

La famille au chevet du patient en salle de réanimation : comment les infirmières le vivent-elles réellement ?

Dominique Labbé, inf., Ph. D. (cand.) et Suzanne Aucoin, Ph. D.

Volume 1, numéro 1, printemps 2020

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1102109ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1102109ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (imprimé)

2816-6906 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Labbé, 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), 42–47. <https://doi.org/10.7202/1102109ar>

Résumé de l'article

La présence de la famille au chevet du patient en salle de réanimation à l'urgence représente parfois une pratique controversée. Toutefois, en de telles circonstances, il semblerait que les familles désirent demeurer auprès du patient. Afin de répondre à ce besoin, un protocole favorisant la présence d'un membre de la famille en salle de réanimation a été mis en place à l'urgence de l'Hôpital de Chicoutimi. Pour les infirmières, cette nouvelle pratique représente un grand changement. Cette étude qualitative explore donc les perceptions de huit infirmières d'urgence ayant vécu à plusieurs reprises la présence d'un membre de la famille auprès du patient en salle de réanimation.





RECHERCHE

La famille au chevet du patient en salle de réanimation : comment les infirmières le vivent-elles réellement ?

LA PRÉSENCE DE LA FAMILLE AU CHEVET DU PATIENT en salle de réanimation à l'urgence représente parfois une pratique controversée. Toutefois, en de telles circonstances, il semblerait que les familles désirent demeurer auprès du patient. Afin de répondre à ce besoin, un protocole favorisant la présence d'un membre de la famille en salle de réanimation a été mis en place à l'urgence de l'Hôpital de Chicoutimi. Pour les infirmières, cette nouvelle pratique représente un grand changement. Cette étude qualitative explore donc les perceptions de huit infirmières d'urgence ayant vécu à plusieurs reprises la présence d'un membre de la famille auprès du patient en salle de réanimation.

par Dominique Labbé et Suzanne Aucoin

INTRODUCTION

La prise en charge d'un patient présentant un état critique en salle de réanimation fait partie intégrante du quotidien de l'infirmière. Pour la famille du patient, cette situation représente souvent une expérience difficile et inattendue lui causant de l'anxiété et de nombreuses inquiétudes [1-4]. Malgré ce ressenti, la majorité des familles vivant cette situation désire demeurer auprès de leur proche présentant un état critique, et ce, même lors des soins invasifs [5, 6]. Bien que des recherches aient mis en évidence les avantages à favoriser la présence de la famille en salle de réanimation [2, 7, 8], cette façon de faire n'est pas courante dans bien des milieux [9].

En effet, en dépit de la recommandation de l'American Heart Association (AHA) d'offrir la possibilité à la famille d'être présente lors des manœuvres de réanimation [10], il semble que celle-ci soit exclue de la majorité des situations de soins se déroulant en

salle de réanimation [11-13]. De fait, seulement 5 % des milieux cliniques ont une politique écrite à ce sujet [14]. Cependant, depuis plusieurs années, certaines associations telles que l'Emergency Nurses Association (ENA) (depuis 1993) et le Royal College of Nursing (depuis 1995) [15] encouragent et appuient cette pratique. En cohérence avec cette recommandation, l'ENA propose un guide à l'intention des milieux de soins désirant implanter un protocole relatif à la présence de la famille en salle de réanimation [12].

Dans le but d'adopter une pratique en adhésion avec les données probantes et de répondre aux besoins des familles, l'urgence de l'Hôpital de Chicoutimi s'est dotée, en juin 2011, d'un protocole encadrant et favorisant la présence de la famille en salle de réanimation. Ce protocole est basé sur les lignes directrices de l'AHA [10] et de l'ENA [12].

En réponse à ce changement de pratique, il importe de s'interroger sur le vécu des infirmières quant à l'intégration de la famille du patient en salle de réanimation. À ce jour, plusieurs études ont rapporté l'opinion d'intervenants à ce sujet [14, 16-18]. Cependant, les infirmières questionnées dans ces recherches s'exprimaient tant à propos de leur vécu qu'à propos de leurs craintes — certaines n'ayant même jamais vécu réellement cette situation. Ce faisant, il est parfois difficile de différencier les idées préconçues et le vécu réel des intervenants. La présente étude visait donc à répondre à la question suivante : quel est le vécu des infirmières de l'urgence de l'Hôpital de Chicoutimi lorsqu'un membre de la famille est présent auprès du patient en salle de réanimation? La connaissance du vécu des infirmières s'avère essentielle afin de cibler les forces et les faiblesses de l'instauration de cette approche, et ce, afin d'en assurer la pérennité.

MÉTHODE

Devis

Cette recherche qualitative était basée sur l'approche phénoménologique descriptive. L'utilisation de la phénoménologie permet de décrire les impressions et les sentiments vécus face à l'expérimentation d'une situation donnée [19] afin d'exposer une description consciencieuse et approfondie du phénomène à l'étude et d'en dégager un savoir [20]. L'approche basée sur ce type de devis a permis de décrire en profondeur le vécu des infirmières lors de la présence d'un membre de la famille du patient en salle de réanimation.

Milieu et participants à l'étude

Cette recherche s'est déroulée à l'urgence de l'Hôpital de Chicoutimi du CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean, le centre de référence en traumatologie de la région. Ce centre est également l'un des centres du Québec regroupant le plus grand nombre de spécialités médicales [21]. Par conséquent, la clientèle y est très diversifiée, soit du nouveau-né à la personne âgée, et ce, dans divers domaines de soins tels que la psychiatrie, la gériatrie, l'orthopédie, etc. L'urgence de ce centre accueille environ 52 000 visiteurs chaque année. De ce nombre, 43 à 55 patients sont pris en charge en salle de réanimation sur une base hebdomadaire selon les rapports internes des assistantes-infirmières-chefs (moyenne des mois de mars à juin 2011 et 2019).

Un échantillon de convenance a été constitué en recrutant les infirmières qui répondaient aux critères d'inclusion au fur et à mesure qu'elles émettaient le désir de participer à la recherche [19]. Au total, huit infirmières ont été recrutées. Les participantes ont chacune vécu entre trois et cinquante situations impliquant la famille, cumulant environ 200 situations en présence d'un membre de la famille du patient en salle de réanimation.

Collecte et analyse des données

Dans un premier temps, un questionnaire sociodémographique a permis de dresser un portrait de l'échantillon (voir [tableau 1](#)).

Puis, afin de connaître le vécu des participantes, des entrevues semi-structurées audio enregistrées d'une durée de 30-45 minutes ont été effectuées, puis transcrites en verbatim [19, 22]. À l'aide du logiciel QDA-Miner, les données de ce projet de recherche ont ensuite été analysées selon les sept étapes de la méthode de Colaizzi [23].

Considérations éthiques

Cette recherche a respecté les règles éthiques relatives à la recherche sur des sujets humains [24]. Elle a reçu l'approbation des comités scientifique et éthique du CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean et du comité éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. Avant chaque entrevue, les participantes ont reçu l'information relative aux modalités de la recherche. Le formulaire de consentement leur a été lu et expliqué préalablement à leur signature. De plus, la confidentialité a été respectée tout au long de ce projet de recherche. Les participantes étaient libres de se retirer à n'importe quel moment sans justification. Une aide psychologique était également prévue advenant le cas où les participantes en éprouveraient le besoin.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Après avoir vécu diverses situations critiques de soins en présence d'un membre de la famille, les infirmières interrogées ont souligné les avantages à opter pour cette pratique, se sont questionnées face à leur habileté à intervenir auprès des familles, ont constaté la nécessité d'une période d'adaptation et, enfin, ont abordé les conditions pour favoriser le succès de cette nouvelle pratique [25]. Ces thèmes et sous-thèmes sont présentés ci-dessous. Le [tableau 2](#) en présente également un résumé.

Les avantages de la présence de la famille

Les avantages recensés par les infirmières semblent l'élément dominant des entrevues. Ces avantages se divisent en trois catégories : les avantages pour la famille, pour le patient et pour l'équipe soignante.

Les avantages pour la famille. Selon les participantes, la présence de la famille en salle de réanimation permet de répondre à leurs besoins de proximité, de se sentir rassurés, d'éprouver la certitude que tout a été fait et de faire confiance à

« Selon les participantes, la présence de la famille en salle de réanimation permet de répondre à leurs besoins de proximité, de se sentir rassurés... »

l'équipe de soins. En effet, une infirmière a affirmé : « Ils avaient une plus grande confiance du fait que là, ils nous voyaient travailler ». De plus, d'autres avantages ont été abordés pour la famille comme le fait d'être mieux informée de l'état du patient, de réaliser davantage l'état de la situation et de se sentir utile. « Moi, ce que je retiens en général c'est que quand on les fait venir, les membres de la famille, ils comprennent plus vite, ils comprennent mieux ce qu'on fait et ils sont moins en attente », a mentionné une autre participante.

Les avantages pour le patient. Les participantes ont également verbalisé sur le principal avantage pour les patients : obtenir du soutien. Une participante a affirmé : « Pour le patient, ça lui apporte vraiment beaucoup de savoir qu'il y a quelqu'un à côté de lui qu'il connaît ».

Les avantages pour l'équipe soignante. Les participantes ont identifié deux avantages pour l'équipe soignante : recevoir de l'aide et recevoir de la reconnaissance. En effet, une infirmière a mentionné : « Quand elle est présente, la famille est capable de nous dire merci et de reconnaître ce qu'on a fait ».

Par ailleurs, bien que les entretiens étaient dirigés vers le vécu des participantes, les infirmières ont spontanément exposé les avantages de cette pratique. Il est alors possible de penser à un biais de désirabilité sociale. En effet, cela a aussi été constaté chez des infirmières au sein de quatre autres recherches, deux études qualitatives descriptives [26, 27], une enquête [14], et une recherche phénoménologique [15]. Il serait alors plausible de conclure qu'un des éléments relatifs au vécu des infirmières en présence de la famille en salle de réanimation se rapporte au fait d'être sensibilisées aux divers avantages de cette pratique.

Les effets de la présence de la famille chez l'infirmière

Selon les participantes, la présence de la famille a de nombreux effets chez l'infirmière sur le plan des sentiments et émotions, des réactions psychologiques, des prises de conscience et des changements d'attitudes.

Sentiments et émotions. En ces circonstances, les infirmières sont amenées à ressentir de multiples émotions et sentiments. Il apparaît que la présence de la famille concède une certaine humanisation, transformant ainsi l'expérience vécue. Durant ces expériences, les infirmières mentionnent s'être senties touchées et tristes : « C'est sûr que pour moi, une famille qui est là, je suis plus sensible. Pis, tout de suite, c'est sûr que les émotions montent », a affirmé une participante. Les infirmières rencontrées se sont également senties mal à l'aise et impuissantes. À ce sujet, une infirmière a dit : « T'sais, t'as pas de bonne place à être, t'as pas de bons mots à dire, mais tu voudrais juste être petite sans trop prendre de place, mais en même temps, t'es en train de masser, t'as pas l'choix (...) ». Une participante a aussi témoigné de l'amplification de son sentiment d'empathie lorsque la famille

assiste aux soins dans ce contexte. Enfin, de manière unanime, les participantes ont éprouvé le sentiment d'avoir agi au mieux dans les différentes situations entraînant ainsi un sentiment de satisfaction : « Pis après ça, y'a le sentiment d'avoir accompli quelque chose », a souligné une participante.

Réactions psychologiques. La présence de la famille amène aussi de nouvelles réactions chez les infirmières telles que le fait d'être influencées par son vécu personnel, de vivre de la résurgence (c.-à-d. se remémorer d'anciens souvenirs) et de faire de la transposition. Par exemple, à ce sujet, une infirmière a dit : « Tu vas un peu plus vers eux autres (les membres de la famille) parce que ça pourrait nous arriver à tous ». D'autres réactions ont aussi été abordées comme le fait d'éprouver du détachement, de vouloir demeurer en contrôle de ses émotions, d'éprouver davantage de stress et de craindre des répercussions psychologiques. Sur ce dernier point, une participante a affirmé : « Ça me fait peur justement à cause que ça vient me chercher, pis que le fait qu'on est un peu laissées à nous-mêmes là-dedans, et qu'on n'a pas de support psychologique (...) ».

Tableau 1. Données sociodémographiques des participantes.

Caractéristiques	Nombre
Âge - Moyenne 32 ans	
23-28	3
29-34	2
35-40	3
Niveau scolarité	
Collégial	2
Universitaire	6
Années expérience infirmière - Moyenne 9 ans	
2-6	2
7-11	4
12-16	1
17-20	1
Années expérience infirmière à l'urgence - Moyenne 8 ans	
2-6	4
7-11	2
12-16	1
17-20	1
Statut emploi	
Temps partiel occasionnel	2
Temps partiel régulier	3
Temps complet	3

Prises de conscience. Selon les dires des participantes, la présence d'un membre de la famille entraîne différentes prises de conscience chez les infirmières. En effet, en cohérence avec plusieurs études [14, 17, 26], les participantes ont réalisé l'importance de favoriser la présence de la famille en salle de réanimation. «Je trouve que c'est bien, la famille a vraiment sa place», a affirmé une participante. D'ailleurs, le nombre de situations vécues impliquant la famille semble également influencer les infirmières. En effet, plus les infirmières vivent des situations en présence de la famille, plus elles y voient une expérience positive et en discernent les avantages [28]. Néanmoins, certaines participantes expérimentent aussi une certaine ambivalence entre leur volonté de favoriser la présence de la famille et leur appréhension vis-à-vis de possibles répercussions négatives. À ce sujet, une participante a dit : «J' pense que l'impact va être peut-être plus tard. Je ne sais pas si avoir cette image-là, c'est bien ou pas». Pourtant, il importe

de rappeler que trois recherches recensées à ce sujet soulignent une diminution du stress et de l'anxiété ressentis par les familles exposées aux soins en salle de réanimation ainsi qu'une absence de répercussion psychologique négative [29-31]. De plus, les participantes de l'étude ont constaté qu'une situation en salle de réanimation impliquait bien plus qu'un patient présentant un état de santé précaire, mais également une famille vivant une situation de crise. En effet, les infirmières disent voir dorénavant le patient comme une personne plutôt que comme un diagnostic ou un problème de santé à traiter : «Ce n'est pas juste un ordinateur que tu réanimés là, tu sais, c'est quand même une personne», a mentionné une participante. Enfin, elles ont aussi constaté que la famille a besoin d'être intégrée et qu'ultimement, la majorité des familles ont démontré un comportement adéquat lors de l'épisode de soins : «Je n'en ai pas de famille, moi, qui n'ont vraiment pas aimé ça ou qui ont mal réagi», a ajouté une autre infirmière.

Tableau 2. Thèmes et sous-thèmes

Premier thème	Deuxième thème
Avantages de la présence de la famille	Effets de la présence de la famille chez l'infirmière
<i>Avantages pour la famille</i>	<i>Sentiments et émotions</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Répondre à son besoin de proximité • Se sentir rassurée • Éprouver la certitude que tout a été fait • Faire confiance à l'équipe de soins • Être mieux informée de l'état du patient • Réaliser davantage l'état de la situation • Se sentir utile 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sentir touchée • Éprouver de la tristesse • Ressentir un malaise • Ressentir de l'impuissance • Ressentir de la satisfaction
<i>Avantages pour le patient</i>	<i>Réactions psychologiques</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Recevoir du soutien au patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Être influencée par son vécu personnel • Vivre de la résurgence • Faire de la transposition • Éprouver du détachement • Demeurer en contrôle de ses émotions • Éprouver davantage de stress • Craindre des répercussions psychologiques
<i>Avantages pour l'équipe soignante</i>	<i>Prises de conscience</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Recevoir de l'aide • Recevoir de la reconnaissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Croire en l'importance de la présence de la famille • Douter des bénéfices de la présence en toute circonstance • Réaliser que le patient est une personne • Concevoir que la famille vit une situation difficile • Sentir que la famille éprouve des besoins • Constater que la famille a besoin d'être intégrée • Constater que la famille a un comportement adéquat
Troisième thème	Changements d'attitude
Période d'adaptation nécessaire	
<i>Demande du temps</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Être moins naturelle • Être plus sérieuse • Démontrer davantage de respect • Redoubler d'efforts
<i>Questionnements face aux habiletés à intervenir auprès de la famille</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Constater que certaines réussissent mieux que d'autres • S'inquiéter de ne pas agir correctement • Éprouver un besoin de formation 	
Quatrième thème	
Conditions de succès	
<i>Évaluation de chaque situation</i>	
<i>Infirmière responsable d'accompagner la famille</i>	
<i>Adoption d'une vision commune par tous les intervenants</i>	
<i>Espace suffisant pour accueillir la famille</i>	

Changements d'attitudes. Les entrevues ont révélé que les participantes modifiaient leurs attitudes lorsque la famille était présente. En effet, une infirmière a mentionné avoir le sentiment d'agir moins naturellement et d'être plus sérieuse : « C'est sûr qu'on n'a pas le même comportement non plus avec une famille en salle de réanimation là (...) ». Les participants ont aussi mentionné démontrer plus de respect envers l'intimité du patient et redoubler d'efforts lors de la présence de la famille en salle de réanimation : « C'est vrai qu'on a tendance encore à plus prendre soin de la personne plutôt que faire juste ton travail (...) », a mentionné une infirmière.

Une période d'adaptation nécessaire

Demande du temps. Dans une perspective de changement de pratique, il s'avère justifié qu'une période d'adaptation soit nécessaire aux infirmières. Lors des entrevues, les participantes ont rapporté le fait que cette pratique demande du temps avant qu'elle soit bien intégrée dans leur routine de soins : « On voit de plus en plus de points positifs face à ça parce qu'on les intègre de plus en plus », a mentionné l'une d'entre elles. Par ailleurs, les participantes ont verbalisé que l'adaptation se réalise entre autres grâce à l'expérimentation de plusieurs situations en présence de la famille. En effet, les infirmières ayant à leur actif un plus grand nombre de situations impliquant la famille intègrent plus aisément cette pratique. En outre, les participantes supposent que plus elles vivront ces situations, plus elles s'y sentiront à l'aise, comme le suggèrent également les participantes de l'étude de Miller et Stiles [15].

« Les résultats exposés dans la présente étude appuient la pertinence de maintenir et de soutenir cette pratique. »

Questionnement face aux habiletés. La présence de la famille suscite un questionnement face aux habiletés des infirmières à intervenir auprès des familles. Ce questionnement se traduit notamment par le fait que les participantes croient que les infirmières expérimentées ont plus de facilité que les infirmières débutantes : « Je trouve que plus le personnel a de l'expérience en salle de réanimation, plus ils sont à l'aise avec la famille », a indiqué une participante. D'autres ont témoigné une crainte de ne pas agir adéquatement dans la situation, tandis que certaines croient qu'elles n'ont pas suffisamment parlé et interagi avec la famille lorsqu'elle était présente. En réponse à ces ressentis, des participantes ont exprimé un besoin de formation. Ainsi, bien qu'elles aient reçu une formation préalable à l'implantation de cette pratique, les infirmières ayant peu vécu de situations

en présence des familles ont présenté un grand besoin de formation.

Les conditions de succès

Évaluation de chaque situation. Afin d'assurer l'intégration favorable d'une telle pratique, des conditions de succès ont été identifiées par les participantes, dont une évaluation préalable à l'inclusion de la famille en salle de réanimation. Pour ce faire, elles affirment prendre en considération l'état du patient, les soins à effectuer, la situation globale et l'aisance de l'équipe à inclure un membre de la famille. « Moi, je pense que c'est du cas par cas », a affirmé une participante. De plus, elles affirment être plus à l'aise avec la famille lors de situations où elles sont plus familières avec les soins à effectuer. En effet, une participante a dit : « Je pense que dans des gros cas critiques, c'est plus difficile d'avoir la famille dans la salle de réanimation. C'est peut-être parce qu'on n'est pas habitué, on l'a toujours fait quand la famille n'était pas là, on s'est habitué à ça ».

Infirmière responsable de l'accompagnement de la famille.

Certaines participantes ont exprimé l'importance d'une personne attirée pour accompagner la famille lors de ces situations. Cette personne compétente peut ainsi assurer un rôle de soutien pour la famille, alors que les membres de l'équipe soignante se concentrent exclusivement sur les soins à donner au patient. « Mais c'est pour ça que c'est bien d'avoir une personne-ressource qui reste avec la famille, et qui lui explique. Comme ça, les autres peuvent faire leur job », a affirmé une infirmière.

Adoption d'une vision commune.

Les participantes indiquent que pour assurer la continuité de cette pratique, il importe que tous les intervenants soient ralliés et adoptent une même ligne de conduite. À ce sujet, une participante a mentionné : « J'trouve aussi que des fois ça dépend avec quel médecin on travaille. Y'a des médecins qui sont plus ouverts à ça, y'a des médecins qui sont moins ouverts (...) donc ça, c'est dur ».

Espace suffisant pour accueillir la famille.

Les participantes sont d'avis que l'équipe soignante doit pouvoir bénéficier d'un espace suffisant afin d'intervenir comme il se doit auprès du patient tout en s'assurant que la famille puisse également y trouver sa place.

LIMITES

Au moment de la réalisation de cette étude, l'étudiante-chercheuse travaillait comme infirmière et occupait un poste d'assistante-infirmière-chef dans le milieu où s'est déroulée la recherche. De ce fait, elle connaissait bien les participantes, ce qui peut avoir influencé le déroulement des entrevues. Ainsi, les participantes se sont peut-être senties gênées d'exprimer le fond de leur pensée devant une collègue, bien qu'il y ait eu un engagement à la confidentialité. D'un autre côté, puisqu'un lien de confiance était déjà présent, il se peut également que les participantes aient verbalisé davantage. Toutefois, la diversité ▶

des résultats suggère que les participantes ont parlé librement de leur vécu en verbalisant leurs craintes, leurs réticences et leurs multiples émotions et sentiments. La petite taille de l'échantillon représente également une limite. Cependant, la diversité de celui-ci se veut un atout dans la profondeur de la description du phénomène. En effet, l'échantillon est constitué de participantes ayant une grande différence d'âge, d'années d'expérience et de nombreuses situations vécues impliquant la famille.

IMPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES D'URGENCE

Les résultats présentés mettent en lumière ce que les infirmières d'urgence peuvent vivre lors de la présence d'un membre de la famille du patient en salle de réanimation. Les résultats réitèrent l'importance d'offrir le choix à la famille d'être présente. Par ailleurs, il ressort un besoin de formation des infirmières en matière d'approche à la famille en situation de crise, de même que la nécessité d'une période d'adaptation lors de l'implantation de ce changement de pratique.

Les résultats exposés dans la présente étude appuient la pertinence de maintenir et de soutenir cette pratique. D'une part, les infirmières en rapportent les nombreux avantages. D'autre part, bien que les conditions ne semblent pas perçues comme étant toujours favorables à la présence de la famille, cette dernière est tout de même invitée en salle de réanimation, puisque les infirmières croient en l'importance de la présence de la famille, d'autant plus que celle-ci ne nuit pas au déroulement des soins.

CONCLUSION

En somme, la présence d'un membre de la famille du patient en salle de réanimation représente un changement de paradigme et constitue, encore à ce jour, une approche controversée. Par ailleurs, bien que le protocole mis en place à l'urgence de l'Hôpital de Chicoutimi stipule qu'une personne-ressource doit en tout temps accompagner la famille, il arrive fréquemment qu'aucune infirmière ne soit disponible. Alors que les lignes directrices insistent sur l'importance de cette personne-ressource, qu'en est-il lorsqu'il n'y en a pas? La famille en tire-t-elle les mêmes avantages et les mêmes retombées psychologiques positives? Pour les recherches futures, il s'avérerait nécessaire d'évaluer les retombées psychologiques chez les familles ayant été présentes en salle de réanimation alors qu'elles ne bénéficiaient pas de personne-ressource. ■



Les auteures

Dominique Labbé, inf., Ph. D. (cand.)
Université du Québec à Chicoutimi



Suzanne Aucoin, Ph. D.

Université du Québec à Chicoutimi

RÉFÉRENCES

- [1] Eggenberger SK, Nelms TP. *Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness*. J Clin Nurs. 2007; 16(9):1618–1628.
- [2] Leske JS, McAndrew N, Brasel KJ, Feetham S. *Family presence during resuscitation after trauma*. J Trauma Nurs. 2017; 24(2):85–96.
- [3] Stayt LC. *Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units*. J Adv Nurs. 2007; 57(6):623–630.
- [4] Stayt LC. *Death, empathy and self preservation: The emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care*. J Clin Nurs. 2009; 18(9):1267–1275.
- [5] Leske JS, Brasel K. *Effects of family-witnessed resuscitation after trauma prior to hospitalization*. J Trauma Nurs. 2010; 17(1):11–18.
- [6] Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. *Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions*. Heart Lung. 2007; 36(5):367–376.
- [7] Stillo S, Delaney JS. *Should family members witness cardiopulmonary resuscitation?* Can J Emerg Med. 2014; 16(6):497–501.
- [8] O'Connell K, Fritzen J. *Family presence during trauma resuscitation: Family members' attitudes, behaviors, and experiences*. Am J Crit Care. 2017; 26(3):229–239.
- [9] Axelsson AB, Fridlund B, Moons P, Märtensson J, Reimer WS, Smith K, et al. *European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room*. Eur Journal Cardiovasc Nurs. 2010; 9(1):15–23.
- [10] Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, et al. *Part 3: Ethics: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care*. Circulation. 2010; 122 (18, Suppl 3):665–675.
- [11] Fallis WM, McClement S, Pereira A. *Family presence during resuscitation: A survey of Canadian critical care nurses' practices and perceptions*. Dynamics. 2008; 19(3):22–28.
- [12] ENA. *Presenting the option for family presence*. 3 ed. Des Plaines, IL : Emergency Nurses Association; 2007. 108 p.
- [13] MacLean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA, et al. *Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: Practices of critical care and emergency nurses*. Am J Crit Care. 2003; 12(3):246–257.
- [14] Mian P, Warchal S, Whitney S, Fitzmaurice J, Tancredi D. *Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation*. Crit Care Nurse. 2007; 27(1):52–61.
- [15] Miller JH, Stiles A. *Family presence during resuscitation and invasive procedures: The nurse experience*. Qual Health Res. 2009; 19(10):1431–1442.
- [16] Helmer SD, Smith RS, Dort JM, Shapiro WM, Katan BS. *Family presence during trauma resuscitation: A survey of AAST and ENA members*. J Trauma. 2000; 48(6):1015–1024.
- [17] Knott A, Kee CC. *Nurses' beliefs about family presence during resuscitation*. Appl Nurs Res. 2005; 18(4):192–198.
- [18] McClement SE, Fallis WM, Pereira A. *Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives*. J Nurs Scholar. 2009; 41(3):233–240.
- [19] Loisel CG, Profetto-McGrath J, Polit DF, Beck CT. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. 2 ed. Saint-Laurent, Qc Éditions du Renouveau pédagogique; 2007. 591 p.
- [20] Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 3 ed. Iowa, USA Wiley-Blackwell; 2010.
- [21] CSSSC. *Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, Soins et services : Les équipes médicales Chicoutimi, Canada ; 2017*. Repéré à : <http://cssschicoutimi.securdev.com/Plandusite/tabid/3789/language/en-US/Default.aspx>.
- [22] Lopez KA, Willis D G. *Descriptive versus interpretative phenomenology: Their contributions to nursing knowledge*. Qual Health Res. 2004; 14(5):726–735.
- [23] Colaizzi PF. *Psychological research as the phenomenologist views it*. In: Valle RS, King M, editors. *Existential-Phenomenological Alternatives for psychology*. New York City, New York : Oxford University Press; 1978. p. 48–71.
- [24] UQAC. *Comité d'éthique de la recherche, Chicoutimi, Canada : Université du Québec à Chicoutimi ; 2006*. Repéré à : http://www.uqac.ca/direction_services/secretariat_general/cd.php
- [25] Labbé D. *Exploration du vécu des infirmières de l'urgence du CSSS de Chicoutimi en présence d'un membre de la famille du patient en salle de stabilisation [Mémoire]*. Chicoutimi, QC : Université du Québec à Chicoutimi; 2012.
- [26] Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE, Clark AP, Klein JD, Taliaferro E, et al. *Family presence during invasive procedures and resuscitation*. Am J Nurs. 2000; 100 (2):32–43.
- [27] Lowry E. *"It's just what we do": A qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol*. J Emerg Nurs. 2012; 38(4):329–334.
- [28] Feagan LM, Fisher NJ. *The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation*. J Emerg Nurs. 2011; 37(3):231–239.
- [29] Pasquale MA, Pasquale MD, Baga L, Eid S, Leske J. *Family presence during trauma resuscitation: Ready for primetime?* J trauma. 2010; 69(5):1092–1100.
- [30] Robinson S, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson G, Eggleston C, Provost A. *Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives*. Lancet. 1998; 352 (22):614–617.
- [31] Soleimanpour H, Tabrizi JS, Jafari Rouhi A, Golzari SE, Mahmoodpoor A, Mehdizadeh Esfajani R, et al. *Psychological effects on patient's relatives regarding their presence during resuscitation*. J Cardiovasc Thorac Res. 2017; 9(2):113–117.