	Sentiment de perte de contrôle et donc besoin d'être impliqué	Ø	Positive et besoin d'avoir le choix d'être présent ou non	Ø	Ø	Ø	Besoin de formation supplémentaire chez les professionnel·le·s de santé
Waldemar et al. (2023)	Suède	Proche	Oui Besoin d'accompagnement humain et spirituel Besoin d'être vu et écouté. Besoin de compassion	Oui Sentiment de vulnérabilité, insignifiance et d'abandon	Ø	Majoritairement positive, conditions actuelles la rendent traumatique	Oui	Oui Droit fondamental	Oui	Oui Besoin de formation des professionnel·le·s de la santé afin d'offrir un meilleur soutien
Fernández et al. (2021)	Espagne	Proche	Oui Besoin d'accompagnement	Manque de connaissances et de compréhension	Ø	Pratique complexe qui doit être évalué individuellement	Non	Oui (éthique) Notion de paternalisme	Oui Demande d'avoir une personne disponible pour expliquer la RCP	Oui

									aux proches	
Sak-Dankosky et al. (2017)	Finlande et Pologne	Infirmier·ère·s	Ø	Ø	Oui	Mixte Perturbation du flux de travail Reconnaissance de la plus-value de la FPDR si bien accompagnée Pas de corrélation entre la FPDR et l'augmentation de PTSD ou dépression	Oui Les professionnel·le·s disent que la FPDR est traumatisante pour les proches, peur du risque de PTSD et dépression	Ø	Manque de personnel Expriment qu'il n'y a pas de personne ressource disponible pour les proches	Disent qu'ils se sentent sous-équipés et sous-formés, besoin de formation supplémentaire
Batista et al. (2017)	Portugal	Infirmier·ère·s	Ø	Ø	Oui	Majoritairement négative Relève plus de désavantages (manque de compréhension, anxiété, perturbation du travail...) que d'avantages (vécu de l'expérience, diminue le deuil...)	Oui La FPDR est considérée comme traumatisante et peut causer de l'anxiété ou de la colère	Ø	Ø	Oui Besoin actuel de former plus les soignant·e·s dans la FPDR Besoin de plus de recherche sur la thématique Besoin d'élaborer des protocoles

Barreto et al. (2018)	Brésil	Infirmier·ère·s	Ø	Ø	Ø	Controversée mais nécessaire pour améliorer les soins	Peut être traumatique	Oui mais éprouvent de la difficulté à l'octroyer	Oui, afin d'informer, apporter du réconfort et supporter la famille, avant pendant et après la RCP. Cette personne est formée	Besoin de changement au niveau de la formation, structurels et financier. Besoin d'avoir un protocole
-----------------------	--------	-----------------	---	---	---	---	-----------------------	--	---	---

## 5. Discussion et perspectives

Dans ce chapitre, nous allons faire un bref rappel de notre question de recherche et notre de notre motivation, ainsi qu'une synthèse des résultats principaux de nos articles. Puis, nous interpréterons les résultats en lien avec le cadre théorique, les concepts disciplinaires et les savoirs scientifiques provenant d'autres sources. Enfin, nous proposerons des pistes d'amélioration pour la pratique actuelle en Suisse sur la base des articles étudiés.

### 5.1 Rappel de la question de recherche et des résultats principaux de la synthèse des articles

Pour rappel, notre question de recherche est la suivante : Comment la famille d'un·e patient·e pris en charge pour une réanimation cardiopulmonaire dans un service hospitalier perçoit-elle cette expérience et quelles sont les perceptions des infirmier·ère·s sur la question ?

Nous avons choisi d'explorer à la fois le point de vue des proches et celui des professionnel·le·s de santé, car chacun offre un éclairage essentiel sur l'expérience vécue. Nous croyons que cette compréhension croisée peut contribuer à améliorer la pratique infirmière, tant pour l'accompagnement des familles que pour le soutien de l'équipe soignante.

Les articles 1, 2 et 3 offrent une perspective centrée sur le vécu de la famille, alors que les articles 4, 5 et 6 reflètent le point de vue des professionnel·le·s de la santé. Pour résumer, nous nous rendons compte que la majorité des familles souhaitent être présente, ou en tout cas avoir l'option d'être là ou non, pendant la RCP de leur proche. Les familles souhaitent être engagées dans la prise en charge mais rapportent avoir besoin d'un soutien psychologique, humain et spirituel. Elles reconnaissent le choc de la soudaineté et de la brutalité d'une RCP et que, sans soutien de la part de l'équipe médico-soignante, ce sont des expériences qui peuvent être traumatisantes. Elles peuvent se sentir démunies par leur manque de connaissance ou l'abandon des soignant·e·s qui sont occupé·e·s par la RCP. Elles évoquent également la notion de paternalisme médical et elles expriment avoir le droit individuel de choisir d'être présente ou non.

Du point de vue infirmier, la majorité des résultats démontre une réticence quant à la FDPR. Les infirmier·ère·s expliquent qu'être témoin d'une RCP sur un proche est une chose difficile, voire choquante à vivre. Dans l'étude 5, 64% des infirmier·ère·s précisent qu'elles·eux-mêmes ne souhaiteraient pas être présent·e·s si la RCP était sur l'un de leur proche, pour des raisons émotionnelles et psychiques. Ils·elles évoquent que le manque de connaissance peut être une cause de difficulté pour les proches mais pourrait aussi entraver la dynamique de travail et diminuer la concentration de l'équipe. Un autre point relevé est le manque de formation et le manque de personnel. Les infirmier·ère·s expliquent que, pour que la FPDR soit

mise en place, ils·elles nécessiteraient des formations supplémentaires et de la présence d'un·e facilitateur·rice qui pourra être un soutien psychologique et accompagner les familles ; ce qu'ils·elles n'ont pas actuellement. Toutefois, la majorité des infirmier·ère·s interviewé·e·s reconnaît qu'il faut changer les pratiques car ils·elles trouvent tout de même des avantages à la FDPR, comme un meilleur vécu d'une potentielle phase de deuil, une réponse adaptée aux besoins des proches ou encore une facilitation du retour à un état d'équilibre pour la famille.

## 5.2 Analyse critique de nos résultats de recherche en regard du cadre théorique

Le Modèle des Systèmes de Neuman considère la personne comme un système en interaction avec des stresseurs pouvant perturber son équilibre. À la suite de l'analyse de nos articles, nous avons repéré de multiples stresseurs tant pour les proches que pour les professionnel·le·s de la santé.

L'observation d'une RCP sur un proche va inévitablement déséquilibrer le système-client au niveau de l'une ou de plusieurs de ses cinq variables : physiologique, psychologique, socioculturelle, développementale et spirituelle.

Le Modèle des Systèmes de Neuman (NSM) offre une vision holistique pour analyser de manière critique les résultats des articles concernant la présence de la famille pendant la RCP. Il met l'accent sur la conservation de la stabilité du système-client face aux stresseurs, en considérant l'individu et son environnement dans leurs cinq variables. L'analyse des articles au travers de ce modèle révèle des convergences et divergences significatives, particulièrement en ce qui concerne l'impact des stresseurs.

Dans le cadre du NSM, le système-client peut être un individu, mais aussi une famille ou un groupe. Ici, nous considérons le système-client comme les proches et également les professionnel·le·s de santé. Effectivement, comme nous nous intéressons au double point de vue, nous avons deux système-clients.

Lors de FPDR, la structure de base des système-client est menacée et les cinq variables sont affectées. Au niveau physiologique, les proches peuvent présenter des états de détresse tels qu'une crise d'angoisse ou un malaise et démontrer des signes et symptômes tels que des pleurs, une dyspnée et des palpitations (Waldemar et al., 2023). Quant au point de vue des infirmier·ère·s, ces dernier·ère·s expriment ressentir un stress accru lié aux conditions défavorables de travail et à l'anxiété des familles (Barreto et al., 2018 ; Batista et al., 2017).

La variable psychologique est l'aspect le plus touché chez les proches. Ils expriment se sentir insignifiants, vulnérables, abandonnés, déstabilisés, anxieux, et ils ont peur (Waldemar et al., 2023). L'ensemble de ces éléments découle d'un défaut d'information claire transmise par l'équipe médico-soignante. Le sentiment d'incompétence ressenti par les infirmier·ère·s révèle un manque de confiance en leurs capacités et la charge émotionnelle de la gestion des proches lors de RCP déstabilisent leur système-client.

La variable socio-culturelle dépend des différents pays et cultures, autant du point de vue des familles que des professionnel·le·s car la vision des soins et de la famille varie selon ces contextes. Par ailleurs, du côté professionnel, tant les articles que notre expérience clinique mettent en lumière l'existence d'une règle implicite : en situation de crise (comme une RCP), il est demandé aux familles de sortir, sans réelle réflexion, remise en question ni protocole établi à ce sujet, (Barreto et al., 2018). Cette pratique renforce une forme de paternalisme, où les professionnel·le·s de la santé prennent des décisions basées sur leurs compétences et leur statut. Elle contribue alors à la création et le maintien d'un fossé entre le monde des soignant·e·s et celui des proches.

La variable spirituelle est un aspect peu abordé dans nos articles. Seul Waldemar et al. (2023) l'aborde comme une ressource qui va aider les familles à traverser cette épreuve. De plus, nous pensons que les croyances et la spiritualité peuvent être des éléments clés dans le maintien de l'équilibre du système client, autant des proches que des professionnel·le·s.

Pour ce qui est de la variable développementale, nous ne retenons pas de résultat pertinent de nos articles. Waldemar et al. (2023) s'intéresse brièvement au mode de vie des familles post-événement traumatisant. Cependant, dans le cadre de notre travail de Bachelor, nous avons choisi de ne pas nous intéresser à la vie des familles post-RCP.

Ainsi, lors d'une RCP intrahospitalière, les stresseurs franchissent LFD puis la LND des systèmes-clients, entraînant une déstabilisation globale. Cette perturbation impacte les différentes variables du système-client. En réponse, les lignes de résistance (LR) sont activées afin de protéger ce dernier.

Désormais, nous allons nous pencher sur les trois types de stresseurs retrouvés dans le NSM : intrapersonnels, interpersonnels et extrapersonnels. En effet, ce sont ces éléments qui sont la cause du déséquilibre du système client. Dans les articles témoignant du point de vue des familles, les stresseurs intrapersonnels qui font le plus souvent surface sont la peur de la mort de la proche, le sentiment d'impuissance, l'incompréhension et de fortes émotions. Ces stresseurs, directement internes au système-client, vont franchir la LND et activer les LR. C'est à ce moment-là que des signes et symptômes sont observables et que les familles peuvent ressentir les conséquences de la FPDR. Les signes cliniques se manifestent par des pleurs, une confusion, de l'anxiété, de la colère ou encore des malaises. Du côté soignant, ils·elles rapportent un manque de confiance et une peur du jugement des proches, ce qui représente des stresseurs.

Maintenant nous nous intéressons aux stresseurs interpersonnels : Les familles ont évoqué se sentir à l'écart de la situation de leur proche et cela leur cause de la douleur, de la peur et de l'incompréhension. Le manque d'explication et de communication avec les soignant·e·s représente pour elles un stresseur important. Pour les professionnel·le·s de la santé, c'est le stress du travail et la gestion simultanément qui sont considérés

comme stresseurs. Effectivement la double-tâche de participer activement à une RCP et s'occuper de la famille de manière adéquate, calme et préventive, est difficile. Un conflit éthique interne se pose ici car dans leur rôle, ils ne savent plus de quel côté se pencher : la technicité et l'urgence ou l'humanité et le besoin d'accompagnement, soit le vital ou l'important. Chez les infirmier·ère·s, on observe une volonté de protéger le système-client d'éventuels traumatismes, conscients de leurs limites à offrir un accompagnement adéquat dans ces situations. Cette attitude traduit également un besoin de se préserver eux-mêmes.

Finalement, au niveau extrapersonnel, nous avons choisi de confondre les stresseurs des deux systèmes-clients : famille et infirmier·ère. Ces stresseurs englobent un environnement plus large, ce qui signifie qu'ils ont un impact égal sur les deux systèmes-clients, de manière directe ou indirecte. Le manque d'infrastructure physique et logistique adaptée est un enjeu crucial des deux côtés. Le manque de politique institutionnelle et de protocoles clairs mène à une augmentation des stresseurs. L'absence de formation en accompagnement de proches en situation d'urgences reflète un réel problème dans nos pratiques actuelles. Cela se voit par le nombre de système-clients, proche ou professionnel·le de la santé, déséquilibré à la suite de RCP avec ou sans famille présente. La tendance implicite à exclure les proches des soins d'urgences est une idée institutionnelle non fondée qui peut être source de stresseurs supplémentaires, comme le sentiment d'abandon, la peur de choquer ou encore le manque de soutien. Dans l'article de Sak-Dankosky et al. (2017), l'absence de protocoles clairs et de facilitateur démontre l'apparition d'autres stresseurs et même de dilemmes éthiques comme l'acharnement thérapeutique.

Désormais nous souhaitons mettre en lien les deux points de vue. Ces deux systèmes-clients, bien que distincts dans leurs rôles, partagent une même condition humaine : celle d'individus confrontés à une charge émotionnelle importante, en constante recherche d'équilibre face à des situations de haute intensité. Si les sources de stress divergent, leurs vécus restent marqués par une fragilité commune. Ainsi, les soignant·e·s comme les proches requièrent un soutien spécifique, un encadrement approprié et l'accès à des ressources leur permettant de faire face à ces contextes complexes. Tous deux aspirent à œuvrer dans l'intérêt du·de la patient·e, tout en protégeant leur propre intégrité émotionnelle et celle de l'autre.

Un tableau récapitulatif des stresseurs est présent en annexe.

Dans les NSM, il existe trois types de prévention : primaire, dont le but est de conserver la santé et de renforcer la LFD ; secondaire, dont le but est de protéger la vie, stabiliser la maladie et renforcer les LR puis tertiaire, dont le but est de faciliter la reconstruction et de favoriser le retour en santé. À la suite de nos recherches, à l'analyse de nos articles et à nos réflexions et expériences, nous nous sommes rendu compte qu'il n'y avait aucun dispositif mis en place à des fin de prévention du point de vue primaire. Au niveau secondaire, aucun moyen n'existe pour pallier les différents stresseurs qui arrivent dans ces événements

critiques. Finalement, nous n'avons pas identifié de prévention tertiaire, il n'y a aucun suivi à l'issue d'une RCP pour accompagner le système-client, soignant ou proche, afin de retrouver un équilibre.

Pour renforcer notre discussion nous avons sélectionné deux revues systématiques afin de compléter et justifier nos arguments.

### **5.3 Savoirs scientifiques complémentaires**

Les résultats des six articles sélectionnés pour notre revue de littérature soulignent que la présence des familles lors de RCP est perçue comme majoritairement bénéfique par les proches mais parfois aussi comme source d'ambivalence ou de réticence par les soignants. Cette observation rejoint les conclusions de la revue systématique de Considine et al. (2022), qui identifie une grande variabilité des effets de la FPDR, tant sur les familles que sur les professionnel·le·s. Bien que l'effet sur les patient·e·s soit peu documenté, plusieurs études montrent que les proches ayant assisté à la réanimation présentent parfois moins de symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress post-traumatique. Cependant, d'autres rapportent davantage de symptômes suite à la FPDR, ce qui suggère une expérience individuelle et influencée par le contexte.

De plus, les résultats de nos articles confirment l'importance de l'accompagnement : la présence d'un·e professionnel·le de soutien pour les familles est systématiquement mentionnée comme un facteur facilitateur dans la revue de Considine. Cette notion est également centrale dans la méta-synthèse de Barreto et al. (2018), qui met en lumière le rôle clé des facteurs contextuels (environnement, culture, organisation) dans l'acceptation ou le rejet de la FPDR. Selon cette méta-synthèse, la FPDR est perçue comme un point central pour soutenir les proches, éclairer les soins de réanimation et elle permet également d'humaniser la pratique. Nos résultats s'inscrivent donc dans cette ambivalence actuelle décrite par Barreto et al., (2018) : entre une volonté croissante de considérer les proches comme partenaires de soin, et des freins liés à la culture soignante et à la logistique physique et organisationnelle. Les études incluses dans notre travail révèlent par ailleurs que même lorsque les familles n'ont pas vécu une expérience réelle de FPDR, leur désir d'être présentes est fort, à condition que leur rôle soit clarifié et accompagné.

En résumé, l'interprétation de nos résultats à la lumière des savoirs scientifiques complémentaires permet de confirmer que la FPDR peut être une expérience positive pour les familles, à condition qu'elle soit protocolée, réfléchie et qu'elle permette un accompagnement adéquat. Elle ne peut pas être universellement imposée, mais devrait faire partie des options proposées aux proches, dans une logique de soins centrés sur la personne et ses relations.

### **5.4 Pistes d'améliorations**

L'implication des familles dans ces situations reste marginale bien que de plus en plus d'études et de recommandations internationales soulignent les bénéfices de leur présence. Ces pistes d'améliorations

s'articule autour de trois axes d'amélioration : la pratique clinique, la formation des professionnel·le·s, et la recherche scientifique. Elles s'appuient sur notre revue de littérature, les réflexions menées entre nous, les réalités du terrain et les données scientifiques disponibles.

Nous allons maintenant les présenter selon les trois types de prévention présentent dans le NSM.

#### **5.4.1 Prévention primaire :**

##### *Clinique*

- Le développement et la mise en œuvre de politiques et de protocoles clairs et fondés sur des données probantes concernant la FPDR. L'existence de politiques institutionnelles rendrait les professionnel·le·s plus à l'aise pour inviter les familles et permettrait d'avoir un cadre clair, ce qui favoriserait leur adhésion. Il permettrait d'offrir la possibilité aux familles d'être présentes ou non dans ces moments critiques. Par exemple, il serait possible de le faire sous forme de questionnaire pour les services hospitalier, dans lequel il serait demandé aux proches s'ils souhaitent être présents ou non lors d'une potentielle RCP et de leur expliquer ce qu'ils seraient amenés à voir et vivre. La simple proposition est déjà un geste d'inclusion (Waldemar et al., 2023 ; Sak-Dankosky et al., 2018).
- Adapter l'environnement physique des zones de réanimation, afin de ne pas perturber le flux de travail des infirmier·ère·s.
- Intégrer le soutien à la famille dans les protocoles d'urgence, par exemple en ajoutant la dimension « F » (famille) à l'algorithme ABCDE(F), en détachant une personne dans ce but.

##### *Formation et enseignement :*

Au niveau de la formation continue, des modules spécifiques pourraient être mis en place pour outiller les professionnel·le·s dans l'accompagnement des proches lors de RCP. Cela inclut la gestion de l'émotion, la communication en situation critique, et la coordination avec le reste de l'équipe.

- Développer des programmes de formation continue axés sur l'implémentation pratique de la FPDR, incluant des détails spécifiques sur la manière de procéder (décision, posture, accompagnement.)
- Renforcer les compétences en communication des professionnel·le·s. Cela comprend l'apprentissage de l'utilisation d'un langage simple pour expliquer les procédures, les comportements non-verbaux appropriés et la communication sensible dans les situations de crise.
- Former les équipes à la gestion des situations familiales complexes, en incluant la prise en charge des réactions émotionnelles intenses, la gestion des interférences possibles, l'établissement de limites claires et l'usage de techniques de désescalade.
- Promouvoir la formation interprofessionnelle sur la FPDR, impliquant notamment les médecins, pour favoriser une approche d'équipe cohérente. Les formations Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) pourraient intégrer ce contenu également dans leurs simulations.

Dans la formation initiale, ces thématiques pourraient être intégrées aux cours d'éthique, lors de la formation du Basic Life Support – Automatic External Defibrillator (BLS-AED) ou des simulations du module Hôpital Immersif (HOPIM). Introduire ce sujet sous forme d'études de cas, de discussions cliniques ou de réflexions éthiques permettrait de sensibiliser les étudiant·e·s dès le début de leur parcours professionnel. Cela contribuerait à faire émerger une culture de l'inclusion des familles dans les soins critiques.

Les pistes afin d'améliorer la formation et l'enseignement sont :

- Utiliser une variété de méthodes pédagogiques, en privilégiant potentiellement les approches expérientielles comme la simulation. La simulation est très utile pour pratiquer les scénarios, les compétences en communication et le rôle de facilitateur familial. Des patient·e·s standardisé·e·s (acteur·rice·s) peuvent être utilisé·e·s.
- Inclure dans la formation les perspectives des familles et des professionnel·le·s ayant vécu la FPDR, potentiellement à l'aide de témoignages filmés ou de discussions.

#### Recherche

- Approfondir la recherche sur les expériences et les opinions des professionnel·le·s de santé (infirmier·ère·s, médecins), et surtout des patient·e·s et de leurs familles dans divers contextes culturels et régionaux. Les études qualitatives utilisant des approches phénoménologiques sont utiles et intéressantes pour cela.
- Explorer de manière plus approfondie les besoins spécifiques en formation des professionnel·le·s, notamment les infirmier·ère·s de soins critiques.
- Réaliser des études transversales incluant les perspectives des infirmier·ère·s, des médecins, des patient·e·s et des familles pour obtenir une vision complète de la pratique.
- Évaluer la situation locale des soins de santé, y compris les ressources, les effectifs et la culture organisationnelle, pour identifier les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre de la FPDR.
- Orienter la recherche future vers l'amélioration des soins centrés sur la famille pendant la RCP, en se concentrant sur la satisfaction des besoins des familles et l'amélioration de leurs résultats.

#### **5.4.2 Secondaire**

##### Clinique

- Désigner systématiquement un·e membre de l'équipe pour accompagner et soutenir la famille. Cette fonction de facilitateur·rice est essentielle. Détacher un·e infirmier·ère pour accompagner le proche, afin de lui expliquer en temps réel les actes réalisés, les étapes de la réanimation, et répondre à ses questions. Si la famille préfère ne pas être présente, cette même personne pourrait jouer un rôle de médiateur et la tenir informée au fil de l'évolution. Cette personne permettrait à l'équipe de réanimation de se concentrer sur les soins aux patient·e·s (Waldemar et al., 2023 ; Barreto et al., 2018).

- Évaluer chaque situation de manière individuelle pour décider si la présence familiale est appropriée, en tenant compte de l'état du·de la patient·e, des soins nécessaires, du contexte général, de la disposition de l'équipe et de la volonté de la famille. Si le·a patient·e ne peut pas exprimer ses souhaits, la décision pourrait être prise conjointement par un·e membre de l'équipe de RCP et par un proche.
- Favoriser une vision d'équipe unifiée sur la FPDR, en incluant même les médecins, assistant·e en soins et santé communautaire (ASSC) et aide-soignant·e·s, afin d'éviter les divergences de pratiques.

### 5.4.3 Tertiaire

#### Clinique

- Mise en place de débriefing post-RCP formel pour l'équipe médico-soignante et proposer un débriefing informel confondant professionnel·le·s et proches.
- Possibilité de mise en place d'un suivi psychologique ou infirmier durant les 3 mois post-RCP pour les familles afin d'améliorer leur processus de deuil.
- Création de groupe de parole pour les proches afin d'assurer un accompagnement optimal et sécuritaire ainsi que faciliter le processus de deuil

#### Recherche

- Étudier les retombées psychologiques à long terme pour les familles qui assistent à la réanimation.

En somme, l'amélioration de l'implication des familles dans la RCP nécessite une approche multidimensionnelle qui combine l'élaboration de politiques claires, une formation adaptée des professionnel·le·s axée sur la pratique et la communication, la désignation de personnel de soutien, et une poursuite de la recherche pour combler les lacunes actuelles et évaluer les interventions mises en place.

## 5.5 Forces et faiblesse de la méthodologie des articles retenus

L'analyse des six articles révèle une variété de méthodologies qualitatives et descriptives, chacune comportant des forces et des limites spécifiques. Globalement, la majorité des études adoptent des approches qualitatives, bien adaptées pour explorer en profondeur les perceptions, émotions et expériences subjectives, tant du point de vue des familles que des professionnel·le·s de la santé.

Parmi les forces communes, on retrouve la richesse des données recueillies par les entretiens semi-structurés (articles 1, 2, 3, 6), permettant une exploration nuancée des vécus. L'atteinte de la saturation des données (articles 1, 6) et l'utilisation de démarches rigoureuses d'analyse, telles que l'analyse thématique inductive ou l'analyse phénoménologique interprétative (IPA), renforcent la validité des résultats. De plus, plusieurs études (articles 2, 3, 4) assurent une triangulation des chercheur·euse·s ou une validation croisée, garantissant ainsi une objectivité dans l'analyse.

Cependant, ces études présentent aussi des faiblesses méthodologiques notables. La taille réduite des échantillons dans plusieurs articles (notamment les articles 1, 2, 3, 6) limite la transférabilité des résultats à d'autres contextes. Certaines recherches (article 5) utilisent des questionnaires auto-administrés avec un échantillonnage de convenance, ce qui réduit la rigueur de l'échantillonnage. De plus, l'absence de consentement écrit (article 5) ou le manque de détails sur les critères d'inclusion et d'exclusion peuvent soulever des questions.

Enfin, les études portant sur les opinions des professionnel·le·s (articles 4, 5, 6) mettent en lumière des freins organisationnels et émotionnels à la FPDR, de plus certaines données restent générales ou contextuellement limitées, ce qui réduit leur portée pratique. En conclusion, bien que ces articles apportent des éclairages précieux, une amélioration des stratégies méthodologiques, notamment via des échantillons plus représentatifs et surtout plus larges, serait bénéfique pour guider la mise en œuvre et l'implémentation de la FPDR dans les pratiques cliniques.

## 6. Conclusion

Nous arrivons maintenant au terme de notre travail et souhaitons reprendre quelques points centraux de manière synthétique. Le but était d'explorer le vécu des proches et des infirmier·ère·s concernant la présence des proches lors d'une réanimation cardiopulmonaire en milieu intrahospitalier. Ce double point de vue visait à offrir une compréhension globale et nuancée de cette expérience. Cette approche a mis en évidence des divergences marquées entre le monde des soignant·e·s et celui, plus global, où chaque individu est avant tout une personne au sein de la société. Nous avons classé les résultats en deux grandes catégories : les convergences et les divergences en lien avec ces deux perspectives. Parmi les convergences, nous avons retrouvé un besoin de se sentir accompagné·e et d'accompagner de manière adéquate, la reconnaissance du rôle facilitateur·rice de la FPDR ainsi qu'une volonté de faire évoluer les pratiques afin de mieux soutenir les proches mais aussi améliorer les conditions de travail des professionnel·le·s.

Cependant, les divergences que nous retenons sont le désaccord sur la nature traumatique de la RCP : les proches et les infirmier·ère·s ne partagent pas la même opinion. Les familles ne la considèrent pas toutes comme traumatique et souhaite avoir le choix d'être présentes ou non lors de la réanimation, tandis que la majorité des professionnel·le·s de la santé estiment que la RCP est hautement traumatique et s'opposent à la FPDR.

Pour réaliser ce travail, nous avons suivi méticuleusement la méthode proposée et enseignée : l'exploration de la littérature grise, la formation du sujet, l'élaboration d'équations de recherche et la définition de critères d'inclusion et d'exclusion. Nous avons lu de nombreux articles avant de les sélectionner et de les analyser en profondeur. Nous les avons utilisés pour réaliser notre discussion tout en suivant le fil rouge, notre cadre théorique. Finalement, nous avons pris le temps de relire, ajuster et affiner certaines parties de notre travail.

Dans le cadre de notre travail, nous identifions différentes limites. Tout d'abord, il s'avère qu'il existe un nombre restreint d'articles sur le point de vue des familles dans la littérature actuelle ce qui entrave notre capacité d'analyse et de réflexion sur cette dimension pourtant essentielle du sujet. De plus, ce travail est limité au contexte intrahospitalier, excluant les pratiques extrahospitalières. Ce choix découle directement de notre expérience clinique, qui s'est majoritairement déroulée en milieu hospitalier et a orienté notre regard sur cette problématique. Un troisième biais est, l'absence d'articles suisses, ce qui réduit la représentativité locale des résultats.

Malgré ces limites, notre travail présente plusieurs forces. Le manque de littérature sur cette thématique ouvre des perspectives de recherches et souligne la nécessité de faire évoluer les pratiques. Ce travail peut ainsi contribuer à une réflexion sur la mise en place de politiques institutionnelles encadrant la FPDR. Par ailleurs, le choix d'adopter ce double point de vue : proche et infirmier·ère·s, nous permet d'appréhender la

problématique de manière plus complète en tenant compte à la fois des besoins des familles mais également une compréhension plus globale et nuancée de la problématique.

Nos articles proviennent de pays majoritairement européens ce qui permet une certaine transférabilité des données à la Suisse. Choisir une approche qualitative pour ce travail s'est révélé être une réelle force. Nous avons ainsi pu nous concentrer sur le vécu, les émotions et les besoins des familles et des infirmier·ère·s. Enfin, le fait que tous les articles aient été rédigés par des infirmier·ère·s témoigne de l'intérêt de la profession pour cette thématique et souligne son ancrage dans le rôle infirmier propre.

Pour conclure ce Travail de Bachelor, nous souhaitons mettre en lumière l'évolution de notre vision du rôle professionnel au fil de cette démarche. Ce travail nous a permis de prendre conscience de l'importance du rôle académique que revêt la profession infirmière. En effet, pour rester à jour dans nos pratiques, il est indispensable de savoir lire, comprendre et analyser des articles scientifiques avec un regard critique. La réalisation de ce travail nous a ainsi confronté·e·s à une méthodologie rigoureuse de recherche, d'analyse et de synthèse, qui nous a permis de développer des compétences essentielles tant pour la poursuite de travaux académiques que pour notre pratique clinique.

Ces éléments sont précieux pour interroger nos pratiques, remettre en question certains automatismes et adopter une approche plus nuancée, argumentée et réflexive face aux situations rencontrées. C'est précisément cet apport académique qui distingue le niveau Bachelor du niveau d'École Supérieure, encore en vigueur dans d'autres cantons suisses. À terme, nous pensons que la reconnaissance de notre profession passera par la défense de ce niveau universitaire et par la valorisation des compétences qu'il permet de développer.

En somme, ce travail nous a permis d'affiner notre esprit critique et de l'approfondir, pour tendre vers une posture plus globale, plus réflexive, voire assertive pour notre pratique professionnelle.

## 7. Liste des références

- Andersen, L. W., Holmberg, M. J., Berg, K. M., Donnino, M. W. & Granfeldt, A. (2019). In-Hospital Cardiac Arrest: A Review. *JAMA*, 321(12), 1200–1210. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1696>
- Barreto, M. S., Peruzzo, H. E., Garcia-Vivar, C. & Marcon, S. S. (2019). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Revista Da Escola De Enfermagem DA USP*, 53, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018001303435>
- Barreto M. S., Garcia-Vivar, C., Mitchell, M., & Marcon, S. S. (2018). Family presence during resuscitation in emergency departments: professionals' attitudes in Brazil. *International Nursing Review*, 65(4), 567–576. <https://doi.org/10.1111/inr.12490>
- Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldes, J., & Fernandes, A. (2017). Family presence during emergency situations : the opinion of nurses in the adult emergency department. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série (13)*, 8392. <https://doi.org/10.12707/riv16085>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2021). *Droits des patients*. <https://www.chuv.ch/fr/psychiatrie/dp-home/patients-et-familles/droits-des-patients/>
- Clavien, C. (2024). *L'ECMO : Un espoir pour les arrêts cardiaques*. Le blog, au cœur de notre actualité. <https://blog.hopitalvs.ch/ecmo/>
- Considine, J., Eastwood, K., Webster, H., Smyth, M., Nation, K., Greif, R., Dainty, K., Finn, J., & Bray, J. (2022). Family presence during adult resuscitation from cardiac arrest : A systematic review. *Resuscitation*, 180, 11-23. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2022.08.021>
- Dubois, C. (2023). *Réanimation : prendre en compte la présence la famille*. <https://www.actusoins.com/reanimation-prendre-en-compte-la-presence-la-famille.html>
- Fernández, E. de M., Martín, G. M., & Herrera, M. J. (2021). Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions. *Nursing Ethics*, 28(5), 645–655. <https://doi.org/10.1177/0969733020968171>

Jabre, P. (2014). Place des proches lors des soins. *Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)*, 0-13. [https://sfar.org/wp-content/uploads/2014/04/19\\_Jabre.pdf](https://sfar.org/wp-content/uploads/2014/04/19_Jabre.pdf)

Labbée, D., & Aucoin, S. (2020). La famille au chevet du patient en salle de réanimation : comment les infirmières le vivent-elles réellement ? *Soins d'urgence*, 1 (1), 42-46. <https://aiiuq.qc.ca/wp-content/uploads/2020/05/MAI-RevueAIIUQ-recherche.pdf>

Lascarrou, J-B., Bougouin, W., Dumas, F. & Canet, E. (2022). Les spécificités de l'arrêt cardiaque intra-hospitalier et sa prise en charge. *Médecine Intensive Réanimation*, 31(2), 95-106. <https://doi.org/10.37051/mir-00096>

McCormack B. & Cance T. V. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of advanced Nursing*, 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). The Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 25(4). [10.1177/0894318412457068](https://doi.org/10.1177/0894318412457068)

Rubin, M. A., Svensson, T. L., Herling, S. F., Jabre, P., & Møller, A. M. (2023). Family presence during resuscitation. *Cochrane Library*, 5, 1-39. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013619.pub2>

Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2017). Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice. *Nursing In Critical Care*, 23(3), 134-140. <https://doi.org/10.1111/nicc.12294>

Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2018). Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members. *Intensive And Critical Care Nursing*, 50, 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.001>

St-Denis, Y., Popiea, E., & Coutu-Wakulczyk, G. (2000). La famille-cliente en services de santé : une approche systémique. *Reflets Revue D'intervention Sociale et Communautaire*, 6(1), 180. <https://doi.org/10.7202/026301ar>

Swiss Resuscitation Council. (2013). *Stratégie nationale de survie relative à l'arrêt cardiaque*. [https://www.resuscitation.ch/fileadmin/user\\_upload/Nationale\\_Strategie/SRC\\_Strategie\\_nationale\\_de\\_survie\\_2023.pdf](https://www.resuscitation.ch/fileadmin/user_upload/Nationale_Strategie/SRC_Strategie_nationale_de_survie_2023.pdf)

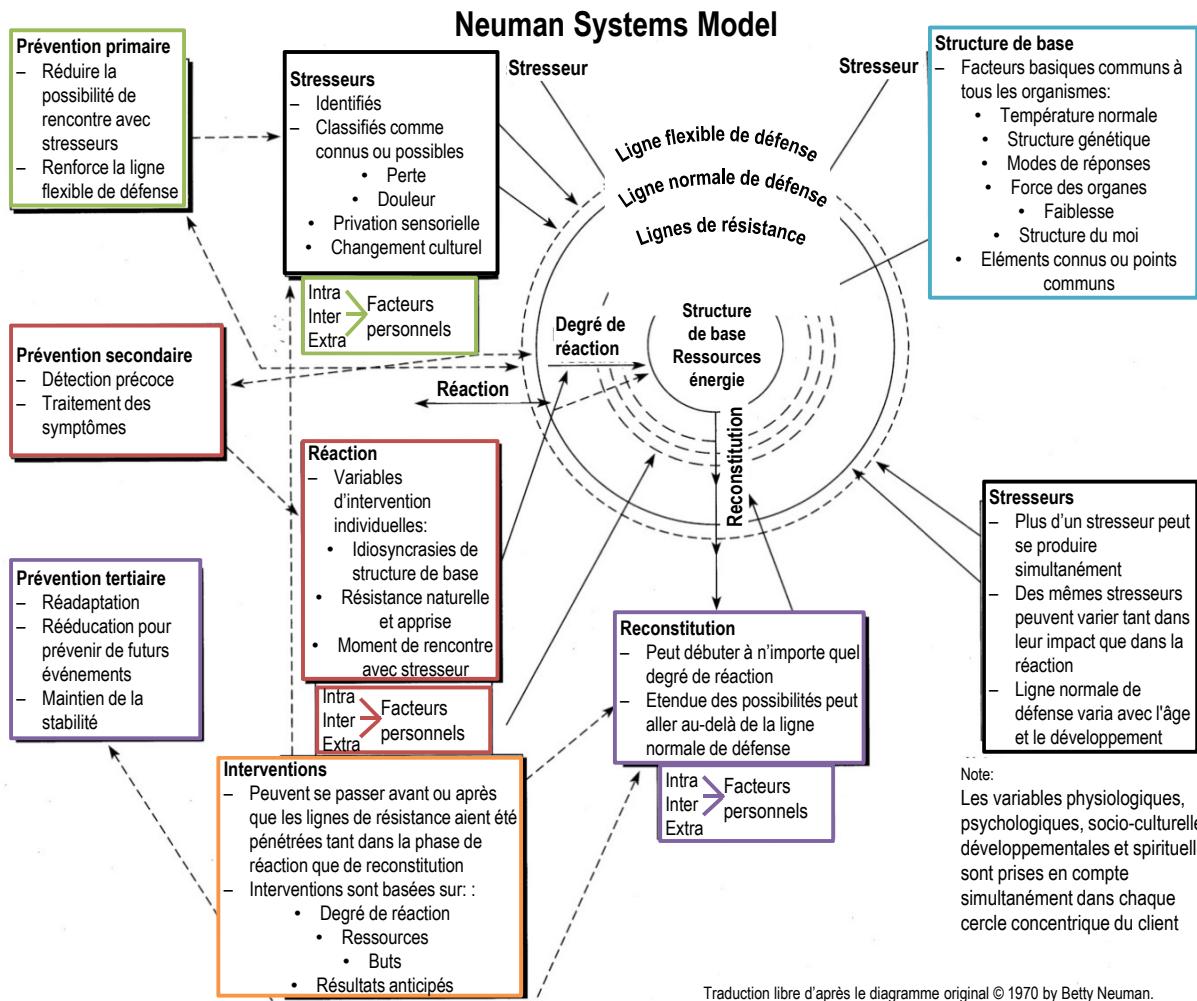
Van Pevenage, C., Fonteyne, C., & Biarent, D. (2011). La présence des familles lors d'une réanimation cardio-pulmonaire et/ou d'actes invasifs. *Urgences* 2011, 1191-1200  
[https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La\\_presence\\_des\\_familles\\_lors\\_d\\_une\\_reanimation\\_cardio-pulmonaire\\_et\\_ou\\_d\\_actes\\_invasifs.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La_presence_des_familles_lors_d_une_reanimation_cardio-pulmonaire_et_ou_d_actes_invasifs.pdf)

Waldemar, A., Strömborg, A., Thylén, I., & Bremer, A. (2023). Experiences of family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospital and its impact on life : An interview study with cardiac arrest survivors and their family members. *Journal Of Clinical Nursing*, 32(19-20), 7412-7424.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.16788>

Weinmann. (2025). *La réanimation cardio-pulmonaire : causes et objectifs*. <https://www.weinmann-emergency.com/fr/themes/urgence/reanimation>

## 8. Annexes

### Annexe 1 : Modèle des Systèmes de Neuman



Traduction libre d'après le diagramme original © 1970 by Betty Neuman.

## Annexe 2 : Tableau synthétique des résultats

	Normes APA7 + date	Population	Pays / Contexte	But	Date de collecte de donnée	Collecte de données	Résultats principaux
1	Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2018). Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members. <i>Intensive And Critical Care Nursing</i> , 50, 95-102. <a href="https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.001">https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.001</a> Avril 2018	12 membres adultes de familles de patient·e·s adultes qui avaient été patient·e·s d'USI. L'échantillonnage était intentionnel.	Finlande Pologne USI	Décrire les préférences des membres des familles de patient·e·s en unité de soins intensifs concernant l'idée d'une réanimation cardiopulmonaire assistée par la famille en milieu hospitalier	Entre juillet 2015 et juin 2016	Entretiens individuels semi-structurés approfondis, basés sur un guide d'entretien thématique. Tous les entretiens ont été enregistrés audio.	<b>Thème 1 : Être plus impliqué et engagé dans les soins du·de la patient·e en cas de RCP.</b> Sous-Thème : -Avoir la possibilité de décider -Être en proximité physique avec le patient -Sentir que les familles ont plus de contrôle et d'impact -Avoir une meilleure idée de la situation <b>Thème 2 : Être soigné et traité avec respect pendant une éventuelle RCP.</b>

							Sous-thème : -Besoin de plus de soutien et de compréhension de la part du personnel -Unicité de la relation famille/patient -Besoin de personnel plus humain et moins mécanique -Personnel professionnel et hautement qualifié
2	Waldemar, A., Strömberg, A., Thylén, I., & Bremer, A. (2023). Experiences of family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospital and its impact on life : An interview study with cardiac arrest survivors and their family members. <i>Journal Of Clinical Nursing</i> , 32(19-20), 7412-7424. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.16788">https://doi.org/10.1111/jocn.16788</a> Mai 2023	7 patient·e·s ayant survécu à un arrêt cardiaque intra-hospitalier et leurs 8 proches qui ont été témoins de la réanimation.	Suède Services d'urgence, soins intensifs, médecine, chirurgie	Explorer les expériences d'un arrêt cardiaque intra-hospitalier et son impact sur la vie du·de la patient·e qui a subi l'arrêt et du membre de la famille qui a été témoin de la réanimation.	Entre novembre 2018 et décembre 2020	Entretiens familiaux conjoints semi-structurés. Guide d'entretien piloté avec des questions ouvertes, suivie de questions approfondies et réflexives	<b>Thème 1 : L'intrusion de la mort - Impuissant face à la fragilité de la vie.</b> -Être à proximité de la mort. -Renforcé par l'humanité et la spiritualité. <b>Thème 2 : Être totalement exposé - Se sentir vulnérable dans la relation de soins.</b>

						basées sur les récits émergents. Les entretiens ont été audio-enregistrés.	-Lacunes qui causent du tort et manque de confiance. -Recherche de confirmation lorsque la vie fléchit. -Être abandonné sans sentiment de contrôle.
3	Fernández, E. de M., Martín, G. M., & Herrera, M. J. (2021). Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions. <i>Nursing Ethics</i> , 28(5), 645–655. doi: 10.1177/0969733020968171	18 participant·e·s, dont 8 patient·e·s ayant subi des techniques invasives ou une RCP 10 proches directs.	Espagne, Hôpital de Santé Antoni Abat	Le but de cette étude a été de connaître les opinions, les perceptions et les souhaits des membres de la famille et des patient·e·s en ce qui concerne la présence de la famille pendant les procédures invasives et la RCP	Octobre 2017 à avril 2018	Entretien semi-structuré avec des questions ouvertes (12 principales) avec aussi un questionnaire socio-démographique	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Connaissance :</li> <li>2. Respect des droits : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Droit à la FPDR :</b></li> <li>b) <b>Paternalisme :</b></li> </ul> </li> <li>3. Accompagnement du·de la patient·e : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Soutien émotionnel :</b></li> <li>b) <b>Courage et force de caractère :</b></li> <li>c) <b>Confiance dans les professionnel·le·s :</b></li> </ul> </li> </ol>

4	Sak-Dankosky N., Andruszkiewicz P., Sherwood P. & Kvist T. (2017). Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice. <i>Nursing in Critical Care</i> , 22(2), 83-89. <a href="https://doi.org/10.1111/nicc.12294">https://doi.org/10.1111/nicc.12294</a> Avril 2017	Échantillon non-probabiliste intentionnel : 390 participant·e·s, médecins et infirmier·ère·s confondus, regroupant six hôpitaux universitaires.	Finlande et en Pologne	Décrire les opinions et les points de vue des professionnel·le·s de la santé sur la présence familiale lors de d'une RCP adulte intrahospitalière	Juillet-décembre 2013	Questionnaire composé de 4 sections : détails démographique s, leurs expériences avec la présence des familles, leurs attitudes envers la présence des familles et leurs commentaires sur le sujet	1. L'horreur pour la famille 2. Flux de travail perturbé 3. Manque de soutien pour la famille 4. Préparation du personnel 5. Décisions basées sur la situation
5	Batista M. J., Vasconcelos P., Miranda R., Amaral T., Geraldes J. & Fernandes A. P. (2017). Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department. <i>Revista de Enfermagem</i>	Infirmier·ère·s sélectionné·e·s grâce à un échantillon non-probabiliste de convenance.	Portugal	Identifier l'opinion des infirmier·ère·s sur la présence de la famille lors de situations urgentes dans un	Septembre - décembre 2016	Questionnaire divisé en trois parties : Collection de données	<b>Opposition majoritaire à la présence familiale en urgence : 76 % contre en RCP, 66,1 % en cas d'urgences médicales, 75 % pour les polytraumatisés.</b>

	<p>Referência, Série IV – n°13, pp. 83-92.  <a href="https://doi.org/10.12707/RIV16085">10.12707/RIV16085</a></p> <p>Mars 2017</p>			service d'urgences adultes.		démographiques  Opinion professionnelle de l'infirmier·ère sur la présence familiale dans le service d'urgence  2 questions fermées sur le niveau d'accord ou de désaccord si le·a patient·e était, un proche ou l'infirmier·ère il·elle-même.	<b>Plus de désavantages (554) que d'avantages (396) :</b> anxiété, interférence avec les soins vs. soutien psychologique, aide au deuil.  <b>Présence en tant que proche :</b> 64 % refuseraient d'être présents, mais 30 % accepteraient en RCP ; 69,5 % ne voudraient pas que leurs proches assistent à leur propre réanimation.
6	Barreto, Garcia-Vivar, C., Mitchell, M., & Marcon, S. (2018). Family presence during resuscitation in emergency	32 participant·e·s :	Brésil, Maringa,	Explorer les points de vue et les attitudes des	Janvier 2015	Entretiens approfondis de 35 minutes avec	<b>Attitude controversée des infirmières et des médecins :</b>

	<p>departments: professionals' attitudes in Brazil. <i>International Nursing Review</i>, 65(4), 567–576. <a href="https://doi.org/10.1111/inr.12490">https://doi.org/10.1111/inr.12490</a></p>	<p>21 infirmier·ère·s 567–11 médecins</p>	<p>2 services d'urgence</p>	<p>infirmier·ère·s et des médecins sur la présence de la famille pendant la réanimation dans les services d'urgence au Brésil.</p>	<p>3 grandes questions principales (questions ouvertes)</p>	<p><b>Préparation de l'environnement et des professionnel·le·s :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire les limites des situations d'urgence :</li> <li>- Diminuer les faiblesses des professionnel·le·s :</li> </ul> <p><b>Préparer et soutenir les familles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoucir les souffrances de la famille.</li> <li>- Apporter du réconfort aux familles</li> </ul>
--	--	---	-----------------------------	--	---	--

### Annexe 3 : Tableau des stresseurs

	<b>Proches</b>	<b>Professionnel·le·s de santé</b>
<b>Intrapersonnel</b>	Peur de la mort du proche Anxiété Impuissance Vulnérabilité Émotion Peur Incompréhension	Stress professionnel Pression dû au regard ou au jugement Maque de confiance Peur de choquer, traumatiser Conflit éthique interne Humanité vs urgence Émotion
<b>Interpersonnel</b>	Mise à l'écart Non explication Manque de communication et de compréhension Non choix Paternalisme	Gestion des proches et émotion Double tâche RCP/famille Conflit ou tension éthique
<b>Extrapersonnel</b>	Manque d'infrastructure physique et logistiques adaptées Maque de politique institutionnelles et de protocoles Influence culturelle Manque de personnel Maque de formation	

## Annexe 4 : Grilles de lecture critique pour articles qualitatifs

### Article 1

#### Références APA 7 de l'article :

Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2018). Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members. *Intensive And Critical Care Nursing*, 50, 9 5-102.  
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.001>

Éléments d'évaluation	Questions à se poser pour faire la critique de l'article
<b>Titre et abstract</b>  Clairs et complets ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Donnent-ils une vision globale de la recherche, vous manque-t-il des éléments ?</li><li>- Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</li><li>- L'abstract synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li></ul> <p><b>Argumentation :</b> Le titre précise clairement les concepts clés (préférences des familles de patient·e·s, réanimation cardiopulmonaire assistée par la famille) et la population à l'étude (membres de familles de patient·e·s de soins intensifs) L'abstract synthétise clairement les grandes lignes de la recherche : <b>Problème :</b> Décrire les préférences des familles de patient·e·s de soins intensifs concernant l'idée d'une réanimation cardiopulmonaire assistée par la famille en milieu hospitalier. Un manque d'études récentes explorant spécifiquement les préférences des familles de patient·e·s en unité de soins intensifs où cette pratique n'est pas encore mise en œuvre est noté dans l'introduction.</p>

	<p><b>Méthode :</b> Une étude qualitative descriptive a été utilisée avec des entretiens individuels semi-structurés menés auprès de douze membres de familles d'ancien·ne·s patient·e·s adultes de soins intensifs en Finlande et en Pologne. Les données ont été analysées par une analyse thématique inductive.</p> <p><b>Résultats :</b> L'analyse thématique a révélé deux thèmes principaux : (1) Être plus impliqué et engagé dans les soins du·de la patient·e en cas de réanimation cardiopulmonaire, et (2) Être pris en charge et traité avec respect pendant une éventuelle réanimation cardiopulmonaire, chacun avec quatre sous-thèmes.</p> <p><b>Discussion :</b> Les résultats suggèrent un fossé possible dans la prestation de soins centrés sur la famille dans les unités de soins intensifs et soulignent la nécessité de changements systémiques pour accroître la sensibilisation du personnel infirmier aux préférences des familles et mettre en œuvre la réanimation cardiopulmonaire assistée par la famille. L'abstract donne une vision globale de la recherche et semble fournir les éléments essentiels.</p>
<b>Introduction</b>	
<p><b>Problème de recherche</b></p> <p>Clair ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</li> <li>- Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>- Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul> <p><b><u>Argumentation :</u></b></p> <p>Oui, le phénomène à l'étude (les préférences des familles concernant la réanimation cardiopulmonaire assistée par la famille) est clairement défini et placé dans le contexte de l'évolution des pratiques vers des soins plus centrés sur le·a patient·e et la famille.</p> <p>Le problème est justifié dans le contexte des connaissances actuelles en mentionnant des études antérieures suggérant les bénéfices de la réanimation cardiopulmonaire assistée par la famille et les recommandations d'organisations professionnelles. L'introduction souligne également que cette pratique reste controversée et peu mise en œuvre dans certains pays comme la Pologne et la Finlande.</p>

	<p>Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée (les soins infirmiers en soins intensifs et les soins critiques) en mettant en lumière les besoins et les attentes des familles dans des situations de crise et en suggérant des implications pour l'amélioration des soins centrés sur la famille.</p>
<p><b>But de l'étude:</b> Est-ce que le but de l'étude et / ou la question de recherche sont clairement formulés ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</li> <li>- Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</li> <li>- Traitent-elles de l'expérience des participant·e·s, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, le but de l'étude est clairement énoncé : décrire les préférences des membres des familles de patient·e·s de l'USI concernant l'idée d'une RCP intra-hospitalière assistée par la famille.</p> <p>Bien que l'article ne présente pas explicitement de questions de recherche, l'objectif général de l'étude est posé de manière interrogative tout au long de l'introduction, visant à comprendre ce que les proches des patient·e·s attendent lors d'une éventuelle RCP de leur être cher.</p> <p>L'étude traite clairement de l'expérience des participant·e·s (ancien·ne·s membres de familles de patient·e·s de soins intensifs) et de leurs préférences concernant une situation spécifique (la RCP assistée par la famille).</p> <p>Le phénomène d'intérêt est constitué des préférences des membres de familles de patient·e·s de soins intensifs concernant la possibilité d'être présents et impliqués lors d'une réanimation cardiopulmonaire (RCP) de leur proche en milieu hospitalier.</p> <p>Bien que l'article ne formule pas explicitement de question de recherche en format PICo, on peut le reconstituer de la manière suivante :</p> <p><b>P</b> : Membres de familles d'ancien·ne·s patient·e·s adultes des unités de soins intensifs en Finlande et en Pologne.</p> <p><b>I</b> : Le concept de réanimation cardiopulmonaire assistée par la famille (RCP-AF).</p> <p><b>Co</b> : Unités de soins intensifs (USI) en milieu hospitalier où la RCP-AF n'est pas une pratique courante.</p>

	<p>Le but de cette recherche est de décrire les préférences des membres des familles de patient·e·s de l'USI concernant l'idée d'une RCP intra-hospitalière assistée par la famille.</p>
<b>Méthode</b>	
<b>Devis de l'étude:</b>  Clair?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le devis de recherche est-il clairement énoncé ? De quel type de devis s'agit-il ?</li> <li>- Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, le devis de recherche est clairement énoncé : il s'agit d'une étude qualitative descriptive basée sur une approche phénoménologique avec une enquête herméneutique.</p> <p>Le devis utilisé (qualitatif descriptif avec approche phénoménologique) est pertinent pour atteindre le but de l'étude, qui est de décrire en profondeur les préférences et les significations que les familles attribuent à la RCP assistée par la famille. L'approche phénoménologique est choisie pour explorer la manière dont les familles vivent la RCP assistée par la famille et le sens qu'elles donnent à cette pratique.</p>
<b>Population et échantillon :</b>  N =  Décris en détail ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participant·e·s est-elle appropriée ?</li> <li>- La méthode d'échantillonnage était-elle appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude ?</li> <li>- Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils clairement définis ?</li> <li>- La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, la population à l'étude est décrite comme étant les membres adultes de familles de patient·e·s adultes qui ont été hospitalisés en USI en Pologne ou en Finlande au cours des deux années précédentes et qui n'étaient pas</p>

	<p>actuellement hospitalisés. Le tableau 1 fournit des détails sur l'âge, le sexe, le pays et le lien de parenté des participant·e·s.</p> <p>La méthode utilisée pour recruter les participant·e·s (échantillonnage ciblé) est décrite comme visant à assurer des cas riches en informations. Diverses techniques de recrutement ont été utilisées, notamment la distribution de prospectus dans les hôpitaux universitaires, l'envoi d'e-mails aux membres de groupes de soutien de patient·e·s et les médias sociaux.</p> <p>La méthode d'échantillonnage (ciblé) était appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude qualitative, qui visent à obtenir des perspectives riches et variées plutôt qu'une représentativité statistique. La mention de la recherche de "cas riches en informations" le confirme.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient d'être un membre adulte de la famille d'un·e patient·e adulte ayant été en USI au cours des deux dernières années et de ne pas être actuellement hospitalisé. Les critères d'exclusion ne sont pas explicitement mentionnés, mais l'inclusion ciblée sur les familles d'ancien·ne·s patient·e·s d'USI suggère une exclusion des familles de patient·e·s actuellement en USI ou n'ayant jamais été en USI.</p> <p>La saturation des données est mentionnée comme ayant été atteinte en examinant les transcriptions jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème n'émerge. Cela suggère que la taille de l'échantillon était adéquate pour atteindre la richesse des données souhaitée dans une étude qualitative.</p>
<b>Considérations éthiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de recherche a-t-il été soumis auprès d'une Commission d'éthique ? A-t-il été approuvé ?</li> </ul>
Adéquates ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les risques potentiels pour les participant·e·s ont-ils été identifiés ?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participant·e·s sont-ils adéquats ?</li> </ul>
	<p><b><u>Argumentation :</u></b></p>
<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<p>Oui, le projet de recherche a été soumis à un comité d'éthique de l'Université de Finlande orientale et a été approuvé (déclaration n° 7/2015).</p>
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<p>Les risques potentiels pour les participant·e·s ne sont pas explicitement détaillés dans la section des considérations</p>

	<p>éthiques, mais la difficulté à recruter des sujets est mentionnée plus loin.</p> <p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participant·e·s sont décrits : consentement libre et éclairé obtenu avant l'entretien, information sur le but et la procédure de l'étude, confidentialité et anonymat garantis, possibilité de se retirer à tout moment sans justification. Pour les entretiens téléphoniques, le consentement écrit était signé, scanné et envoyé aux chercheur·euse·s.</p> <p>Le consentement libre et éclairé a été obtenu des participant·e·s après qu'ils aient compris le but et la procédure de l'étude. Ils ont signé un formulaire de consentement éclairé.</p> <p>Des mesures ont été prises pour assurer l'anonymat et la confidentialité des données, comme indiqué dans le formulaire de consentement éclairé.</p>
<p><b>Méthodes de collecte des données</b></p> <p>Adéquates ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et correctement décrits ?</li> <li>- Les outils de collecte des données utilisés sont-ils cohérents avec la méthodologie (devis de recherche) choisie ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, les méthodes de collecte des données (entretiens individuels semi-structurés) sont appropriées pour répondre à la question de recherche qualitative, permettant d'explorer en profondeur les expériences et les préférences des participant·e·s. Les outils de collecte des données (guide d'entretien thématique) sont cohérents avec la méthodologie qualitative (devis descriptif basé sur une approche phénoménologique) choisie. Le guide d'entretien était basé sur une revue de littérature exhaustive et a été testé lors d'entretiens pilotes. Les entretiens étaient audio-enregistrés. La principale méthode utilisée pour répondre à la question de recherche est l'entretien individuel semi-structuré.... Un guide d'entretien thématique a été utilisé pour structurer les questions, permettant d'explorer les opinions des participant·e·s sur la réanimation cardiopulmonaire assistée par la famille.</p>
<p><b>Analyse de données:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation et le processus d'analyse des données sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ?</li> </ul>

<p>Adéquate ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</li> </ul> <p><b><u>Argumentation :</u></b></p> <p>Oui, l'organisation et le processus d'analyse des données (analyse thématique inductive) sont décrits de manière suffisamment détaillée. Les étapes comprennent la transcription verbatim des entretiens, la traduction en anglais par des chercheur·euse·s. familier·ère·s avec la méthodologie qualitative, la revue des traductions, l'identification des unités de sens, la création de codes, le regroupement et la catégorisation des codes, et enfin la génération des thèmes. L'utilisation de traductions "fluides" pour préserver le sens est mentionnée. La méthode d'analyse utilisée (analyse thématique inductive basée sur une approche herméneutique) convient à la méthode de recherche qualitative et à la nature des données (données textuelles issues d'entretiens). L'approche herméneutique visait à interpréter les intentions et les perspectives des membres de la famille et leurs interrelations. Les thèmes (deux principaux avec quatre sous-thèmes chacun) font ressortir la signification des données en regroupant les expériences et les préférences des familles concernant la RCP assistée par la famille, comme le désir d'être plus impliqué et d'être traité avec respect. Le tableau 3 présente les thèmes, les sous-thèmes et les catégories. Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique inductive basée sur une approche herméneutique. Le processus d'analyse a été divisé en trois phases : (1) préparation (identification des unités de sens et création de codes), (2) organisation (codage ouvert, regroupement et catégorisation), et (3) rapport (identification du fil conducteur de sens et génération des thèmes). La saturation des <b>données a été recherchée, et des techniques telles que la</b> discussion entre chercheur·euse·s, le débriefing par les pairs et la tenue d'un journal réflexif ont été utilisées pour assurer la rigueur de l'analyse.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	
<p><b>Présentation des résultats</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les résultats de l'étude ?</li> <li>- Est-ce que les résultats étaient cohérents et représentatifs des données ?</li> </ul>

<p>Adéquate ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que l'étude a permis de fournir une image claire du phénomène à l'étude ?</li> <li>- Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, les résultats de l'étude sont présentés sous forme de deux thèmes principaux et de leurs sous-thèmes, illustrés par des citations directes des participant·e·s. Les résultats semblent cohérents et représentatifs des données recueillies lors des entretiens, car les thèmes émergent directement des préoccupations et des préférences exprimées par les participant·e·s. L'étude a permis de fournir une image claire du phénomène à l'étude en décrivant en détail les aspects importants pour les familles en cas de RCP de leur proche en USI. Les deux thèmes principaux (être plus impliqué et être traité avec respect) offrent une structure compréhensive des préférences des familles. Les thèmes et les sous-thèmes sont logiquement associés entre eux pour représenter le phénomène. Par exemple, le désir d'être plus impliqué est décliné en sous-thèmes comme avoir la possibilité de décider, être en proximité physique, sentir avoir plus de contrôle et avoir une meilleure idée de la situation.</p>
<p><b>Discussion, Conclusion et Implications</b></p>	
<p><b>Interprétation des résultats</b></p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les conclusions de l'étude ? Découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>- Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre approprié ?</li> <li>- Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</li> <li>- Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</li> <li>- Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</li> <li>- Quelles sont les conséquences des résultats pour la pratique ou pour l'enseignement ?</li> <li>- Quelles étaient les principales limites de l'étude ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, les auteurs discutent des résultats en lien avec l'objectif de l'étude, qui était de décrire les préférences des familles</p>

concernant la RCP assistée par la famille. Les deux thèmes principaux répondent directement à cet objectif en mettant en lumière ces préférences. Les conclusions de l'étude découlent logiquement des résultats, qui montrent un désir des familles d'être plus impliquées et mieux traitées. La discussion met en perspective ces résultats avec d'autres études sur la RCP assistée par la famille. Les résultats sont interprétés dans un cadre approprié en les reliant aux principes des soins centrés sur la famille (FCC). Les résultats sont discutés à la lumière d'études antérieures, soulignant les similitudes et les différences avec les préférences et les expériences rapportées dans d'autres contextes. La question du caractère transférable des conclusions est soulevée dans la section des limitations, où les auteurs reconnaissent la petite taille de l'échantillon et sa composition majoritairement féminine et polonaise, limitant la généralisation aux deux pays. Ils suggèrent que les résultats offrent un aperçu initial et ouvrent la voie à des recherches ethnographiques plus approfondies. Les données (les verbatim des entretiens illustrant les thèmes) semblent suffisamment riches pour appuyer les conclusions sur les préférences des familles interrogées. Les conséquences des résultats pour la pratique sont soulignées, notamment la nécessité d'améliorer les soins centrés sur la famille en USI, d'accroître la sensibilisation du personnel, de mettre en œuvre la RCP assistée par la famille et de fournir un meilleur soutien aux familles. Les implications pour l'enseignement ne sont pas explicitement détaillées dans la conclusion, mais la discussion suggère la nécessité de réviser les cursus professionnels pour former le personnel à la prise en charge des familles. Les principales limites de l'étude sont clairement identifiées : petite taille de l'échantillon, prédominance de participantes féminines et polonaises, utilisation d'une seule entrevue, manque d'études récentes spécifiques aux populations d'USI pour la discussion, et risque de perte de sens lors de la traduction.

Inspiré de :

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007) at Mc Master University, Canada.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème ed.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.

## Article 2

### Références APA 7 de l'article:

Waldemar, A., Strömborg, A., Thylén, I., & Bremer, A. (2023). Experiences of family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospital and its impact on life: An interview study with cardiac arrest survivors and their family members. *Journal Of Clinical Nursing*, 32(19-20), 7412-7424.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.16788>

Éléments d'évaluation	Questions à se poser pour faire la critique de l'article
<p><b>Titre et abstract</b></p> <p>Clairs et complets ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Donnent-ils une vision globale de la recherche, vous manque-t-il des éléments ?</li><li>- Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</li><li>- L'abstract synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li></ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, le titre précise clairement les concepts clés : "family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospital" et "impact on life" ainsi que la population à l'étude : "cardiac arrest survivors and their family members".</p> <p>L'abstract synthétise clairement les grandes lignes de la recherche :</p> <p><b>Problème :</b> Peu d'informations sont disponibles sur la réanimation cardiopulmonaire témoignée par la famille en milieu hospitalier et son impact sur les patient·e·s et leurs familles. Les directives préconisent d'offrir cette option, mais les connaissances sont limitées.</p> <p><b>Méthode :</b> Une étude qualitative avec des entretiens conjoints approfondis avec sept patient·e·s et huit membres de leur famille (âgés de 19 à 85 ans), 4 à 10 mois après un arrêt cardiaque intrahospitalier</p>

	<p>témoigné par la famille. Les données ont été analysées à l'aide de l'analyse phénoménologique interprétative (IPA). L'étude a suivi les directives de la liste de contrôle COREQ.</p> <p><b>Résultats :</b> Les participant·e·s se sont sentis insignifiants et abandonnés après l'arrêt cardiaque intrahospitalier. Les patient·e·s survivant·e·s et leurs proches se sont sentis exclus, seuls et abandonnés tout au long du processus de soins ; les relations, les émotions et la vie quotidienne ont été affectées, entraînant une détresse existentielle. Trois thèmes principaux et huit sous-thèmes ont été identifiés.</p> <p><b>Discussion :</b> Survivre et être témoin d'un arrêt cardiaque intrahospitalier est un événement critique pour toutes les personnes impliquées. Les patient·e·s et les membres de leur famille sont vulnérables dans cette situation et doivent être vus et entendus.</p>
--	---

## Introduction

### Problème de recherche

Clair ?

Oui

Non

Ne sait pas

- Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?
- Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?
- Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?

### Argumentation :

Oui le phénomène à l'étude, l'arrêt cardiaque intrahospitalier (ACIH) et l'expérience de la réanimation cardiopulmonaire témoignée par la famille en milieu hospitalier, est clairement défini et placé en contexte. L'introduction distingue l'ACIH de l'arrêt cardiaque extrahospitalier (OHCA) et souligne le faible nombre d'ACIH témoignés par la famille. La définition de la FPDR est également fournie. Le problème est justifié dans le contexte des connaissances actuelles en soulignant que, bien que les directives recommandent la FPDR, peu d'informations existent sur l'expérience et l'impact de l'ACIH et de la FPDR sur les patient·e·s et leurs familles. La littérature existante se concentre davantage sur l'OHCA et les résultats psychologiques mitigés pour les familles. Le manque de recherche sur l'ACIH et son impact est explicitement mentionné comme justification de l'étude. Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée

	(soins infirmiers et cardiologie) en mettant en lumière les besoins uniques des familles dans ces situations critiques et en soulignant la nécessité d'améliorer le soutien familial et les relations de soins. L'étude contribue à une compréhension plus approfondie de l'importance de contrer l'exclusion des familles dans les phases cruciales des soins.
<b>But de l'étude:</b>  Est-ce que le but de l'étude et / ou la question de recherche sont clairement formulés ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</li> <li>- Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</li> <li>- Traitent-elles de l'expérience des participant·e·s, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise : Le but est d'explorer les expériences de l'arrêt cardiaque intrahospitalier et les impacts sur la vie des patient·e·s qui ont souffert de l'arrêt cardiaque et les familles qui ont été témoins. Bien qu'il n'y ait pas de questions de recherche numérotées, le but de l'étude implique clairement les questions suivantes : Quelles sont les expériences des patient·e·s ayant subi un arrêt cardiaque intrahospitalier ? Quel est l'impact sur leur vie ? Quelles sont les expériences des membres de la famille qui ont été témoins de la réanimation ? Quel est l'impact sur leur vie ? Ces questions traitent clairement de l'expérience des participant·e·s (patient·e·s et familles) face à un événement potentiellement mortel et à la réanimation, ainsi que de leurs perceptions de l'impact sur leur vie.</p>
<b>Méthode</b>	
<b>Devis de l'étude:</b>  Clair?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le devis de recherche est-il clairement énoncé ? De quel type de devis s'agit-il ?</li> <li>- Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, le devis de recherche est clairement énoncé comme étant une étude qualitative utilisant un devis phénoménologique consistant en des entretien de famille. Plus précisément, l'approche de l'"Interpretative phenomenological analysis (API)" est appliquée. Le devis utilisé permet à l'étude d'atteindre son but, car</p>

<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<p>l'API est une méthode appropriée pour acquérir une connaissance approfondie de la manière dont les individus vivent des situations de vie complexes, ainsi que de leurs pensées et sentiments sur un plan personnel. Les entretiens familiaux conjoints offrent l'opportunité aux participant·e·s de partager leurs pensées et sentiments entre eux et d'aborder des sujets qui n'avaient pas nécessairement été discutés auparavant. L'API vise à interpréter le sens et à comprendre les expériences à partir d'un contexte spécifique.</p>
<p><b>Population et échantillon :</b>  N = 7  Décris en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participant·e·s est-elle appropriée ?</li> <li>- La méthode d'échantillonnage était-elle appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude ?</li> <li>- Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils clairement définis ?</li> <li>- La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>N = 7 entretiens avec 15 participant·e·s (sept patient·e·s et huit membres de leur famille).</p> <p>Oui, la population à l'étude est décrite de façon suffisamment détaillée : patient·e·s ayant survécu à un arrêt cardiaque intrahospitalier et les membres de leur famille qui en ont été témoins. Les âges des patient·e·s variaient entre 19 et 85 ans et ceux des membres de la famille entre 30 et 85 ans. Les causes de l'arrêt cardiaque sont mentionnées. Le moment des entretiens (4 à 10 mois après l'ACIH) est également précisé. La méthode utilisée pour recruter les participant·e·s est appropriée et décrite : utilisation du Registre suédois de réanimation cardiopulmonaire pour identifier les patient·e·s potentiels, contact par une infirmière du registre après une évaluation PROM, puis contact par l'auteur principal. Des informations écrites ont été fournies et les entretiens ont eu lieu dans un lieu choisi par les participant·e·s. La méthode d'échantillonnage était intentionnelle ("purposive sampling"), ce qui est approprié pour l'API qui vise de petits échantillons sélectionnés en fonction de critères pertinents pour la question de recherche. Les critères</p>

	<p>d'inclusion (patient·e·s et membres de la famille témoins de l'ACIH du·de la patient·e survivant, âgés de <math>\geq</math> 18 ans) et d'exclusion (difficultés de communication, troubles cognitifs sévères, maladies psychiatriques sévères, troubles auditifs sévères, non-locuteurs suédois ou en fin de vie) sont clairement définis. La saturation des données n'est pas explicitement mentionnée. Cependant, la tradition API préconise de petits échantillons (5-10 entretiens), l'objectif étant la profondeur de l'analyse plutôt que la généralisation statistique. La richesse des thèmes émergents (trois thèmes principaux et huit sous-thèmes) suggère une exploration approfondie des expériences.</p>
<p><b>Considérations éthiques</b></p> <p>Adéquates ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de recherche a-t-il été soumis auprès d'une Commission d'éthique ? A-t-il été approuvé ?</li> <li>- Les risques potentiels pour les participant·e·s ont-ils été identifiés ?</li> <li>- Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participant·e·s sont-ils adéquats ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, le projet de recherche a été soumis et approuvé par la Swedish Ethical Review Authority (No 2018/29-31). Les risques potentiels pour les participant·e·s ont été identifiés, notamment la possibilité que l'entretien lui-même puisse évoquer des souvenirs et des sentiments refoulés. Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participant·e·s sont adéquats : Consentement libre et éclairé obtenu des participant·e·s (oral et écrit) après avoir été informés de leur droit de se retirer à tout moment. Les participant·e·s ont été informés de la possibilité de contacter l'équipe de recherche pour une conversation de suivi ou de parler à un conseiller de santé si nécessaire. L'anonymat et la confidentialité des données ont été assurés par l'utilisation de pseudonymes et d'âges approximatifs pour les participant·e·s dans la publication. Les données ne sont pas publiquement disponibles en raison de la protection de la vie privée des participant·e·s et du RGPD.</p>
<p><b>Méthodes de collecte des données</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et correctement décrits ?</li> </ul>

<p>Adéquates ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les outils de collecte des données utilisés sont-ils cohérents avec la méthodologie (devis de recherche) choisie ?</li> </ul> <p><b><u>Argumentation :</u></b></p> <p>Oui, les méthodes et les outils de collecte des données sont appropriés et correctement décrits. Des entretiens familiaux semi-structurés ont été utilisés, basés sur un guide d'entretien pilote avec des questions ouvertes exploratoires suivies de questions approfondies et réflexives. Les entretiens ont été audio-enregistrés et transcrits verbatim. Le choix des entretiens familiaux conjoints est justifié par la volonté de permettre aux participant·e·s de partager leurs pensées et sentiments entre eux et d'aborder des sujets non discutés auparavant. Les outils de collecte des données utilisés sont cohérents avec la méthodologie (devis de recherche) API, qui met l'accent sur l'exploration approfondie des expériences individuelles dans leur contexte. Le guide d'entretien avec des questions ouvertes permet aux participant·e·s de raconter leurs expériences de manière riche et détaillée, ce qui est essentiel pour l'analyse phénoménologique interprétative.</p>
<p><b>Analyse de données:</b></p> <p>Adéquate ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation et le processus d'analyse des données sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ?</li> <li>- Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</li> </ul> <p><b><u>Argumentation :</u></b></p> <p>Oui, l'organisation et le processus d'analyse des données sont décrits de façon suffisamment détaillée. L'analyse a suivi les six étapes de l'API décrites par Smith et al. (2022). Ces étapes incluent la lecture et la prise de notes exploratoires, la formulation d'énoncés expérientiel , la recherche de connexions et le regroupement de ces énoncés, la compilation d'un tableau des thèmes expérientiels personnels, la recherche de schémas entre les différents entretiens et l'interprétation à des niveaux supérieurs. La méthode d'analyse utilisée (API) convient à la méthode de recherche (phénoménologique interprétative) et à la nature des</p>

	<p>données (entretiens qualitatifs explorant les expériences subjectives). L'API est spécifiquement conçue pour comprendre en profondeur la manière dont les individus donnent un sens à leurs expériences. Les thèmes qui ont émergé semblent ressortir adéquatement la signification des données en capturant les aspects essentiels des expériences des patient·e·s et de leurs familles face à l'arrêt cardiaque intrahospitalier et à ses conséquences sur leur vie. L'utilisation d'extraits d'entretiens pour illustrer les thèmes renforce la pertinence des interprétations.</p>
<b>Résultats</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les résultats de l'étude ?</li> <li>- Est-ce que les résultats étaient cohérents et représentatifs des données ?</li> <li>- Est-ce que l'étude a permis de fournir une image claire du phénomène à l'étude ?</li> <li>- Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</li> </ul>
Adéquate ?	
<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, les résultats de l'étude sont présentés sous forme de trois thèmes principaux et de huit sous-thèmes. Ces thèmes décrivent les expériences des participant·e·s face à la proximité de la mort, leur sentiment de vulnérabilité dans la relation de soins et leur processus de réadaptation et de réévaluation de la vie. Les résultats semblent cohérents et représentatifs des données, car ils sont étayés par de nombreux extraits des entretiens des participant·e·s, permettant au lecteur d'évaluer la pertinence des interprétations. L'étude a permis de fournir une image claire du phénomène à l'étude en explorant en profondeur les expériences émotionnelles, relationnelles et existentielles des patient·e·s et de leurs familles après un arrêt cardiaque intrahospitalier témoigné. Les thèmes et les sous-thèmes sont logiquement associés entre eux pour représenter le phénomène. Par exemple, le sentiment d'impuissance face à la fragilité de la vie (premier thème) est lié au sentiment de vulnérabilité dans la relation de soins (deuxième thème), qui influence</p>

	ensuite le processus d'apprentissage pour revivre (troisième thème).
<b>Discussion, Conclusion et Implications</b>	
<b>Interprétation des résultats</b>  Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les conclusions de l'étude ? Découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>- Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre approprié ?</li> <li>- Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</li> <li>- Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</li> <li>- Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</li> <li>- Quelles sont les conséquences des résultats pour la pratique ou pour l'enseignement ?</li> <li>- Quelles étaient les principales limites de l'étude ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, la discussion reprend les trois thèmes principaux et les relie à l'objectif de l'étude. Les résultats mettent en lumière leurs besoins d'être vus et entendus, leur sentiment d'exclusion et d'abandon, et leur besoin de confirmation et de soutien. La conclusion principale est que survivre et être témoin d'un arrêt cardiaque en milieu hospitalier est un événement critique pour toutes les personnes impliquées, les rendant vulnérables et nécessitant d'être vus et entendus tant à l'hôpital qu'après leur sortie. Cette conclusion découle directement des résultats qui décrivent les sentiments d'insignifiance, d'abandon, de vulnérabilité et le besoin de soutien exprimés par les participant·e·s. Les résultats sont interprétés en s'appuyant sur d'autres études existantes concernant les expériences des survivants d'arrêts cardiaques et de leurs familles, ainsi que sur la littérature concernant la FPDR. Les auteurs comparent leurs résultats avec ceux d'autres recherches et soulignent les similitudes et les différences. Ils mentionnent également les directives de réanimation concernant le soutien aux familles. Comme mentionné précédemment, la discussion met en parallèle les résultats de cette étude avec ceux d'autres recherches sur les sentiments d'insécurité, de vulnérabilité et d'abandon, le besoin de soutien psychologique pendant la réanimation, l'importance du</p>

soutien humain plutôt que des explications médicales détaillées, les problèmes liés au processus de sortie de l'hôpital, et les besoins de suivi après un arrêt cardiaque. La section "Strengths and limitations" aborde la transférabilité. Les auteurs estiment qu'il est probable que certaines parties des résultats soient transférables à des contextes de soins similaires et à d'autres situations potentiellement mortelles, mais reconnaissent que c'est au lecteur de décider dans quelle mesure les résultats sont transférables à son propre contexte. La richesse des données qualitatives issues des entretiens approfondis, illustrée par de nombreux extraits, et l'analyse rigoureuse selon les principes de l'API fournissent un soutien substantiel aux conclusions de l'étude. La section "Relevance to clinical practice" met en évidence l'importance de soutenir les familles qui choisissent d'être présentes pendant la réanimation et souligne la nécessité d'un suivi structuré pour les survivants d'arrêts cardiaques et leurs familles. Les auteurs suggèrent que des interventions éducatives destinées au personnel de santé pourraient améliorer le soutien aux patient·e·s et aux familles tout au long du parcours de soins et la planification d'un bon suivi après la sortie. Ils soulignent la nécessité pour le personnel de santé de montrer de la compassion et de répondre aux besoins des familles. Les limites sont abordées dans la section "Strengths and limitations". Elles incluent le potentiel de domination d'un individu lors d'entretiens avec plusieurs membres de la famille, la possibilité que les questions d'entretien aient influencé les réponses des participant·e·s, et les difficultés de recrutement dues à l'interdiction des visites familiales à l'hôpital pendant une partie de la période d'étude en raison de la pandémie de COVID-19.

Inspiré de :

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007) at Mc Master University, Canada.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème ed.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.

## Article 3

### Références APA 7 de l'article:

Fernández, E. de M., Martín, G. M., & Herrera, M. J. (2021). Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions. *Nursing Ethics*, 28(5), 645–655. doi: 10.1177/0969733020968171

Éléments d'évaluation	Questions à se poser pour faire la critique de l'article
<p><b>Titre et abstract</b></p> <p>Clairs et complets ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Donnent-ils une vision globale de la recherche, vous manque-t-il des éléments ?</li><li>- Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</li><li>- L'abstract synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li></ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, le titre et l'abstract donne une vision globale de la recherche.</p> <p>Le titre indique clairement les concepts et la population</p> <p>Il ne manque pas d'élément dans l'abstract : on retrouve :</p> <p><b>Problème :</b> Controverse autre de la FPDR avec des divergences parmi les professionnel·le·s de santé malgré des évidence clinique mais aussi des barrières au niveau de l'implémentation. Il y a aussi un manque de données du point de vue des patient·e·s et de la famille.</p> <p><b>Méthode :</b> Les chercheur·euse·s ont réalisé une étude qualitative descriptive avec des entretiens semi-structurés avec des proches et des patient·e·s. Ils ont recueilli des verbatims pour les analyser par la suite</p> <p><b>Considérations éthiques :</b> L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital.</p> <p><b>Résultats :</b> Trois grandes catégories : la connaissance, les respects des droits ainsi que l'accompagnement des patient·e·s en mettant en relation la FPDR au courage, au support émotionnel et à la confiance dans les professionnel·le·s.</p>

	<p><b>Discussion :</b> la conclusion montre que ce n'est pas une pratique courante et qu'elle n'est pas offerte aux patient·e·s et à leur famille. Elle n'est pas considérée comme un droit des patient·e·s malgré le fait que la majorité des personnes interviewé soient pour.</p>
<b>Introduction</b>	
<p><b>Problème de recherche</b></p> <p>Clair ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</li> <li>- Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>- Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, le phénomène est clairement défini et placé en contexte. Les auteurs ont défini la famille et l'on placé dans un contexte historique, éthique, culturel en montrant son évolution depuis 1980</p> <p>Oui, le problème est justifié dans le contexte des connaissances actuelles, l'introduction s'appuie sur de nombreuses recherches ainsi que sur des guidelines d'organisation médicales et infirmières.</p> <p>Oui, le problème à une signification particulière pour la discipline concernée. La FPDR touche directement aux soins infirmier, l'accompagnement des familles faisant partie intégrante de notre travail.</p>
<p><b>But de l'étude:</b></p> <p>Est-ce que le but de l'étude et / ou la question de recherche sont clairement formulés ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</li> <li>- Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</li> <li>- Traitent-elles de l'expérience des participant·e·s, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, le but est énoncé de façon clair et concis : explorer les opinions, perceptions et désirs des patient·e·s et de leurs proches à propos de la présence des familles lors de procédures invasives et de réanimations cardiopulmonaires</p> <p>Non, les questions de recherches ne sont pas clairement énoncées.</p> <p>Oui, l'étude traite de la perception et de l'opinion des familles qui ont été témoin d'une RCP</p>

	<p><b>P</b> : Patiente et membre de la famille</p> <p><b>I</b> : Présence des familles lors des procédures invasives et de réanimation cardio-pulmonaire</p> <p><b>Co</b> : A l'hôpital</p>
<b>Méthode</b>	
<b>Devis de l'étude:</b>  Clair?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le devis de recherche est-il clairement énoncé ? De quel type de devis s'agit-il ?</li> <li>- Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, le devis de recherche est clairement énoncé, c'est une étude qualitative descriptive basée sur des entretiens semi-structurés.</p> <p>C'est parfaitement congruent avec le but de l'étude. En effet, l'objectif étant de comprendre les opinions, perceptions et désirs des patient·e·s et de leurs familles concernant la présence lors de procédures invasives et de réanimation, une approche qualitative permet d'explorer en profondeur ces expériences subjectives. Le choix d'entretiens semi-structurés permet d'aborder des thèmes précis tout en laissant la liberté aux participant·e·s d'exprimer leur vécu et leurs émotions.</p>
<b>Population et échantillon :</b>  N = 18  Décris en détail ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participant·e·s est-elle appropriée ?</li> <li>- La méthode d'échantillonnage était-elle appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude ?</li> <li>- Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils clairement définis ?</li> <li>- La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non</p>

<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<p>La population à l'étude est décrite de façon détaillée. Il y a un tableau regroupant toutes les informations sur les participant·e·s : leur relation avec le·a patient·e, leur genre, leur tranche d'âge, leur statuts marital, s'ils ont des enfants ou non, leur niveau d'éducation ainsi que leur type d'emploi.</p> <p>La méthode utilisée pour recruter les participant·e·s est appropriée. Les personnes ont été invitées à participer à l'étude et avait le choix de participer ou non.</p> <p>La méthode d'échantillonnage (l'échantillonnage intentionnel) est appropriée pour répondre aux objectifs, car il permet de recruter des participant·e·s ayant une expérience directe de phénomène étudié.</p> <p>Les critères inclusion sont claire : avoir plus de 18 ans, avoir une autonomie dans ses décisions (avec un test à passer pour les personnes de plus de 65 ans).</p> <p>Les critères d'exclusion ne sont pas formulés explicitement.</p> <p>Il n'y a pas d'information sur la saturation des données</p>
<b>Considérations éthiques</b>  Adéquates ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de recherche a-t-il été soumis auprès d'une Commission d'éthique ? A-t-il été approuvé ?</li> <li>- Les risques pour les participant·e·s ont-ils été identifiés ?</li> <li>- Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participant·e·s sont-ils adéquats ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Le projet de recherche a été soumis auprès du Clinical Research Ethics Committee (CREC) de l'hôpital où la recherche a été faite et a été approuvé.</p> <p>Les participant·e·s ont signé un consentement libre et éclairé pour leur participation et ont reçu une lettre d'information.</p> <p>Les données sociodémographiques ne permettent pas d'identifier les participant·e·s, leur assurant alors la confidentialité et l'anonymat.</p>
<b>Méthodes de collecte des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et correctement décrits ?</li> </ul>

<p>Adéquates ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les outils de collecte des données utilisés sont-ils cohérents avec la méthodologie (devis de recherche) choisie ?</li> </ul> <p><b><u>Argumentation :</u></b></p> <p>L'étude repose sur des entretiens semi-structurés avec des questions ouvertes. Les chercheur·euse·s ont réalisé une revue bibliographique poussée afin de formuler un set de 12 questions ouvertes pour les entretiens. Cette méthode permet d'explorer en profondeur les perceptions, les expériences et les émotions des participant·e·s.</p> <p>Les entretiens ont été enregistrés et transcrits littéralement. De plus des données socio-démographiques ont été récoltées.</p>
<p><b>Analyse de données:</b></p> <p>Adéquate ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation et le processus d'analyse des données sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ?</li> <li>- Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</li> </ul> <p><b><u>Argumentation :</u></b></p> <p>L'organisation et le processus d'analyse des données est décrite de façon suffisamment détaillée. Les auteurs ont utilisé une analyse de contenu descriptive fondée sur une comparaison constante et un système de codification permettant d'isoler des catégories et sous-catégories, selon la méthode de Verd et Lozares. La transcription littérale a permis une analyse systématique des textes. Aucun programme n'a été utilisé par les chercheur·euse·s.</p> <p>La méthode d'analyse convient à la méthode de recherche, elle permet de structurer les données tout en respectant les données émises par les participant·e·s.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	
<p><b>Présentation des résultats</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les résultats de l'étude ?</li> <li>- Est-ce que les résultats étaient cohérents et représentatifs des données ?</li> </ul>

<p>Adéquate ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que l'étude a permis de fournir une image claire du phénomène à l'étude ?</li> <li>- Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</li> </ul> <p><b><u>Argumentation :</u></b></p> <p>Trois catégories principales ont émergé :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b><u>Connaissance</u></b> : La RCP est mieux connue que les procédures invasives, dont la compréhension dépend de l'expérience ou des représentations, pouvant entraîner des mauvaises interprétations de ce qu'ils voient. La majorité des participant·e·s apprécieraient la présence d'un·e professionnel·le de santé expliquant les différentes techniques prodiguées à leur proche.</li> <li>2. <b><u>Respect des droits :</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Droit à la FPDR</b> : Les participant·e·s acceptent souvent de quitter les lieux, normalisant l'absence de présence familiale, ce qui engendre un sentiment d'impuissance. Certains n'ont jamais envisagé cette présence, d'autres l'ont demandée mais les professionnel·le·s de santé ne leur ont pas laissé la possibilité de rester près de leur proche.</li> <li>b) <b>Paternalisme</b> : Le paternalisme : l'idée que les médecins agissent pour notre bien, et qu'ils savent ce qui est bien pour nous et que la présence familiale peut être traumatisante, est contrastée par les avis des participant·e·s. La majorité ne jugent pas la FPDR traumatisante. Toutefois, bien qu'ils expriment le souhait d'être présents, plusieurs soulignent que plus la procédure est invasive, plus ils préfèrent prendre du recul ou éviter d'interférer.</li> </ol> </li> <li>3. <b><u>Accompagnement du·de la patient·e :</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Soutien émotionnel</b> : Il consiste à apporter la tranquillité d'esprit et à réduire l'anxiété, tant pour le·a patient·e que pour les membres de sa famille. Il assure aussi la sécurité et la transparence et permet au·à la patient·e de se sentir aimé·e.</li> </ol> </li> </ol>
--	---

	<p>b) <b>Courage et force de caractère</b> : Ils sont reliés à la présence de la famille puisqu'ils la conditionnent. C'est l'expérience qui donne le courage de rester présent, par exemple pour des personnes ayant déjà vécu la même chose. Cependant certains n'ont pas le courage de supporter ces procédures et préfère ne pas rester.</p> <p>c) <b>Confiance dans les professionnel·le·s</b> : C'est un facteur qui détermine la prédisposition des professionnel·le·s à autoriser la FPDR selon les opinions des patient·e·s et des proches.</p> <p>La majorité des personnes interrogées reconnaissent les avantages de la présence de la famille, mais plus la procédure est invasive, plus les personnes interrogées ont des doutes quant à l'accompagnement. De plus la plupart des personnes interrogées considèrent comme positif le fait qu'un·e professionnel·le de santé se joigne à elles et leur explique les procédures à suivre à tout moment et leur résultat</p>
--	---

#### Discussion, Conclusion et Implications

<p><b>Interprétation des résultats</b></p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les conclusions de l'étude ? Découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>- Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre approprié ?</li> <li>- Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</li> <li>- Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</li> <li>- Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</li> <li>- Quelles sont les conséquences des résultats pour la pratique ou pour l'enseignement ?</li> <li>- Quelles étaient les principales limites de l'étude ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Cette étude décrit la peur et la résistance des membres de la famille à assister à des procédures invasives. Dans la majorité des situations, ils auraient accepté de rester près de leur proches (selon le caractère invasif de la procédure). Le manque de familiarité avec les techniques médicales provoque une insécurité qui serait atténuée par le soutien d'un membre de l'équipe qui expliquerait les procédures à la personne</p>
--	---

accompagnante. La FPDR n'est pas considérée comme un droit et n'est pas standardisé dans leur pratique, impliquant le fait que certains proches auraient souhaité être présents mais n'ont pas été consultés et ont donc abandonnée cette possibilité d'être présent. La FPDR est une pratique inhabituelle et complexe et chaque cas doit être évalué de manière indépendante. Des recherches supplémentaires seraient alors nécessaires pour mieux comprendre les perceptions des familles et adapter les politiques de santé en conséquence.

Ces conclusions découlent directement des résultats de l'études. Ils sont interprétés dans un cadre approprié à la lumière des plusieurs études réalisé par la passé qui confirme leurs conclusion.

La question du caractère transférable des conclusion n'est pas explicitement soulevée mais ils mentionnent le fait que d'autres recherches seraient nécessaires pour étayer le sujet.

Ces résultats ont pour conséquence sur la pratique et l'enseignement le fait de mettre en lumière certains dysfonctionnement ou manquement dans la pratique. Comme le fait que la FPDR est un droit éthique mais qu'il n'est pas appliqué ou encore le fait qu'il y ait un besoin (une personne présente pour expliquer et soutenir la famille lors de procédures invasive) mais qu'un tel poste ou rôle n'existe pas encore. Ce sont alors des choses qui pourrait être intéressant d'implémenter ou d'enseigner.

Les principales limites de l'études sont le biais de mémorisation et la perception subjective des événements du sujet / de la famille. De plus les interviews ont été réalisé par une seule personne ce qui pourrait entraîner une subjectivité lors de l'analyse. Enfin l'échantillon étant plutôt petit, il est difficile de faire de généralisation sur le sujet.

Inspiré de :

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007) at Mc Master University, Canada.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème ed.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.

## Article 4

### Références APA 7 de l'article:

Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2017). Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice. *Nursing In Critical Care*, 23(3), 134-140. <https://doi.org/10.1111/nicc.12294>

Éléments d'évaluation	Questions à se poser pour faire la critique de l'article
<p><b>Titre et abstract</b></p> <p>Clairs et complets ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Donnent-ils une vision globale de la recherche, vous manque-t-il des éléments ?</li><li>- Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</li><li>- L'abstract synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li></ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Le titre et l'abstract donnent une vision globale de la thématique de la recherche. Le titre reprend des termes présents dans notre PICo, précisant ainsi les concepts clé et la population étudiée.</p> <p>L'abstract reprend les points principaux de la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Problème :</b> Il a été constaté que la réanimation cardiopulmonaire intrahospitalière d'un·e patient·e adulte en présence de sa famille aide cette dernière à mieux gérer les conséquences émotionnelles à court et à long terme de la réanimation. En raison de ses bénéfices, plusieurs associations nationales et internationales le recommande. Cependant, la recherche montre que les pratiques actuelles sont différentes des recommandations et le que la présence des proches lors de RCP intrahospitalière n'est pas implémentée partout. Les professionnel·le·s de la santé ne semblent pas toujours être en accord avec les recommandations.</li><li>- <b>But :</b> décrire et comprendre les avis et opinions des professionnel·le·s de la santé par rapport à l'implémentation des recommandations : autoriser la présence familiale lors de RCP intrahospitalière.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Devis de recherche :</b> c'est une démarche qualitative inductive qui a été utilisée pour cette étude.</li> <li>- <b>Méthode :</b> Des infirmier·ère·s et médecins travaillant dans des services d'urgences et de soins intensifs finlandais ou polonais ont participé à cette étude. Ils·elles ont répondu par écrit à des questions en lien avec leurs observations personnelles, leurs inquiétudes et questionnements ainsi que leurs commentaires à propos de la présence des proches lors de RCP intrahospitalière. Les données récoltées ont été analysées par analyse thématique inductive.</li> <li>- <b>Résultats :</b> l'analyse des données a débouché sur cinq sujets principaux : l'horreur de la famille, flux de travail perturbé, manque de soutien pour la famille, la préparation du personnel et les décisions basées sur la situation.</li> </ul> <p><b>Conclusion :</b> Malgré les preuves scientifiques démontrant les bénéfices pour les proches d'être présent lors de RCP intrahospitalière, les professionnel·le·s de la santé travaillant en Finlande et en Pologne citent plusieurs arguments personnels et organisationnels contre cette pratique. Les résultats de cette étude examinent les raisons pour lesquelles la présence familiale lors de RCP intrahospitalière n'a pas été implémentée dans la pratique. Afin d'appliquer ces recommandations, les préoccupations des prestataires de soins doivent être prises en compte et des changements de formation et d'organisation des services doivent être apportés.</p>
--	---

<b>Introduction</b>	
<b>Problème de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</li> <li>- Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>- Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul>
Clair ?	<b>Argumentation :</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Oui	Les bénéfices de la présence des proches lors de RCP intrahospitalière sont largement décrits dans la littérature et également reconnus par de nombreuses associations d'infirmiers et de médecins. Ces dernières

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<p>affirment que la présence de proches lors d'une RCP est un droit du·de la patient·e et que la famille devrait avoir l'opportunité d'y assister si telle en est leur envie ou besoin. Assister à la RCP d'un proche aide la personne/famille à maintenir son autonomie et facilite le processus traumatique de la situation. La RCP en présence de la famille est cohérente avec les soins centrés sur la famille. Malgré les recommandations et les preuves scientifiques qui sont pour la présence familiale, les données actuelles montrent que les professionnel·le·s de la santé en Europe ne les suivent pas et ils y sont même opposés.</p> <p>En raison de la nécessité reconnue d'unifier les législations nationales en matière de RCP en Europe (Mentzelopoulos et al., 2016), il est essentiel d'explorer les attitudes des professionnel·le·s de la santé par rapport à ces recommandations afin d'identifier les principaux obstacles à leur mise en œuvre. Cela traite donc d'une problématique actuelle pour les soins infirmiers.</p>
<p><b>But de l'étude:</b> Est-ce que le but de l'étude et / ou la question de recherche sont clairement formulés ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</li> <li>- Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</li> <li>- Traitent-elles de l'expérience des participant·e·s, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b> Le but de l'étude est clair et concis. La question de recherche n'est pas énoncée Le PICo est le suivant : <b>P</b> : Professionnels de la santé <b>I</b> : points de vue des professionnel·le·s de la santé concernant l'implémentation de la pratique de la RCP en présence de la famille. <b>Co</b> : intra-hospitalier Le but de l'étude de décrire les opinions et les points de vue des professionnel·le·s de la santé sur la présence familiale lors de d'une RCP adulte intrahospitalière en Finlande en et Pologne. Ces pays ont été</p>

	choisis car ils sont identifiés comme des pays dans lesquels la présence familiale lors de la RCP d'un proche adulte intrahospitalière n'est pas implémentée.
<b>Méthode</b>	
<b>Devis de l'étude:</b>  Clair?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le devis de recherche est-il clairement énoncé ? De quel type de devis s'agit-il ?</li> <li>- Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Le devis de l'étude n'est pas clairement énoncé dans le corps de l'article, seulement dans l'abstract. Le devis de recherche est une démarche qualitative inductive dans cette étude. Il est congruent avec le but de l'étude puisque ce dernier a pour objectif de décrire opinions des professionnel·le·s de la santé sur le sujet.</p>
<b>Population et échantillon :</b>  N = 390  Décris en détail ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participant·e·s est-elle appropriée ?</li> <li>- La méthode d'échantillonnage était-elle appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude ?</li> <li>- Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils clairement définis ?</li> <li>- La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Dans cette étude, un échantillon non-probabiliste intentionnel a été utilisé. Cela signifie que les participant·e·s ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion afin de répondre aux besoins de l'étude. La méthode d'échantillonnage est appropriée.</p> <p>La population de cette étude est composée de 390 participant·e·s, médecins et infirmier·ère·s confondus, regroupant six hôpitaux universitaires (3 en Finlande et 3 en Pologne).</p> <p>Les potentiel·le·s participant·e·s ont été informés par un responsable, un·e infirmier·ère che·fe ou un·e médecin chef, entre juillet et décembre 2013. Ils ont été contactés par mail ou rencontrés en personne.</p>

	<p>Les critères d'inclusion étaient les suivants : être médecin ou infirmier·ère et travailler aux urgences ou aux soins intensifs. Le seul critère d'exclusion était les professionnel·le·s travaillant en pédiatrie. Le nombre de participant·e·s dans cette étude était suffisant pour garantir la saturation des données.</p>
<p><b>Considérations éthiques</b></p> <p>Adéquates ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de recherche a-t-il été soumis auprès d'une Commission d'éthique ? A-t-il été approuvé ?</li> <li>- Les risques potentiels pour les participant·e·s ont-ils été identifiés ?</li> <li>- Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participant·e·s sont-ils adéquats ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Le protocole de l'étude a été examiné et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche (numéro de déclaration : 16/2013) et a reçu l'approbation des comités requis dans les six hôpitaux participant·e·s. Les participant·e·s potentiel·le·s ont été informés que l'étude était volontaire et anonyme. Le consentement a été présumé sur la base du retour du questionnaire rempli. Il n'y a pas d'information sur la confidentialité des données.</p>
<p><b>Méthodes de collecte des données</b></p> <p>Adéquates ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et correctement décrits ?</li> <li>- Les outils de collecte des données utilisés sont-ils cohérents avec la méthodologie (devis de recherche) choisie ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Les participant·e·s ont dû répondre à un questionnaire composé de 4 sections : détails démographiques, leurs expériences avec la présence des familles, leurs attitudes envers la présence des familles et leurs commentaires sur le sujet. Dans cette dernière section, ce sont des questions ouvertes qui ont été posées dans le but de laisser de la place aux participant·e·s de s'exprimer sur leur ressenti</p> <p>Toutes les données ont été récoltées auprès des mêmes participant·e·s.</p>

	Grâce à l'accord des auteurs du questionnaires (Fulbrook et al., 2005), les questionnaires ont pu être traduits en finlandais et en polonais en utilisant a rétro-traduction et le test monolingue (Maneesriwongul et Dixon, 2004). Les versions ont ensuite été comparées et vérifiées.
<b>Analyse de données:</b>  Adéquate ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation et le processus d'analyse des données sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée?</li> <li>- La méthode d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ?</li> <li>- Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>La méthode d'analyse utilisée est une analyse thématique inductive. Deux auteurs ont participé à l'analyse. Ils ont commencé par lire tous les questionnaires séparément afin d'avoir une idée globale du contenu (lecture naïve). Ils ont ensuite identifié les thèmes émergents séparément, puis, ont comparé leurs résultats. Cette étude suit les recommandations suivantes : Enhancing the Quality and Transparency Of health Research (EQUATOR) - Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (O'Brien et al., 2014).</p>
<b>Résultats</b>	
<b>Présentation des résultats</b>  Adéquate ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les résultats de l'étude ?</li> <li>- Est-ce que les résultats étaient cohérents et représentatifs des données ?</li> <li>- Est-ce que l'étude a permis de fournir une image claire du phénomène à l'étude ?</li> <li>- Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>43% des participant·e·s ont répondu à la section 4 du questionnaire. Les cinq thèmes les plus présents sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. L'horreur pour la famille</li> <li>b. Flux de travail perturbé</li> </ol>

	<p>c. Manque de soutien pour la famille d. Préparation du personnel e. Décisions basées sur la situation</p> <p>Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène.</p>
<b>Discussion, Conclusion et Implications</b>	
<p><b>Interprétation des résultats</b></p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les conclusions de l'étude ? Découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>- Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre approprié ?</li> <li>- Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</li> <li>- Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</li> <li>- Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</li> <li>- Quelles sont les conséquences des résultats pour la pratique ou pour l'enseignement ?</li> <li>- Quelles étaient les principales limites de l'étude ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Les résultats démontrent de nombreuses inquiétudes de la part des professionnel·le·s de la santé par rapport à la présence de la famille lors d'une RCP sur un proche adulte en milieu hospitalier. Et cela malgré les études scientifiques prouvant les bénéfices pour les proches et le·a patient·e mais il est également démontré que la présence n'exerce aucune influence négative sur le·a patient·e, la famille ou le déroulement de la RCP. Les participant·e·s expriment des préoccupations liées à leurs croyances personnelles et à l'organisation des services. Ces croyances peuvent expliquer en partie la non-implémentation des pratiques recommandées dans ces deux pays.</p> <p>Les auteurs proposent des changements au niveau éducationnel et organisationnel afin de pouvoir mieux suivre les recommandations pour la présence familiale lors de RCP sur un adulte en milieu hospitalier.</p> <p>Les limitations de cette étude étaient les suivants :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les questions étaient générales donc l'image recueillie ne reflète peut-être pas la complexité du problème.</li> <li>- Comme la présence familiale lors de RCP intra-hospitalière adulte est un sujet controversé, il est possible que seuls des participant·e·s avec des opinions extrêmes se soient portés volontaires pour répondre à la section 4.</li> <li>- Les résultats sont spécifiques à certains environnements et se limitent à une nombre restreints d'individus, il est impossible de les appliquer de manière globale.</li> </ul> <p>Il est nécessaire de mener d'autres études qualitatives, spécifiques à chaque pays basées sur des entretiens semi-structurés ou des groupes de discussion approfondis.</p>
--	---

Inspiré de :

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007) at Mc Master University, Canada.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème ed.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.

## Article 5

### Références APA 7 de l'article :

Batista M. J., Vasconcelos, P., Miranda R, Amaral T., Geraldes J. & Fernandes A. P. (2017). Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV – n°13*, pp. 83-92. [10.12707/RIV16085](https://doi.org/10.12707/RIV16085)

Éléments d'évaluation	Questions à se poser pour faire la critique de l'article
<p><b>Titre et abstract</b></p> <p>Clairs et complets ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>- Donnent-ils une vision globale de la recherche, vous manque-t-il des éléments ?</p> <p>- Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>- L'abstract synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Le titre et l'abstract donnent une vision globale de la thématique de la recherche. Le titre reprend des termes présents dans notre PICo, précisant ainsi les concepts clé et la population étudiée.</p> <p>L'abstract reprend les points principaux de la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Problème</b> : la présence familiale lors d'une situation urgente aux urgences est une réalité mais pour certain·e·s infirmier·ère·s cette présence est une question controversée.</li><li>- <b>But</b> : identifier l'opinion des infirmier·ère·s sur la présence de la famille lors de situations urgentes dans un service d'urgence adulte.</li><li>- <b>Méthode</b> : une étude descriptive exploratoire a été menée en utilisant un questionnaire proposé à un échantillon de 233 infirmier·ère·s. Ces infirmier·ère·s travaillent dans l'un des 4 services d'urgence de la région de Lisbonne et la vallée de Tage.</li><li>- <b>Résultats</b> : la plupart des infirmier·ère·s sont opposé à la présence de la famille lors de situations urgentes dans un service d'urgence. Les désavantages nommés étaient liés à l'anxiété de la famille, ceci</li></ul>

	<p>augmenterait le stress des soignants. Certaine·s infirmier·ère·s ont identifiés des avantages comme l'enrichissement de l'anamnèse du patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Conclusion :</b> les infirmier·ère·s ne sont pas favorables à la présence familiale. Toutefois, il serait important de revoir les pratiques cliniques afin de pouvoir inclure la famille lors de réanimation, ajouter le « F » au « ABCDE ».</li> </ul> <p>La discussion n'est pas élaborée dans l'abstract.</p>
<b>Introduction</b>	
<p><b>Problème de recherche</b></p> <p>Clair ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</li> <li>- Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>- Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Le phénomène à l'étude est l'identification de l'opinion des infirmier·ère·s à propos de la présence familiale lors de situations urgentes dans un service d'urgences adulte. Il est décrit que la prise en charge aux urgences devrait être centrée sur le·a patient·e et sa famille. Actuellement, les besoins de la famille semblent être mis de côté car les infirmier·ère·s portent plus grande attention au·à la patient·e. Il est évoqué que peu de recherche ont été abouties sur le sujet, contrairement à d'autres pays.</p>
<p><b>But de l'étude:</b></p> <p>Est-ce que le but de l'étude et / ou la question de recherche sont clairement formulés ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</li> <li>- Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</li> <li>- Traitent-elles de l'expérience des participant·e·s, des croyances, des valeurs ou des perceptions</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Le but de l'étude est clair et concis. La question de recherche est énoncée ainsi : « Quelle est l'opinion des infirmier·ère·s travaillant dans un service d'urgences adulte sur la présence de la famille pendant une situation urgente ? »</p>

	<p>Le PICo est le suivant :</p> <p><b>P</b> : infirmier·ère·s travaillant dans un service d'urgences adulte</p> <p><b>I</b> : opinion sur la présence de la famille pendant une situation urgente</p> <p><b>Co</b> : service d'urgence adulte</p> <p>Le but est d'identifier l'opinion des infirmier·ère·s sur la présence de la famille lors de situations urgentes dans un service d'urgence adulte.</p> <p>La question traite de l'opinion des infirmier·ère·s.</p>
<b>Méthode</b>	
<p><b>Devis de l'étude:</b></p> <p>Clair?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le devis de recherche est-il clairement énoncé ? De quel type de devis s'agit-il ?</li> <li>- Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Le devis de recherche est clairement énoncé. Le devis est une recherche descriptive et exploratoire. Ce type de devis est congruent avec le but de l'étude car il offre une description détaillée et riche en informations pour le phénomène étudié. Il permet aussi de rassembler les thèmes communs afin de les analyser.</p>
<p><b>Population et échantillon :</b></p> <p>N = 233</p> <p>Décris en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participant·e·s est-elle appropriée ?</li> <li>- La méthode d'échantillonnage était-elle appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude ?</li> <li>- Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils clairement définis ?</li> <li>- La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p>

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<p>La population de cette étude est composée de 233 infirmier·ère·s sélectionnée grâce à un échantillon non-probabiliste de convenance. Les infirmier·ère·s travaillent dans un des quatre services d'urgences dans la région de Lisbonne et de la vallée de Tage. Les infirmier·ère·s étaient volontaires. La méthode utilisée est adaptée et répond au but de l'étude (ce sont des infirmier·ère·s et ils sont volontaires et présents dans la région où l'étude se déroule.).</p> <p>Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas décrits.</p>
<b>Considérations éthiques</b>  Adéquates ?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de recherche a-t-il été soumis auprès d'une Commission d'éthique ? A-t-il été approuvé ?</li> <li>- Les risques potentiels pour les participant·e·s ont-ils été identifiés ?</li> <li>- Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participant·e·s sont-ils adéquats ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Le projet de recherche a été approuvé par le conseil d'administration et les comités d'éthique de l'hôpital (avis n° 237/2015 et avis n° 41/2015). Les principes éthiques définis par la Déclaration d'Helsinki ont été respecté tout au long de l'étude.</p> <p>Les participant·e·s n'ont pas dû signer un contrat de consentement, l'information qui portait sur la base volontaire de la participation à cette étude était écrite en haut du questionnaire.</p> <p>Il n'y a pas d'information sur le maintien de l'anonymat des participant·e·s et la confidentialité des données.</p> <p>Les risques ne sont pas identifiés.</p>
<b>Méthodes de collecte des données</b>  Adéquates ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et correctement décrits ?</li> <li>- Les outils de collecte des données utilisés sont-ils cohérents avec la méthodologie (devis de recherche) choisie ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Les données ont été récoltées entre septembre et décembre 2015. La récolte des données s'est réalisée grâce à un questionnaire divisé en trois parties :</p>

<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<p>a. Collection de données démographiques pour définir l'échantillon. Ils s'intéressent aux caractéristiques de la population étudiée (âge, titre : bachelor ou master, sexe, expérience professionnelle et dans quel hôpital Ils·elles pratiquent).</p> <p>b. Opinion professionnelle de l'infirmier·ère sur la présence familiale dans le service d'urgence. Cette partie comprenait trois questions fermées et deux questions ouvertes portant sur les avantages et désavantages de la présence familiale lors d'urgences et de et réanimation intra-hospitalières. Les meneurs de l'étude ont utilisé l'échelle de Likert (en 5 points : en total désaccord/en désaccord/neutre/en accord/en total accord) pour répondre aux questions fermées.</p> <p>c. Enfin, il finit avec deux questions fermées portant sur le niveau d'accord ou de désaccord des infirmiers·ère·s si le·a patient·e était, cette fois-ci, un proche d'un·e des infirmiers·ère·s ou bien qu'eux-mêmes (infirmiers·ère·s) se retrouvaient comme patient·e. Ils ont à nouveau utilisé l'échelle de Likert. La méthode choisie est tout à fait adaptée à la question de recherche et correctement décrits.</p>
<b>Analyse de données:</b>  Adéquate ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation et le processus d'analyse des données sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ?</li> <li>- Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Les données ont été analysées en utilisant le logiciel « Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) », version 22.0, pour études descriptives. Les questions ont été analysées en utilisant la technique d'analyse de contenu de Bardin (1977).</p> <p>Les méthodes utilisées sont appropriées à la méthode de recherche.</p>
<b>Résultats</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les résultats de l'étude ?</li> <li>- Est-ce que les résultats étaient cohérents et représentatifs des données ?</li> </ul>

Adéquate ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que l'étude a permis de fournir une image claire du phénomène à l'étude ?</li> <li>- Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</li> </ul> <p><b><u>Argumentation :</u></b></p> <p>Les résultats sont mixtes avec une tendance plus forte pour ne pas permettre la présence familiale lors d'urgences ou réanimation intra-hospitalière. 76% des infirmiers·ère·s ne sont « pas d'accord ou pas du tout d'accord » avec la FPDR et 66,1% sont « pas d'accord ou pas du tout d'accord » avec la présence familiale lors de situations urgentes telles qu'un œdème aigu pulmonaire, des épisodes arythmiques aigus ou encore un syndrome coronarien aigu. Environ 75% des infirmiers·ère·s ne sont « pas d'accord ou pas du tout d'accord » que la famille du·de la patient·e soit présente si ce·tte dernier est polytraumatisé·e.</p> <p>Lors de l'identification des avantages et désavantages, on remarque que les participant·e·s ont plus de désavantages (n=554) à exposer que d'avantages (n=396). Les principaux désavantages sont : le manque de compréhension des proches, l'anxiété, l'interférence avec les soins et le manque de place autour du patient. Les avantages nommés sont l'ajout d'informations cliniques pertinentes à la prise en charge, l'observation et le vécu de l'expérience afin de mieux vivre une potentielle phase de deuil, le soutien psychologique et l'inclusion de la famille. Certains ont également répondu qu'il n'y avait pas d'avantages.</p> <p>Finalement, pour la partie C, 64% des infirmiers·ère·s sont en désaccord total d'être présent si le·a patient·e était un·e de leurs proches. Pourtant, 30% des infirmiers·ère·s sont d'accord ou totalement d'accord de rester avec leur proche lors de RCP. En revanche, si les rôles s'inversaient, que l'infirmier·ère devenait le patient, 69,5% de ces derniers ne seraient « pas d'accord ou pas du tout d'accord » avec la présence de leurs proches lors d'une RCP. Lors de l'identification des avantages et désavantages, on remarque que les participant·e·s ont plus de désavantages (n=554) à exposer que d'avantages (n=396). Les principaux désavantages sont : le manque de compréhension des proches, l'anxiété, l'interférence avec les soins et le</p>
---	--

	manque de place autour du patient. Les avantages sont l'ajout d'informations cliniques pertinentes à la prise en charge, l'observation et le vécu de l'expérience, le soutien psychologique, inclusion familiale et aussi « pas d'avantages ».
<b>Discussion, Conclusion et Implications</b>	
<b>Interprétation des résultats</b>  Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les conclusions de l'étude ? Découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>- Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre approprié ?</li> <li>- Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</li> <li>- Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</li> <li>- Quelles sont les conséquences des résultats pour la pratique ou pour l'enseignement ?</li> <li>- Quelles étaient les principales limites de l'étude ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Les conclusions de l'études sont l'échantillon est en désaccord avec la présence de la famille lors de situations urgentes et de RCP aux urgences adulte. D'autres études nationales et internationales ont de résultats similaires toutefois la culture du pays a une influence sur ces derniers (Dans les pays où la présence familiale est une habitude, uniquement les avantages sont mis en avant). Il est écrit que les résultats de cette recherche ne sont pas à généraliser. Cette étude a permis de mettre en lumière les pratiques actuelles dans ce contexte précis. Les auteurs ne déclarent pas de limites et proposent de réaliser d'autres études qui incluraient les patient·e·s, leur famille mais aussi les médecins.</p>

Inspiré de :

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007) at Mc Master University, Canada.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème ed.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.

## Article 6

### Références APA 7 de l'article :

Barreto, Garcia-Vivar, C., Mitchell, M., & Marcon, S. (2018). Family presence during resuscitation in emergency departments: professionals' attitudes in Brazil. *International Nursing Review*, 65(4), 567–576. <https://doi.org/10.1111/inr.12490>

Éléments d'évaluation	Questions à se poser pour faire la critique de l'article
<p><b>Titre et abstract</b></p> <p>Clairs et complets ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Donnent-ils une vision globale de la recherche, vous manque-t-il des éléments ?</li><li>- Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</li><li>- L'abstract synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li></ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Le titre est donné une bonne vision de la recherche. Il ne manque pas d'élément. Il précise bien les concepts clés et la population : la présence de la famille pendant une réanimation et les professionnel·le·s de santé au Brésil.</p> <p>L'abstract synthétise bien les grandes lignes de la recherche, on y retrouve :</p> <p><u>But</u> : explorer les vues et attitudes des infirmier·ère·s et des médecins sur la FPDR aux urgences, au Bésil</p> <p><u>Contexte</u> : Les associations internationales d'urgentistes approuvent la FPDR, mais la mesure dans laquelle elle est pratiquée n'est pas claire, en particulier au Brésil. Les chercheur·euse·s souhaiteraient étudier les points de vue et les attitudes du personnel des urgences sur cette pratique afin de pouvoir identifier les mesures à prendre pour soutenir les familles.</p>

	<p><u>Méthode</u> : Une étude qualitative menée auprès de 32 professionnel·le·s de la santé dans deux services d'urgence au Brésil a révélé des attitudes majoritairement négatives envers la présence familiale lors de la réanimation. Les participant·e·s soulignent la nécessité de changements, notamment en matière d'infrastructures et de formation du personnel pour mieux soutenir les familles sur les plans informationnel et émotionnel.</p> <p><u>Résultats</u> : Les professionnel·le·s de santé interrogé·e·s perçoivent la FPDR comme une pratique controversée, majoritairement jugée négativement. Ils soulignent toutefois qu'un changement est nécessaire, notamment en adaptant les infrastructures hospitalières et en formant le personnel à mieux accompagner les familles sur les plans émotionnel et informatif.</p> <p><u>Discussion</u> : Les auteur·e·s soulignent que l'intégration d'une approche de soins centrés sur la famille en contexte clinique nécessite une réévaluation des politiques éducatives et organisationnelles afin de soutenir cette pratique.</p> <p><u>Conclusions</u> : L'étude met en lumière les attitudes des professionnel·le·s brésilien·ne·s face à la présence familiale pendant la réanimation et souligne la nécessité de développer des politiques et des stratégies concrètes pour favoriser son implantation dans les services d'urgence.</p>
--	--

## Introduction

<p><b>Problème de recherche</b></p> <p>Clair ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</li> <li>- Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>- Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, le phénomène à l'étude est clairement défini et placé en contexte. Ici le phénomène est la FPDR et le contexte est les hôpitaux brésiliens.</p>
---	--

<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<p>Oui, les auteurs soulignent que peu d'études ont été faites dans le contexte sud-américain, et que les opinions des professionnel·le·s brésilien·ne·s sont peu documentées.</p> <p>Oui, il s'agit d'un enjeu de soins centrés sur la famille et d'humanisation des soins, donc particulièrement pertinent pour la discipline infirmière.</p>
<b>But de l'étude:</b> Est-ce que le but de l'étude et / ou la question de recherche sont clairement formulés ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</li> <li>- Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</li> <li>- Traitent-elles de l'expérience des participant·e·s, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, il est clairement dit, il veulent explorer les attitudes des médecins et infirmier·ère·s concernant la présence familiale lors de la réanimation au Brésil.</p> <p>Non les questions de recherches sont implicites mais clairement déduites du but.</p> <p>La recherche s'articule autour des perceptions et attitudes des professionnel·le·s</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>P</b> : Professionnel·le·s de la santé (infirmier·ère·s et médecins) en service d'urgence au Brésil</li> <li>- <b>I</b> : Présence familiale lors de la réanimation</li> <li>- <b>Co</b> : Services d'urgence hospitaliers brésiliens</li> </ul>
<b>Méthode</b>	
<b>Devis de l'étude:</b> Clair?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le devis de recherche est-il clairement énoncé ? De quel type de devis s'agit-il ?</li> <li>- Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p>

<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<p>Oui, c'est un devis qualitatif exploratoire descriptif.</p> <p>Le devis qualitatif exploratoire descriptif est particulièrement adapté à cette recherche, car il permet d'explorer en profondeur les attitudes, perceptions et expériences des professionnel·le·s de santé face à un phénomène peu étudié dans le contexte brésilien, la FPDR. Cette approche vise à décrire de manière fidèle et nuancée les points de vue des participant·e·s, sans chercher à les quantifier, ce qui est essentiel pour comprendre les freins, les besoins et les pistes d'amélioration identifiés. Elle est donc cohérente avec l'objectif de l'étude, qui est de générer des connaissances utiles pour faire évoluer la pratique et les politiques de soins.</p>
<p><b>Population et échantillon :</b>          N = 32 (21 infirmier·ère·s, 11 médecins)</p> <p>Décris en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participant·e·s est-elle appropriée ?</li> <li>- La méthode était-elle appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude ?</li> <li>- Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils clairement définis ?</li> <li>- La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, on connaît le nombre, les professions, l'ancienneté, le niveau d'études, le genre, et l'expérience ou non du FPDR.</p> <p>Oui, recrutement par convenance dans deux urgences de Maringá (Brésil).</p> <p>Oui, Inclusion : professionnel·le·s avec au moins six mois d'ancienneté. Exclusions : congé, absence, expérience de moins de 6 mois.</p> <p>Oui, les auteur·e·s indiquent avoir atteint la saturation après 32 entretiens.</p> <p>La méthode est adaptée à cette recherche car elle permet de sélectionner des participant·e·s ayant une expérience pertinente en lien avec le phénomène étudié. En ciblant des infirmier·ère·s et médecins travaillant depuis au moins six mois en service d'urgence, les</p>

	chercheur·euse·s s'assurent que les personnes interrogées ont été confrontées, directement ou indirectement, à des situations de réanimation, et sont donc en mesure de formuler des opinions éclairées. Ce type d'échantillonnage est courant et pertinent dans les études qualitatives, car il vise la richesse et la pertinence des données plutôt que leur représentativité statistique.
<b>Considérations éthiques</b>  Adéquates ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de recherche a-t-il été soumis auprès d'une Commission d'éthique ? A-t-il été approuvé ?</li> <li>- Les risques potentiels pour les participant·e·s ont-ils été identifiés ?</li> <li>- Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participant·e·s sont-ils adéquats ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, approuvé par un comité d'éthique universitaire (CAAE)</p> <p>Aucun risque potentiel n'est clairement mentionné</p> <p>Oui, les consentements ont été signés, la confidentialité a été assurée ainsi que l'anonymat</p>
<b>Méthodes de collecte des données</b>  Adéquates ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et correctement décrits ?</li> <li>- Les outils de collecte des données utilisés sont-ils cohérents avec la méthodologie (devis de recherche) choisie ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, les chercheur·euse·s ont réalisé·e·s des entretiens semi-dirigés en portugais, avec deux questions ouvertes principales.</p> <p>Oui, les entretiens ouverts sont cohérents avec une approche qualitative exploratoire car ce type de question permet de recueillir des réponses riches, nuancées et spontanées, essentielles pour comprendre en profondeur les perceptions, les attitudes et les expériences vécues. Dans une démarche exploratoire, où l'objectif est de découvrir des éléments parfois inattendus ou</p>

	complexes, ces questions ouvertes favorisent l'émergence de thématiques variées, sans contraindre les réponses dans un cadre prédéfini. Elles sont donc parfaitement adaptées pour capter la subjectivité et la diversité des points de vue des professionnel·le·s.
<b>Analyse de données:</b>  Adéquate ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation et le processus d'analyse des données sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ?</li> <li>- Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Oui, les chercheur·euse·s ont utilisé l'analyse thématique selon Burnard, avec logiciel QDA Miner. Leur traductions ont été aussi validées par un traducteur indépendants portugais-anglais.</p> <p>Oui, c'est une méthode qualitative classique et rigoureuse.</p> <p>Oui, les catégories sont bien justifiées et illustrées par des verbatims.</p>
<b>Résultats</b>	
<b>Présentation des résultats</b>  Adéquate ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les résultats de l'étude ?</li> <li>- Est-ce que les résultats étaient cohérents et représentatifs des données ?</li> <li>- Est-ce que l'étude a permis de fournir une image claire du phénomène à l'étude ?</li> <li>- Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b></p> <p>Les résultats sont structurés autour de la catégorie principale « des changements sont nécessaires », divisée en trois catégories et quatre sous-catégories :</p>

- 1) Attitude controversée des infirmier·ère·s et des médecins : La majorité des professionnel·le·s perçoive la FPDR négativement pour des raisons techniques, émotionnelles et logistiques, tout en reconnaissant la nécessité d'adapter les pratiques.
  - 2) Préparation de l'environnement et des professionnel·le·s :
    - a) Réduire les limites des situations d'urgence : Les obstacles à la FPDR incluent l'infrastructure, le manque de personnel et le manque de soutien psychologique, avec la proposition d'un·e facilitateur·ice formé·e pour accompagner les proches.
    - b) Diminuer les faiblesses des professionnel·le·s : Les professionnel·le·s reconnaissent la FPDR comme un droit, mais la mise en œuvre est freinée par un manque de formation et des craintes liées à l'impact émotionnel des proches sur les soins.
  - 3) Préparer et soutenir les familles :
    - a) Adoucir les souffrances de la famille : Les urgences et procédures invasives provoquent stress et anxiété chez les familles, nécessitant une préparation rapide et un soutien psychologique.
    - b) Apporter du réconfort aux familles : La présence des proches pendant la réanimation ou le décès aide à comprendre la situation, à réduire les doutes et facilite le deuil.
- Les résultats sont cohérents avec les données recueillies car ils reflètent fidèlement les perceptions, émotions et expériences exprimées par les participant·e·s. La saturation théorique obtenue après 32 entretiens garantit que les thèmes identifiés couvrent l'ensemble des points de vue pertinents et que les catégories représentent bien la diversité des opinions et des situations rencontrées. Les verbatims issues des entretiens renforcent la crédibilité et la représentativité des résultats.

	<p>L'étude offre une image claire de la FPDR en mettant en lumière les tensions entre les bénéfices perçus par les familles et les réticences des professionnel·le·s, ainsi que les contraintes organisationnelles. La structuration des résultats autour d'une catégorie principale (« des changements sont nécessaires ») et de sous-catégories précises permet de comprendre les différents aspects du phénomène : attitudes, environnement, préparation des professionnels et soutien aux familles. Cette organisation claire facilite la compréhension globale du contexte, des freins et des leviers à la mise en place de la FPDR.</p> <p>Les thèmes sont logiquement liés et se construisent les uns à partir des autres : les attitudes controversées des soignants (catégorie 1) expliquent en partie les difficultés rencontrées dans la préparation de l'environnement et des professionnel·le·s (catégorie 2), qui elles-mêmes impactent la capacité à préparer et soutenir efficacement les familles (catégorie 3). Cette progression thématique reflète un processus global, cohérent avec la complexité du phénomène étudié, et illustre bien comment différents facteurs interagissent pour influencer FPDR</p>
--	--

#### Discussion, Conclusion et Implications

##### Interprétation des résultats

Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?

Oui

Non

Ne sait pas

- Quelles sont les conclusions de l'étude ? Découlent-elles logiquement des résultats ?
- Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?
- Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?
- Quelles sont les conséquences des résultats pour la pratique ou pour l'enseignement ?
- Quelles étaient les principales limites de l'étude ?

##### Argumentation :

Dans cette étude, les auteur·e·s répondent clairement à leur questionnement en mettant en lumière les attitudes majoritairement négatives des professionnel·le·s brésilien·ne·s envers la présence familiale lors de la réanimation (FPDR), tout en reconnaissant un besoin de

changement pour améliorer la prise en charge familiale. Les conclusions découlent logiquement des résultats et s'inscrivent dans un cadre conceptuel approprié, en lien avec la littérature internationale existante. Les résultats sont discutés à la lumière d'autres études menées dans des contextes similaires ou différents, ce qui permet de mieux situer les enjeux culturels et organisationnels. La question de la transférabilité est soulevée, notamment en reconnaissant les spécificités du contexte brésilien. Les données issues des entretiens sont riches, bien illustrées par des citations, et soutiennent de manière pertinente les conclusions formulées. L'étude souligne des implications importantes pour la pratique clinique, notamment la nécessité d'élaborer des politiques hospitalières claires, de renforcer la formation initiale et continue autour du FPDR, et d'informer les familles dès la communauté. Les principales limites concernent le lieu et le moment des entretiens (réalisés durant le travail), la faible expérience directe du FPDR chez les participant·e·s, et une majorité d'infirmier·ère·s dans l'échantillon. Malgré cela, l'étude apporte une contribution précieuse à la réflexion sur l'humanisation des soins en contexte d'urgence.

Inspiré de :

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007) at Mc Master University, Canada.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème ed.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.

## Annexe 5 : Tableau détaillé pour l'annonce d'utilisation des outils IA

Outils IA	Utilisé pour	Chapitre du travail	Prompts
<b>ChatGPT</b>	Inspiration	Introduction, Problématique	« Reformule la phrase ci-dessous dans un style plus fluide tout en gardant l'écriture épicène ? »
		Méthode Résultats Discussion Conclusion	« Peux-tu reformuler le paragraphe suivant dans un style académique, sans changer le sens, et en respectant l'écriture épicène ? » « Reformule la prochaine phrase en remplaçant les répétitions et en utilisant un vocabulaire plus précis »
<b>DeepL</b>	Traduction d'articles ou de parties d'articles	Ensemble du travail	