

**POLITIQUES DE VISITE EN MILIEU HOSPITALIER : IMPACTS SUR L'EXPÉRIENCE VÉCUE PAR LES
PATIENTS, LEURS PROCHES ET LE PERSONNEL HOSPITALIER**

**Revue de la littérature
02-16**

Bureau d'expertise en expérience patient (BEEP)

Novembre 2016

**POLITIQUES DE VISITE EN MILIEU HOSPITALIER : IMPACTS SUR L'EXPÉRIENCE VÉCUE PAR LES
PATIENTS, LEURS PROCHES ET LE PERSONNEL HOSPITALIER**

Revue de la littérature 02-16

préparée par

Lynda Bélanger, Ph.D.
Sylvain Bussièrès, Ph.D.
Martin Coulombe, M.Sc., M.A.P.
Marie Desmartis, M.A.
François Rainville, M.A.

CHU de Québec-Université Laval

Novembre 2016

Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques (DEQEPAJ)

www.chuq.qc.ca/fr/evaluation

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par le Bureau d'expertise en expérience patient (BEEP) du CHU de Québec-Université Laval.

SECRETARIAT ET MISE EN PAGE

Francine Daudelin, technicienne en administration, module Évaluation et expérience patient, DEQEPAJ

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité du BEEP, s'adresser à :

Bureau d'expertise en expérience patient
Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval
10, rue de l'Espinay
Québec (Québec) G1L 3L5
Téléphone : 418 525-4444 poste 54682
Courriel : francine.daudelin@chuq.qc.ca

Comment citer ce document :

Bureau d'expertise en expérience patient du CHU de Québec-Université Laval. Politiques de visite en milieu hospitalier: impacts sur les patients, leurs proches et le personnel hospitalier, revue de la littérature préparée par Lynda Bélanger, Sylvain Bussièrès, Martin Coulombe, Marie Desmartis et François Rainville (BEEP 02-16) Québec, 2016, x-32 p.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Les photos et images utilisées dans ce document sont libres de droits d'auteur.

Copyright © 2016 BEEP - CHU de Québec-Université Laval.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée.

REMERCIEMENTS

Le Bureau d'expertise en expérience patient (BEEP) du CHU de Québec-Université Laval remercie les personnes suivantes qui ont collaboré à la préparation de cette revue de la littérature en apportant leur expertise et leur point de vue.

M. Normand Dufour, chef d'unité, unité des soins intensifs, L'HDQ, Direction clientèle – Soins intensifs, traumatologie et neurosciences

M^{me} Julie Girard, adjointe au directeur, Direction des services professionnels (fonction occupée au moment de la révision du rapport)

M^{me} Jolène Provost, conseillère en soins spécialisés, Direction des soins infirmiers

M^{me} Michèle Ricard, adjointe au directeur, DEQEPAJ

M. Serge Turcotte, adjoint à la directrice, Direction des services multidisciplinaires

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement du BEEP.

AVANT-PROPOS

Le Bureau d'expertise en expérience patient (BEEP) du CHU de Québec-Université Laval a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs, les directions clientèles, les directions transversales, les équipes cliniques et les équipes d'amélioration continue de la qualité afin d'améliorer l'expérience de soins vécue par les patients tout au long de leur trajectoire de soins dans l'établissement.

Au CHU de Québec-Université Laval, l'expérience patient est définie comme étant « l'ensemble des perceptions, des interactions cliniques et non cliniques et des faits vécus par les patients et leurs proches tout au long de leur trajectoire de soins et de services ». Cette définition a été adaptée de la définition proposée par le *Beryl Institute*, une communauté de recherche et de pratique dédiée à l'amélioration de l'expérience patient^a. Le cadre théorique de l'évaluation de l'expérience vécue durant la trajectoire de soins et de services prend en considération huit dimensions de l'expérience de soins, basées sur le modèle des soins centrés sur le patient et ses proches^b. Ces huit dimensions sont:

- L'accès aux soins ;
- Le respect des valeurs, préférences et besoins des patients (incluant l'implication dans les décisions, l'écoute, la courtoisie) ;
- La coordination des soins à travers les différents services ;
- L'information, l'éducation et la communication avec les professionnels ;
- Le confort physique (incluant la tranquillité, la propreté, la sécurité et le soulagement de la douleur) ;
- Le soutien émotionnel ;
- L'implication de la famille et des proches ;
- La transition et la continuité des soins.

L'ÉQUIPE DU BEEP

M^{me} Lynda Bélanger, psychologue, responsable du BEEP, DEQEPAJ

M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation et expérience patient, DEQEPAJ

M^{me} Francine Daudelin, technicienne en administration – module Évaluation et expérience patient, DEQEPAJ

M^{me} Marie Desmartis, agente de recherche au BEEP, DEQEPAJ

Ce document présente une synthèse des informations répertoriées au 2 novembre 2016 selon la méthodologie de recherche documentaire décrite en annexe. Ces informations ne remplacent pas le jugement des décideurs, qu'ils soient cliniques ou administratifs. Elles ne constituent pas une approbation ou un désaveu des pratiques ou des politiques en cause.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CHU de Québec-Université Laval, de son personnel et de ses professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs et le CHU de Québec-Université Laval ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

^a The Beryl Institute. The state of patient experience in American hospitals 2013: positive trends and opportunities for the future.

^b Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco T. *Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993.

SOMMAIRE

Malgré les défis que représente l'implantation de politiques de visite plus flexibles, plusieurs organisations du milieu de la santé, dont l'*Institute for Patient and Family Centered Care* (IPFCC) et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), recommandent d'adopter des politiques de visite plus flexibles, centrées sur les besoins des patients et de leurs proches. Ces organismes poursuivent l'objectif global de promouvoir l'adoption de l'approche de soins basée sur le partenariat avec les patients et leurs proches. L'une des étapes essentielles de ce changement de culture est l'ouverture à la présence et à l'implication des proches dans les soins au patient. Leurs recommandations reposent entre autres sur des données issues d'études ayant évalué les impacts de différents types de politiques de visite sur plusieurs aspects de la prestation des soins. Afin d'alimenter et de guider la réflexion organisationnelle sur de possibles changements au niveau des politiques de visite au CHU de Québec-Université Laval, le Bureau d'expertise en expérience patient (BEEP) a réalisé une revue de la littérature portant spécifiquement sur les avantages et les inconvénients des politiques de visites flexibles perçus par les patients et leurs proches ainsi que par le personnel. Les résultats de la revue de la littérature ainsi que des recommandations pour l'implantation de politiques de visite plus flexibles sont présentés dans ce rapport.

En résumé, les résultats des études révisées suggèrent que les politiques de visite flexibles seraient associées à une plus grande satisfaction envers les soins reçus, à plusieurs bénéfices pour les patients et leurs proches et, bien que les résultats sur ce point soient plus mitigés, à des bénéfices pour les membres du personnel également. De plus, la flexibilité des horaires de visite ne serait pas associée à une augmentation des risques d'infections nosocomiales ou à des complications septiques dans les unités de soins intensifs, où la majorité des études répertoriées ont été réalisées. Néanmoins, les auteurs des documents consultés recommandent aussi de tenir compte des contextes spécifiques aux différentes unités de soins lors de l'implantation de nouvelles politiques sur les horaires de visite. Ils font aussi remarquer que changer les politiques de visite n'est pas une tâche simple. Parmi les soignants, certains voient la présence des familles ou des proches auprès des patients comme pouvant représenter un obstacle à l'administration des soins et une cause d'augmentation de leur charge de travail. En réponse à ces résistances, plusieurs auteurs font ressortir l'importance de préparer le personnel soignant adéquatement et de le soutenir dans le processus de changement de politique de visite pour assurer son succès.

Constats issus de la présente revue de la littérature

- Des guides de pratiques et énoncés de position d'organisations reconnues du milieu de la santé (par exemple la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé) recommandent de réévaluer les politiques de visite restrictives et d'adopter des politiques plus flexibles, centrées sur les besoins des patients et favorisant la présence des proches ou de la famille auprès du patient. Elles s'appuient sur les données probantes, portant toutefois majoritairement sur les soins intensifs, qui suggèrent que la mise en place d'horaires de visite moins restrictifs est associée à une plus grande satisfaction et à plusieurs bienfaits pour les patients, leurs proches ou leurs visiteurs.
- Malgré le consensus sur la nécessité de réviser les politiques de visite restrictives, certains auteurs soulignent que les politiques devraient tenir compte des contextes spécifiques aux différentes unités de soins. Si l'ouverture à la présence de proches significatifs sans restriction est souhaitée dans les unités de soins intensifs, le principal contexte de soins étudié dans la littérature jusqu'à présent, des restrictions souhaitées par les patients ont été rapportées dans d'autres contextes de soins. Des politiques de visite comprenant des lignes directrices adaptables selon les situations, permettant par exemple des périodes de tranquillité pendant lesquelles les proches sont appelés à se retirer ou à être plus discrets, peuvent être davantage en mesure de répondre aux besoins des patients, de leurs proches et des membres du personnel qu'une politique sans aucune balise.
- Selon certains auteurs, l'implantation de politiques de visite moins restrictives et plus flexibles représente un défi non négligeable. En effet, même si certains bienfaits des politiques de visite ouvertes ou plus flexibles ont été relevés pour le personnel soignant, certains voient dans ces politiques plus flexibles un obstacle à l'administration des soins et une cause d'augmentation de leur charge de travail. Il est donc indispensable de former et de soutenir le personnel soignant tout au long du processus d'implantation de politiques plus flexibles.
- Pour s'assurer qu'une nouvelle politique de visite tienne compte des préférences des patients, des différents contextes de soins et types de clientèles, plusieurs auteurs proposent d'inclure toutes les parties prenantes (gestionnaires, membres des équipes de soins, patients et leurs proches) dans un processus rigoureux de révision des politiques de visite.

Situation actuelle au CHU de Québec-Université Laval concernant les politiques de visite et les politiques concernant les proches-aidants

- L'information concernant tous les aspects de la politique et du règlement présentement en vigueur n'est pas facilement accessible aux patients et à leurs proches, que ce soit sur le site Internet de l'établissement, dans la documentation remise aux personnes hospitalisées ou encore par l'entremise de l'information verbale donnée par le personnel. Bien que les politiques concernant les horaires de visite pour les visiteurs soient clairement décrites sur le nouveau site internet, la distinction entre la notion de visiteur et celle de proche significatif ou aidant, ainsi que les politiques différentes pour l'un ou l'autre ne sont pas toujours claires. Ainsi, l'information concernant la possibilité pour le proche aidant de demeurer au chevet à différents moments en dehors de ces horaires précis n'est pas claire. Par ailleurs, certaines unités sont plus flexibles en ce qui concerne la possibilité pour les proches aidants de demeurer au chevet du patient. Toutefois, la plupart du temps, l'information est transmise verbalement au proche aidant et peut varier d'un membre du personnel à l'autre. Ceci peut engendrer de la confusion, de la frustration et des situations de tension et de conflits entre les membres du personnel, les proches aidants et les autres visiteurs.
- Les politiques sur les horaires de visite ne sont pas uniformisées entre les cinq hôpitaux du CHU de Québec-Université Laval.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AACN	<i>American Association of Critical-Care Nurses</i>
ACCM	<i>American College of Critical Care Medicine</i>
AHRQ	<i>Agency of Health Care Research and Quality</i>
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
ECR	Essai clinique randomisé
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
HEJ	Hôpital de l'Enfant-Jésus
HSFA	Hôpital Saint-François d'Assise
HSS	Hôpital du Saint-Sacrement
IPFCC	<i>Institute for Patient- and Family-Centered Care</i> (Institut pour des soins centrés sur le patient et la famille)
L'HDQ	L'Hôtel-Dieu de Québec
N/A	Ne s'applique pas ou non disponible
RS	Revue systématique
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère

LISTE DES DÉFINITIONS

Politique de visite restrictive	Accueil des proches régi par des règles générales et prédéfinies par l'établissement en ce qui a trait au moment, à la durée ainsi qu'au nombre de proches qui peuvent être présents en même temps.
Politique de visite ouverte	Accueil des proches à n'importe quel moment et pour n'importe quelle durée.
Politique de visite flexible	Accueil des proches selon des horaires comportant quelques restrictions qui peuvent être adaptées selon les circonstances, les besoins et les préférences des patients et de leurs proches.
Politique de visite dirigée par le patient	Accueil des proches sans restriction, hormis celles établies par le patient (ou par un proche désigné lorsque le patient n'a pas la capacité). Dans ce modèle, il est proposé qu'un membre du personnel et le patient identifient, au moment de l'admission, les proches aidants. Un membre du personnel discute avec les proches de la nécessité d'équilibrer les visites avec les périodes de repos et les sensibilise au sujet de leurs responsabilités, soit de maintenir un environnement calme et propice à la guérison ainsi qu'au sujet des mesures de prévention des infections appropriées telles que le lavage des mains avant et après la visite.
Proche aidant	Dans le présent rapport, toute personne significative (conjoint, parent, enfant, autre membre de la famille ou toute autre personne clairement identifiée auprès du personnel soignant) qui se présente auprès de l'usager pour l'accompagner, le soutenir dans ses activités, dans ses soins et le divertir est considérée être un proche aidant.
Visiteur	Dans le présent rapport, toute personne se présentant pour une courte période auprès de l'usager sans nécessairement le soutenir dans ses activités et ses soins est considérée être un visiteur.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	IV
AVANT-PROPOS.....	V
SOMMAIRE	VI
CONSTATS PRINCIPAUX.....	VII
Liste des abréviations et des sigles	VIII
Liste des définitions.....	IX
1. INTRODUCTION.....	1
2. QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	2
3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION.....	3
3.1 Recherche documentaire.....	3
3.2 Sélection et évaluation de l'éligibilité des publications.....	3
3.3 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données.....	3
3.4 Révision.....	3
4. RÉSULTATS.....	5
4.1 Impacts des politiques de visite sur les patients, les proches et le personnel soignant en termes de satisfaction et d'impacts physiques et psychologiques.....	5
4.2 Politiques de visites et risques d'infection.....	16
4.3 Recommandations issues des guides de pratique et énoncés de position concernant les politiques de visite.....	18
4.4 Appréciation des données issues des documents de synthèse, des guides de pratique et des études primaires concernant les risques d'infection.....	19
5. DISCUSSION.....	20
6. RECOMMANDATIONS.....	23
7. CONCLUSION	25
RÉFÉRENCES.....	31

1. INTRODUCTION

Plusieurs types de politiques de visite sont en vigueur dans les centres hospitaliers au Canada et ailleurs dans le monde, allant de la politique ouverte, c'est-à-dire permettant la présence d'un ou de plusieurs proches en tout temps, à la politique très restrictive, ne permettant la présence d'un proche que quelques minutes par heure. Dans l'ensemble, en Amérique du Nord, les politiques restrictives sont encore les plus courantes [1]. Historiquement, les visites aux patients ont été restreintes dans une logique d'établissement de l'ordre, de l'organisation du travail ou de prévention des infections, par exemple lors des épidémies liées au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) [2, 3]. Selon cette approche restrictive, plusieurs aspects négatifs seraient associés à la présence des visiteurs. Ainsi, ces derniers sont perçus comme pouvant être dérangeants, bruyants, prenant de l'espace, propageant les infections, exigeant du temps aux membres du personnel et pouvant même entraver les soins [4]. Toutefois, les règles strictes qui régissent les horaires de visite sont maintenant de plus en plus questionnées. Selon certains auteurs et organismes reconnus faisant la promotion de la qualité des services de santé, dont la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) et l'*Institute for patient and family centered care* (IPFCC; Institut pour les soins centrés sur le patient et sa famille), plusieurs politiques de visite en vigueur dans les centres hospitaliers sont indûment restrictives et sont associées à plusieurs effets délétères pour les patients et leurs proches [5-7]. De plus, selon certaines études, ces restrictions seraient surtout basées sur des mythes, des suppositions ou des précédents organisationnels plutôt que sur des données probantes [3, 8]. Enfin, certains auteurs font ressortir que des politiques de visite basées sur les données probantes, clairement énoncées et diffusées auprès des patients, de leurs proches et des membres du personnel, permettraient de limiter les décisions arbitraires faites par le personnel soignant en ce qui a trait aux droits de visite et permettraient possiblement de dissiper certains mythes [4].

En 2009, l'IPFCC a mis sur pied un groupe de travail composé de dirigeants d'établissements de santé, de soignants, de patients et de proches ou de visiteurs, mandaté pour développer des lignes directrices dans l'optique de changer les politiques et les pratiques concernant les horaires de visite pour les proches et les visiteurs dans les hôpitaux. La campagne *Better Together* (Meilleurs ensemble) a par la suite été lancée à travers l'Amérique du Nord. Cette campagne, soutenue par une coalition d'importantes organisations canadiennes, exhorte les hôpitaux à adopter des politiques de visite ouvertes et centrées sur les besoins du patient et de ses proches en permettant aux patients de désigner des proches qui peuvent rester à leurs côtés 24 heures sur 24, sept jours sur sept s'ils le désirent. En 2014, la FCASS a emboîté le pas et encourage maintenant les hôpitaux canadiens à souscrire à cette campagne et à amorcer le processus de révision de leurs politiques de visite. Dans cette foulée, la FCASS encourage également les hôpitaux à réviser leur conception du rôle des proches et à les considérer non pas comme des visiteurs mais bien comme des partenaires dans les soins [9].

Le CHU de Québec-Université Laval a fait de l'expérience patient la première orientation de sa planification stratégique de 2014-2020, en mettant l'emphase sur l'humanisation de l'expérience de soins: « *Faire vivre à nos patients, partenaires de leurs soins et services, et à leurs proches, une expérience empreinte d'humanisme, centrée sur leurs besoins spécifiques et respectueuse de leurs attentes* ». Six objectifs spécifiques ont été retenus en lien avec cette orientation, dont deux visant directement l'accroissement de l'implication des proches auprès du patient, que ce soit au niveau de la prise de décisions ou dans les soins prodigués au patient. Or, l'atteinte de ces objectifs requiert entre autres une plus grande ouverture du personnel et de la direction de l'établissement envers la présence des proches. Par conséquent, le Comité de direction du CHU de Québec-Université Laval se questionne sur la pertinence de réviser ses politiques de visite afin de les rendre plus flexibles pour les proches significatifs désignés par le patient ainsi que sur les impacts associés aux horaires de visite flexibles. Le Directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques (DEQEPAJ) a demandé au Bureau d'expertise en expérience patient (BEEP) de réaliser une revue de la littérature portant sur les impacts de différentes politiques de visite en milieu hospitalier perçus par les patients, leurs proches et les membres du personnel

2. QUESTIONS D'ÉVALUATION

Trois questions d'évaluation ont été formulées pour mieux circonscrire quelles informations seraient recherchées:

- Quels sont les impacts (satisfaction, impacts physiques et psychologiques) des politiques de visite ouvertes ou flexibles perçus par les patients et leurs proches ?
- Quels sont les impacts des politiques de visite ouvertes ou flexibles perçus par les infirmières et autres professionnels de la santé sur leur travail ?
- Quels sont les risques, en particulier les risques d'infections nosocomiales, associés aux politiques de visite ouvertes ou flexibles ?

3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

Puisque plusieurs revues systématiques et guides de pratique portant sur les politiques de visite ont été publiés depuis 2005, la présente synthèse des connaissances s'est limitée à l'examen de ce type de documents.

3.1 Recherche documentaire

Le tableau 1 présente les critères d'éligibilité, les limites et les indicateurs définis a priori pour réaliser la recherche documentaire en lien avec les questions d'évaluation. Une recension des publications scientifiques a été réalisée à partir des bases de données indexées dans Medline (PubMed) et *Cumulative index to nursing and allied health literature* (CINAHL) afin d'identifier les études de synthèse, avec ou sans méta-analyse, de même que les guides de pratique fondés sur des données probantes. Les bibliographies des articles pertinents ont été examinées pour relever d'autres références d'intérêt. Les stratégies de recherche qui ont été utilisées sont présentées à l'Annexe 1.

3.2 Sélection et évaluation de l'éligibilité des publications

La sélection des études a été faite de manière indépendante par deux évaluateurs (M.D. et S.B.) selon les critères d'inclusion et les limites spécifiés au tableau 1. En cas de désaccord, l'avis d'un troisième évaluateur (L.B.) était sollicité afin de parvenir à un consensus.

3.3 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données

La qualité des publications a été évaluée de manière indépendante par deux évaluateurs (S.B. et M.D.). L'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques et des guides de pratique a été réalisée à l'aide des grilles R-AMSTAR [10] et AGREE-II [11], respectivement. L'avis d'un troisième évaluateur (L.B.) a été sollicité lors de désaccords sur l'appréciation de la qualité afin de parvenir à un consensus. L'extraction des données a été faite par un évaluateur (M.D.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet et a été validée par un second évaluateur (S.B.). Une brève description des études retenues est présentée aux tableaux 2 et 3.

3.4 Révision

Le présent rapport a été soumis en révision à des représentants de la Direction des services professionnels, de la Direction des soins infirmiers, de la Direction des services multidisciplinaires, de la Direction clientèle – Soins intensifs, traumatologie et neurosciences ainsi que de la DEQEPAJ (voir page iv).

Tableau 1. Critères d'éligibilité et limites

CRITÈRES D'INCLUSION	
Population	Patients hospitalisés (adultes ou enfants)
Intervention	Visite d'un patient selon une politique de visite flexible ou ouverte
Comparateur	Visite d'un patient selon une politique de visite restrictive
Résultats	<p>Indicateurs d'efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction des patients et de leurs proches - Impact psychologique perçu par le patient (p. ex., anxiété, dépression, détresse psychologique) - Impact physiologique sur le patient (p. ex., rythme cardiaque) - Impact sur le travail et la satisfaction du personnel soignant <p>Indicateur d'innocuité</p> <ul style="list-style-type: none"> -Risques d'infection nosocomiale associés à la visite des proches
Types de documents hiérarchisés en fonction de la force du devis	Revue systématique (RS), guides de pratique fondés sur des données probantes
LIMITES	CRITÈRES D'EXCLUSION
<ul style="list-style-type: none"> • Langue : français et anglais • Période : 01-01-2005 au 02-11-2016 	Tout article autre que les revues systématiques ou les guides de pratique

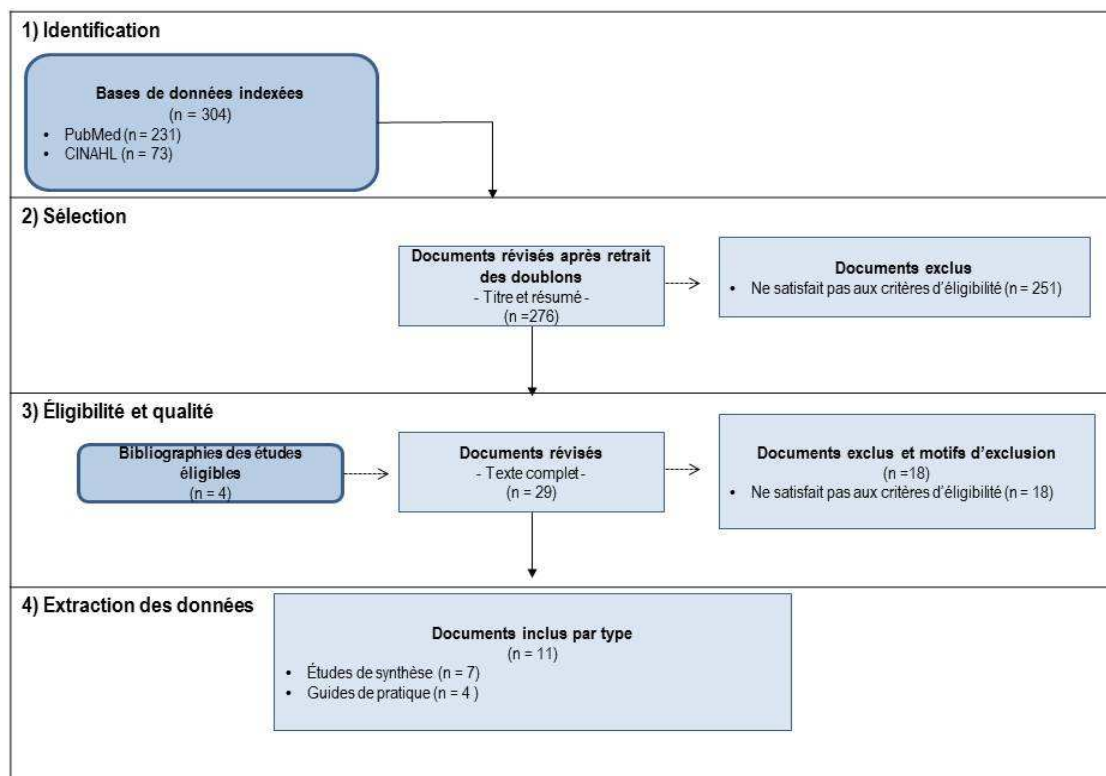
4. RÉSULTATS

4.1 Impacts des politiques de visite sur les patients, les proches et le personnel soignant en termes de satisfaction et d'impacts physiques et psychologiques

La recherche documentaire sur les impacts des politiques de visite sur les patients, les proches ainsi que sur le personnel soignant a permis d'identifier 276 documents différents. Après l'évaluation des titres et des résumés, 25 publications ont été retenues et évaluées. Quatre autres documents ont été sélectionnés dans la bibliographie des études éligibles. Au total, 29 documents ont été retenus pour l'évaluation de leur éligibilité à partir de leur texte complet. De ce nombre, 18 documents ont été exclus. Le diagramme de sélection des documents est présenté à la Figure 1.

Onze documents ont été inclus, soit sept revues de synthèse [8, 12-17] et quatre guides de pratique [1, 4, 18, 19]. Les prochaines sections présentent les résultats et les principales recommandations issus de ces études. Le lecteur pourra se référer aux tableaux 2 et 3 qui présentent un résumé des résultats des revues systématiques et des guides de pratique inclus dans la revue.

Figure 1. Diagramme de sélection des documents pour la recherche documentaire sur les impacts des politiques de visite sur les patients, leurs proches et le personnel soignant



4.1.1 Description des études et résultats

Parmi les sept revues systématiques de la littérature incluses dans la présente synthèse, cinq portent sur les unités de soins intensifs uniquement [12, 13, 15-17], tandis que les deux autres ne se limitent pas à un type d'unité de soins en particulier [8, 14]. La revue de Cappelini *et al.* avait comme objectifs de décrire l'état actuel des politiques de visite dans les unités soins intensifs à travers le monde, d'explorer les perceptions des patients, des visiteurs et du personnel concernant les politiques de visite ouvertes et d'en évaluer les impacts sur la santé des patients hospitalisés aux soins intensifs [12]. Au total, les auteurs ont inclus 29 études, principalement descriptives et ayant

eu recours à un questionnaire structuré ou à des entrevues individuelles. Ciufu *et al.* ont révisé et évalué les données probantes sur les politiques de visite dans des unités de soins intensifs pour adultes [13]. Ils ont inclus 13 études au total, soit sept quantitatives et six qualitatives. Les études incluses avaient toutes été jugées de bonne qualité par les auteurs. Hanley et Piazza ont révisé la littérature sur la visite des enfants dans les unités de soins intensifs pour patients adultes [15]. Toutefois, les auteurs fournissent très peu d'informations sur les études incluses. Dans le but d'identifier les meilleures pratiques permettant de répondre aux besoins des membres de la famille des patients en phase critique admis dans des unités de soins intensifs, Kynoch *et al.* ont révisé la littérature selon cinq catégories de besoins des familles, soit le support, la réassurance, la proximité, l'information et le confort [17]. Parmi les articles inclus, trois études quantitatives portaient sur l'effet des politiques de visites, notamment sur la satisfaction des familles. Cependant, les auteurs ont ressorti plusieurs faiblesses méthodologiques de ces études. Whitton et Pittiglio ont révisé 10 études ayant eu recours soit à un questionnaire structuré, soit à des entrevues individuelles pour mieux connaître les effets des politiques de visites ouvertes sur les patients, les membres de leur famille et les infirmières dans les unités de soins intensifs [16]. Smith *et al.* ont révisé 15 études évaluant les impacts physiologiques, psychologiques ou émotionnels associés à divers types de politique de visite sur les patients adultes et enfants, ainsi que sur les visiteurs dans différentes unités de soins [8]. Enfin, Davidson *et al.* [14] ont plutôt tenté de déterminer si les craintes généralement associées à la présence de la famille auprès du patient étaient basées sur des données probantes. Ils se sont donc intéressés aux études ayant évalué l'impact de la présence des visiteurs sur les taux d'infections nosocomiales, sur la santé du patient et sur le travail des professionnels de la santé. Toutefois, peu d'informations sur les études incluses sont fournies par les auteurs.

Il est important de mentionner que, parmi les sept revues incluses dans le présent rapport, nous avons jugé que trois seulement étaient de bonne qualité [8, 13, 17], les autres étant de qualité faible à moyenne. Une des limites importantes de ces revues de faible à moyenne qualité est le manque de description de la méthodologie de recherche utilisée par les auteurs, de même que le manque de description et d'évaluation critique des études primaires incluses dans les revues. Par conséquent, la prudence est de mise dans l'interprétation des conclusions issues de ces revues. Cet aspect est abordé dans les conclusions du présent rapport.

Bénéfices perçus par les patients, par leurs proches et par le personnel soignant

La mise en place d'horaires de visite moins restrictifs et la présence accrue des proches au chevet du patient ont été associées à différents bénéfices pour les patients, leurs proches aidants et, jusqu'à un certain point, pour le personnel soignant. Selon les données révisées, les horaires de visite flexibles dans les unités de soins intensifs sont associés à une augmentation de la satisfaction des patients, une diminution de leur anxiété et une amélioration de leur bien-être émotionnel (impact positif rapporté sur la mesure de la dépression) [8, 12, 13, 16]. Les résultats de certaines études suggèrent également une diminution des complications cardiovasculaires chez le patient [8]. Une présence accrue des proches auprès du patient serait aussi associée à une amélioration de la communication entre les patients, les proches et le personnel soignant puisque ces « visiteurs » peuvent constituer une source importante d'information sur l'histoire médicale et les besoins du patient [12, 13, 16]. Pour les proches, les bénéfices associés aux politiques de visite ouvertes incluraient une meilleure compréhension de la condition du patient, une diminution de l'anxiété et de la dépression ainsi que la possibilité d'une plus grande participation dans les soins et les services de leur proche [16]. Pour le personnel soignant, l'accès à des informations utiles concernant le patient permettrait ainsi d'offrir des soins plus individualisés ou holistiques [16].

Préférences des patients et des proches

Dans le contexte des soins intensifs, les patients et leurs proches rapportent généralement une préférence pour les politiques de visite flexibles plutôt que restrictives, surtout en ce qui concerne le proche aidant [12]. Néanmoins, les patients ne perçoivent pas toujours les visites comme étant utiles. Certains visiteurs peuvent être perçus comme étant intrusifs et bruyants, peuvent déranger leur sommeil et même provoquer une augmentation de leur douleur. La revue de Ciufu *et al.* tend à démontrer qu'une politique de visite comprenant des lignes directrices flexibles et s'adaptant à différentes situations répondrait davantage aux besoins des patients, de leurs proches et des membres du personnel qu'une politique sans aucune balise [13]. Dans les unités de soins généraux adultes ou dans les unités de maternité, il apparaît que les patients bénéficieraient davantage de politiques de visite prévoyant des moments de tranquillité et de repos (sans visiteur) que de politiques sans restriction [8]. Par ailleurs,

l'importance de respecter le droit du patient de décider s'il veut des visites de ses proches, desquels de ses proches et dans quelle mesure, sont des éléments importants mis en lumière dans les documents de synthèse consultés [8, 13]. Un contrat de visite ou un plan de visite déterminé par le patient ou son représentant, s'il n'est pas en mesure de le faire, et spécifiant ses préférences, les personnes pouvant le visiter, le nombre de personnes, la durée des visites, devrait être établi en collaboration avec le proche aidant et les infirmières.

Préférences et préoccupations des membres du personnel

Selon les résultats des documents de synthèse consultés, il existe des divergences quant aux préférences et aux opinions des médecins, des infirmières et des autres membres du personnel. Alors que certaines études rapportent que les membres du personnel des hôpitaux préfèrent des politiques de visite ouvertes, d'autres études montrent qu'ils sont plutôt en faveur de politiques de visite incluant certaines restrictions, comme des périodes de tranquillité permettant aux patients de se reposer [8]. Par ailleurs, les médecins semblent davantage enclins à prôner une plus grande flexibilité des horaires de visite que les infirmières, qui auraient des opinions plus contradictoires sur le sujet [12]. Bien que plusieurs infirmières perçoivent elles aussi les visites des proches comme pouvant être bénéfiques pour les patients, plusieurs d'entre elles croient que les politiques de visites ouvertes ou flexibles peuvent constituer un obstacle à l'efficacité de leur pratique et augmenter leur charge de travail [13]. Par conséquent, ces auteurs soulignent qu'il est important que les gestionnaires des hôpitaux prennent en considération les attitudes et les croyances du personnel soignant avant d'envisager un changement des politiques de visite [13].

En plus des préoccupations concernant les risques d'infection (voir section suivante), Davidson *et al.* [14] ont évalué si d'autres préoccupations fréquemment évoquées pour restreindre les horaires de visite étaient fondées sur des données probantes. Parmi les arguments fréquemment évoqués, la possibilité que la présence des proches puisse nuire à l'état psychologique du patient, qu'elle puisse ralentir les tournées faites auprès des patients ou qu'elle puisse diminuer la qualité de l'enseignement donné au patient ne seraient pas fondées. De plus, selon les auteurs, même si le risque légal relié au bris de confidentialité doit être pris au sérieux, une augmentation significative de ce risque n'a pas été observée avec l'introduction de politiques de visite ouvertes. En fait, il appert que les bénéfices associés à la communication d'informations concernant le patient durant les tournées dépasseraient le risque associé au bris de confidentialité. Selon les résultats de cette revue, l'une des seules préoccupations qui semble être fondée est le risque que le niveau d'anxiété des membres de la famille augmente en participant à ces tournées, mais les auteurs remarquent que ce risque existe surtout si les tournées ne sont pas organisées de manière à tenir compte de la présence des proches au chevet [14].

Préoccupations concernant les enfants visiteurs aux soins intensifs

Gérer la visite des enfants dans un environnement de soins intensifs peut s'avérer une source de stress et d'incertitude pour le personnel travaillant dans ces unités ainsi que chez les proches adultes qui peuvent se demander si ces visites sont appropriées, si elles peuvent entraîner des perturbations chez l'enfant ou encore sur la façon de préparer l'enfant à la visite d'un proche hospitalisé aux soins intensifs [15]. Au plan international, il semble exister une grande variabilité au niveau des politiques de visite concernant les enfants visiteurs. Hanley et Piazza ont révisé les études ayant traité de la visite des enfants dans les unités de soins intensifs et ont conclu que, lorsqu'elles étaient bien préparées et encadrées par un adulte, ces visites pouvaient constituer une intervention positive, aidant les enfants à gérer et à intégrer une situation stressante dans leur vie [15]. Cependant, les auteurs insistent sur le fait que les infirmières ont besoin de soutien et de formation afin de les aider à bien accueillir les visiteurs enfants [15].

TABEAU 2. DESCRIPTION DES ÉTUDES DE SYNTHÈSE PORTANT SUR LES IMPACTS DES HORAIRES DE VISITE SUR L'EXPÉRIENCE DU PATIENT ET DE SES PROCHES

Auteurs (année) [réf]	Objectifs	Type d'études	N et types d'études révisées (années)	Milieux cliniques	Principaux résultats	Évaluation qualité
Cappellini et al. 2014[12]	Décrire l'état actuel des politiques de visite dans les unités de soins intensifs au niveau international; étudier l'influence des politiques ouvertes sur les perceptions des patients, des visiteurs, du personnel et leur impact sur la santé des patients	Revue systématique	29 études principalement descriptives (2001 à 2012)	Soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Grande variabilité des politiques de visite dans les unités de soins intensifs à travers les pays, incluant le nombre de visiteurs permis et les règles concernant les visites des enfants. ➤ Les patients aux soins intensifs et leurs proches préfèrent des politiques de visites non restrictives. Les patients considèrent que les proches leur fournissent un soutien émotionnel et peuvent les aider à mieux comprendre l'information donnée par le personnel soignant. Les proches sont aussi une source importante d'information sur l'histoire médicale et les besoins des patients. Ils sont aussi plus satisfaits quand les politiques de visite sont ouvertes. ➤ Une étude a rapporté que les politiques de visite ouvertes avaient un impact positif sur la mesure de la dépression chez les patients et sur les complications cardiovasculaires. ➤ Les effets bénéfiques des politiques ouvertes sont aussi perçus par le personnel soignant. Cependant, les médecins sont davantage enclins à une augmentation des heures de visites que les infirmières, lesquelles ont des opinions plus conflictuelles sur le sujet. Parmi les préoccupations soulevées par une plus grande présence des visiteurs, on retrouve les visiteurs comme pouvant faire obstacle à l'administration des soins et augmenter la charge de travail. ➤ Des études se sont aussi intéressées au risque d'infection associé à la plus grande ouverture des soins intensifs aux visiteurs (voir tableau 4). 	Moyenne
Ciuffo et al. 2011 [13]	Évaluer et synthétiser les meilleures données disponibles sur les politiques de visite utilisées dans les unités	Revue systématique	13 études: 7 quantitatives (questionnaires) et 6 qualitatives (1993 à 2009)	Adultes aux soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les politiques de visite idéales n'existent pas; les politiques de visite devraient être vues comme des lignes directrices plutôt que comme un ensemble de règles à respecter. Des politiques de visites flexibles, adaptées aux différentes situations, 	Bonne

Auteurs (année) [réf]	Objectifs	Type d'études	N et types d'études révisées (années)	Milieux cliniques	Principaux résultats	Évaluation qualité
	de soins intensifs et expliquer leur correspondance avec les concepts-clés des soins centrés sur la famille et le patient				<p>permettraient une meilleure réponse aux besoins des patients, des familles et des infirmières.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Globalement, les patients ont besoin de réconfort et de soutien et les visiteurs ont besoin d'être près de leurs proches. Si les infirmières perçoivent les visites des proches comme bénéfiques pour les patients, la majorité d'entre elles voient aussi les heures de visite ouvertes ou flexibles comme pouvant constituer un obstacle à leur pratique et augmenter leur charge de travail. Certaines rapportent ainsi préférer des heures plus restrictives pour les visites. Les gestionnaires des hôpitaux devraient considérer ces attitudes et croyances des infirmières avant d'envisager un changement dans leur politique de visite. ➤ Les discussions à propos des visites sont une opportunité pour les patients, leurs familles et les infirmières de communiquer ouvertement et de façon collaborative par rapport à un plan de visite qui rencontre les besoins de tous. ➤ Préparer les proches avant leur entrée sur l'unité de soins intensifs est important (information sur la politique de visite, la condition du patient, une description des lieux et les attentes envers la famille) 	
Davidson <i>et al.</i> 2014[14]	Déterminer si les craintes souvent associées à la présence de la famille auprès du patient (touchant notamment les risques d'infection et la possibilité d'interférer avec le travail des cliniciens) sont basées sur des données probantes	Revue systématique et étude de cas	NR (divers types)	Général	<p>Préoccupations non fondées (non prouvées par les études révisées) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les visites ouvertes augmentent le risque d'infection. ➤ La présence de la famille durant les traitements augmente le risque d'infection. ➤ La présence de la famille auprès des patients grands brûlés augmente le risque l'infection. ➤ La présence de la famille à l'unité de soins intensifs néonatale augmente le risque l'infection. ➤ La présence de la famille durant les tournées des patients ralentit le travail des professionnels de la santé ou entraîne une diminution de la qualité de l'enseignement. 	Faible

Auteurs (année) [réf]	Objectifs	Type d'études	N et types d'études révisées (années)	Milieux cliniques	Principaux résultats	Évaluation qualité
					<ul style="list-style-type: none"> ➤ La présence de la famille nuit à l'état physiologique du patient. <p>Préoccupations largement infondées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La présence de la famille durant les tournées augmente le risque légal. Les risques reliés à la confidentialité doivent être considérés, mais les bénéfices de la communication d'informations pour les patients et la famille ayant cours pendant les tournées dépassent ces risques. ➤ Les familles devraient être encouragées à aller à la maison se reposer. La décision d'aller se reposer ou non devrait être à la discrétion de la famille et ne devrait pas être imposée par les intervenants de santé. Si le besoin d'être présent est considéré par les familles comme plus important que celui de se reposer, il peut être nocif de retourner la famille à la maison. <p>Préoccupations en partie fondées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La présence des proches durant les tournées augmente leur niveau d'anxiété. La majorité des membres de la famille préfèrent être présents lors des tournées. Cependant, si celles-ci ne sont pas adaptées à leur présence, elles peuvent provoquer de l'anxiété chez les proches et le personnel. 	
Hanley et Piazza, 2012 [15]	Réviser la littérature sur les visites des enfants à un parent hospitalisé aux soins intensifs et partager une expérience d'implantation réussie de visites des enfants aux soins intensifs	Revue systématique et étude de cas	NR	Visite des enfants dans les unités de soins intensifs pour patients adultes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La littérature appuie le fait de permettre la visite des enfants à un membre de la famille proche aux soins intensifs. Ces visites peuvent constituer une intervention positive les aidant à gérer et à intégrer une situation stressante dans leur vie. ➤ Les infirmières ont besoin d'être formées pour répondre aux questions des enfants et pour aider à bien les accueillir et les préparer à l'environnement des soins intensifs. ➤ Déplorant un manque de matériel d'information pouvant aider les infirmières et les parents dans cette expérience, les auteurs ont 	Faible

Auteurs (année) [réf]	Objectifs	Type d'études	N et types d'études révisées (années)	Milieux cliniques	Principaux résultats	Évaluation qualité
					écrit un livre pour encadrer l'éducation des enfants à la visite des soins intensifs, approprié aux différents âges. Ce livre a permis d'améliorer le confort du personnel avec les enfants visitant l'unité et a été perçu comme un outil positif pour les patients et leur famille.	
Kynoch <i>et al.</i> 2016 [17]	Identifier les meilleures pratiques permettant de répondre aux besoins des membres de la famille des patients en phase critique admis dans des unités de soins intensifs. Les besoins des familles ont été classés en cinq catégories, soit le support, l'assurance, la proximité, l'information et le confort.	Revue systématique	Trois études sur les politiques de visite : une étude observationnelle prospective, une étude transversale et une étude observationnelle prospective quasi-expérimentale (1992-2014)	Soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans deux des trois études, des politiques de visites plus flexibles augmentent la satisfaction des familles ou des familles et des infirmières alors qu'elles n'ont aucun impact dans la troisième ➤ Cependant, ces trois études comportent plusieurs faiblesses méthodologiques. 	Bonne
Smith <i>et al.</i> 2009 [8]	Quel sont les impacts physiologiques, psychologiques ou émotionnels des politiques de visite sur les patients adultes et enfants ainsi que sur leurs visiteurs?	Revue systématique	15 Études quantitatives de divers types (1995-2007)	Inclusion de 3882 participants la plupart dans les unités de soins intensifs	<p>Recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Des politiques de visite plus ouvertes dans les unités de soins intensifs pour adultes devraient être considérées (grade B). Les données probantes suggèrent en effet qu'une politique de visite ouverte peut être bénéfique pour les patients aux soins intensifs et leurs proches en termes d'augmentation de la satisfaction et de diminution de l'anxiété. ➤ Une politique de visite des soins intensifs contrôlée par le patient devrait être considérée. Elle peut prendre la forme d'un contrat individualisé (spécifiant selon les préférences du patient ou de son représentant, les personnes pouvant le visiter, le nombre de personnes, la durée des visites, etc.) ou d'un dispositif de contrôle (système pour signifier que le patient veut se reposer et inviter les visiteurs à quitter) (grade B), 	Bonne

Auteurs (année) [réf]	Objectifs	Type d'études	N et types d'études révisées (années)	Milieux cliniques	Principaux résultats	Évaluation qualité
					<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les visites aux unités soins intensifs néonataux devraient être permises 24 heures par jour pour les parents et être permises pour les frères et sœurs avec l'approbation des parents. ➤ Dans les unités de maternité et de périnatalité, une politique de visite combinée, c'est-à-dire une politique ouverte pour les personnes désignées (autre parent ou accompagnant) et des heures de visite plus restreintes pour les autres visiteurs, devrait être considérée. ➤ Une salle séparée pour recevoir la famille devrait être envisagée dans les unités de maternité pour éviter de déranger le sommeil des patients durant le jour. ➤ Les politiques de visite devraient être ouvertes pour les soins généraux mais des heures de tranquillité réservées pour le repos des patients devraient être sans visiteurs. 	
Whitton et Pittiglio 2011 [16]	Avoir une meilleure compréhension et connaissance des effets des politiques de visite ouvertes sur les patients, les membres de leur famille et les infirmières dans une unité de soins intensifs	Revue systématique	10 études empiriques (2004 -2011)	Unité de soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'approche globale en santé devrait inclure l'intégration des membres de la famille. Il a été démontré qu'une politique de visite ouverte augmente la satisfaction des familles, rend les patients plus heureux et détendus et peut améliorer la communication entre les membres du personnel, les patients et leur proches. ➤ La visite des proches peut interférer avec le travail des infirmières, mais les bénéfices pour les patients demeurent plus grands que les risques. Des lignes directrices doivent tout de même être présentes afin que les membres de la famille soient au courant des procédures routinières de soins. ➤ Bien que les patients puissent désirer recevoir des visiteurs, ils peuvent également vouloir certaines restrictions dans les visites. Des règles devraient être établies afin de respecter la volonté du patient. ➤ Il est aussi important de soutenir le personnel soignant dans le processus de changement de politique de visite pour assurer son succès. 	Faible

TABEAU 3. GUIDES DE PRATIQUES ET ÉNONCÉS DE POSITION

Auteurs (année, pays)	Type de document	Objectif	Milieu clinique	Résultats ou recommandations
<i>American Association of Critical-Care Nurses (AACN) (2012, États-Unis) [18]</i>	Guide de pratique	Évaluer les données probantes à l'appui de la présence sans restriction d'une personne soutien auprès des patients aux soins intensifs et déterminer les meilleures pratiques.	soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faciliter l'accès sans restriction à un proche désigné (membre de la famille, ami ou personne de confiance) pouvant fournir du soutien social et émotionnel jusqu'à 24 heures par jour, selon la préférence du patient, à moins que cette personne nuise à la sécurité, empiète sur les droits d'autrui ou dans le cas de contre-indications thérapeutiques. ➤ S'assurer qu'il existe un document écrit et approuvé (politique, procédure ou standard de soin) permettant à la personne soutien désignée - qui peut être ou ne pas le représentant légal du patient - de demeurer au chevet du patient, selon les préférences de celui-ci. ➤ S'assurer qu'il existe un document écrit et approuvé permettant de restreindre l'accès aux visiteurs qui nuisent à la sécurité, empiètent sur les droits d'autrui ou dont la présence est sujette à une contre-indication médicale, afin de soutenir le personnel dans la négociation des droits de visite. ➤ S'assurer que les politiques de visite interdisent toute discrimination fondée sur l'âge, la race, l'origine ethnique, la religion, la culture, la langue, le handicap physique ou mental, le statut socioéconomique, le sexe, l'orientation sexuelle, et l'identité ou l'expression de genre. <p>Le niveau de preuve pour ces quatre recommandations est D, lequel correspond à des standards d'organisations professionnelles revus par les pairs et développés à partir des études cliniques à l'appui.</p>
<i>Davidson et al. (American College of Critical Care Medicine Task Force (ACCM) 2007, États-Unis) [19]</i>	Guide de pratique basé sur une revue systématique (1980-2003)	<p>Développer un guide de pratique clinique axé sur le patient et sa famille dans les unités de soins intensifs</p> <p>(En date du 2 novembre 2016, le guide était en révision, selon le site web de l'ACCM)</p>	Unités de soins intensifs pour adultes, les populations pédiatriques et néonatales	<p>Plus de 300 études publiées entre 1980 et 2003 ont été révisées et des recommandations ont été faites sur plusieurs thèmes :</p> <p>Recommandations pour les visites aux patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'accès ouvert aux visiteurs venant des familles de patients adultes hospitalisés dans une unité de soins intensifs permet une plus grande flexibilité pour les patients et leur famille et est déterminé au cas par cas. Force de la recommandation: B. ➤ Le patient, la famille et l'infirmière déterminent ensemble les horaires des visites; ces horaires placent l'intérêt du patient en premier. Force de la recommandation: C. ➤ L'accès aux unités de pédiatrie et néonatales est ouvert aux parents et tuteurs 24 heures par jour. Force de la recommandation: C. ➤ Après avoir participé à un processus d'éducation pré-visite, les frères et sœurs des patients des unités pédiatriques ou périnatales sont autorisés à visiter leur proche avec l'approbation des parents. Force de la recommandation: C. ➤ La prudence est de mise lorsque des nourrissons immunodéprimés reçoivent la visite de frères et sœurs. Avec l'approbation du médecin, les visites des frères et sœurs peuvent être envisagées. Force de la recommandation: D. ➤ Les animaux domestiques qui sont propres et correctement vaccinés ne sont pas interdits dans les unités de soins intensifs. Des lignes directrices sont créées concernant

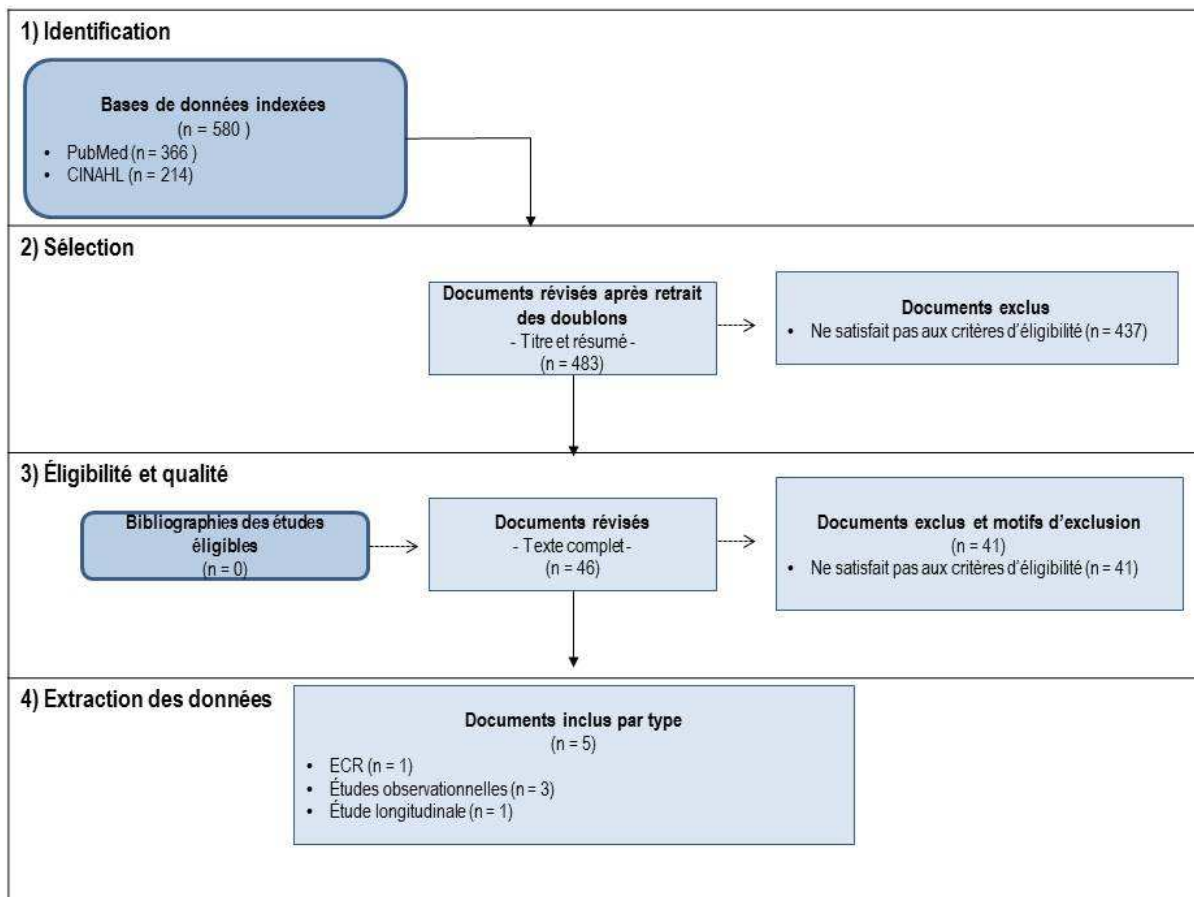
Auteurs (année, pays)	Type de document	Objectif	Milieu clinique	Résultats ou recommandations
				la zoothérapie et les activités pour les patients qui utilisent des animaux. Force de la recommandation: B.
Gibson <i>et al.</i> (2012, Royaume-Uni) [4]	Énoncé de position sur les politiques de visite dans les unités de soins intensifs au Royaume-Uni basé sur une revue systématique (1990 -2011)	Fournir aux infirmières des unités de soins intensifs au Royaume-Uni (<i>British Association of Critical Care Nurses (BACCN)</i>) un énoncé de position concernant des politiques de visite appropriées et basées sur les données probantes.	Unités de soins intensifs adultes au Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disparité entre ce que les infirmières croient être les meilleures pratiques et ce que les patients et leurs visiteurs veulent. ➤ Les données issues de la recherche montrent qu'il y a plusieurs bénéfices pour le personnel soignant venant des proches visiteurs. Ceux-ci peuvent par exemple fournir des informations importantes au personnel qui sera ainsi en mesure d'offrir des soins plus individualisés. ➤ Il n'y a pas de preuve suggérant que les visiteurs posent un risque direct d'infection aux patients. ➤ En retour, il y a de nombreux bénéfices apportés par les visiteurs pour les patients : l'amélioration du bien-être psychologique, la protection de leurs droits et la réduction des complications cardiovasculaires ➤ Gérer les visites des enfants dans un environnement des soins critiques est une source particulière de stress et d'incertitude pour le personnel soignant. Les données suggèrent que les visites des enfants peuvent être bénéfiques pour les patients mais que les enfants doivent être préparés à ces visites. Le personnel aussi a besoin de soutien et de formation pour l'aider à accueillir ces visiteurs. <p>Des politiques de visite claires basées sur les données probantes empêcheront les décisions arbitraires des infirmières concernant les droits de visite.</p>
<i>Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC)</i> (2010, États-Unis) [1]	Guide de pratique	Développer un guide de pratique dans le but de changer les politiques de visite restrictives et les pratiques entourant la participation des familles ou proches aux soins	NR	<p>Position : Les proches ou la famille des patients devraient être vus comme une partie essentielle de l'équipe de soins et non comme des visiteurs.</p> <p>Recommandations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les membres de la famille ou autres partenaires des soins sont les bienvenus 24 heures par jour, selon la préférence du patient. 2) En implantant une approche de visites non-restrictive, le personnel de l'hôpital doit demander aux patients, à leur admission ou au début de leur séjour, quels proches ils veulent identifier comme « famille » ou autres « partenaires de soins » et comment ils veulent que ceux-ci soient impliqués dans les décisions et les soins les concernant. Les préférences des patients sont précisées sur divers points : les personnes qui devraient être présentes durant les rondes, les examens, les traitements, celles qui pourront avoir accès aux données cliniques, etc. 3) Le nombre de personnes au chevet du patient et les autres décisions concernant la restriction des visites devraient être déterminés en collaboration avec le patient et ses proches et documentés dans son dossier médical. Quand les chambres sont partagées, cette négociation devrait inclure les autres patients et leurs proches ou partenaires de soins. 4) Les enfants supervisés par un adulte sont les bienvenus et il ne devrait pas y avoir de restriction à leur visite selon l'âge puisque le contact du patient avec des enfants de tout âge peut être d'une importance significative pour lui. Cependant, les enfants devraient être préparés à l'environnement de l'hôpital et à la maladie de leur proche.

Auteurs (année, pays)	Type de document	Objectif	Milieu clinique	Résultats ou recommandations
				<p>5) Les enfants doivent rester avec l'adulte qui les supervise à moins qu'ils soient dans un espace de jeu supervisé conçu spécifiquement pour les enfants. L'adulte responsable de l'enfant et l'infirmière doivent s'assurer que l'environnement est sécuritaire et reposant pour le patient tout en demeurant une expérience appropriée et positive pour l'enfant.</p> <p>6) Les proches et les invités du patient ne doivent être atteints d'aucune maladie contagieuse et respecter les politiques de contrôle des infections de l'hôpital.</p> <p>L'hôpital devrait avoir un comité interdisciplinaire, impliquant un représentant de la famille, des patients ainsi que des représentants de différents secteurs cliniques afin d'implanter, de surveiller et d'évaluer ces guides de pratiques.</p>

4.2 Politiques de visites et risques d'infection

La possibilité que le risque d'infection augmente chez les patients hospitalisés est l'une des préoccupations principales en lien avec la présence accrue de visiteurs. Une recherche spécifique a donc été réalisée sur ce sujet. La stratégie de recherche utilisée pour la recension des documents a identifié 483 documents différents. Après avoir réalisé toutes les étapes de sélection et d'évaluation de l'éligibilité des documents, cinq publications ont été retenues, soit une étude randomisée [20], trois études observationnelles [21-23] et une étude longitudinale [24]. La figure 2 présente le diagramme de sélection des documents et le tableau 4, une description sommaire des études et de leurs résultats.

Figure 2. Diagramme de sélection des documents issus de la recherche documentaire sur les risques d'infection liés aux politiques de visite



4.2.1 Résultats des études

Les résultats des études retenues ne montrent pas d'augmentation significative des taux d'infections nosocomiales ou des complications septiques [20-22, 24]. En conclusion de leur étude, Adams *et al.* recommandent d'enseigner aux patients et à leurs proches les pratiques appropriées de prévention des infections, comme l'hygiène des mains, plutôt que de limiter les visites aux patients [21]. Par ailleurs, afin de contribuer à la sécurité des unités de soins ayant des politiques de visite moins restrictives, l'importance de la promotion et du respect des mesures d'hygiène et de prévention des infections est mise en lumière dans les documents de synthèse révisés [8, 14]. Toutefois, les résultats d'une étude récente réalisée dans les unités néonatales de soins intensifs montrent que l'exclusion des jeunes visiteurs (moins de 13 ans) durant la saison du virus respiratoire syncytial (VRS), soit entre octobre et mars, est associée à une réduction significative du nombre d'enfants infectés par ce virus dans les unités de soins intensifs néonatales [23].

Tableau 4. Description des études sur la transmission et les risques d'infections associés à la visite des proches dans les unités de soins intensifs

Auteurs, année [réf]	Type d'étude	Comparaisons	Résultats et conclusions
Adams <i>et al.</i> , 2011 [21]	Étude de cas (2 unités de soins intensifs d'un même hôpital)	Taux d'infections nosocomiales pré/post changement de politique de visite : restrictive (pré), flexible 20h/jour (post)	Les taux d'infections nosocomiales n'ont pas augmenté suite au changement des politiques de visite
Fumagalli <i>et al.</i> , 2006 [20]	Étude pilote randomisée (changement de politique de visite à chaque 2 mois durant 2 ans)	Nombre de complications septiques (en termes de pneumonies, infections des voies urinaires, septicémies généralisées et complications septiques globales) et cardiovasculaires dans un groupe de patients avec politiques de visite restrictives (n=115) et un groupe de patients avec politique de visite ouverte (n=111).	En dépit d'une contamination microbienne de l'environnement accrue, l'ouverture de l'horaire de visite aux unités de soins intensifs n'a pas été associée à une augmentation du nombre de complications septiques. Le nombre de complications cardiovasculaires était approximativement deux fois plus élevé dans le groupe avec horaire de visite restrictif que dans le groupe avec horaire de visite ouvert.
Malacarne <i>et al.</i> , 2011 [22]	Étude observationnelle	Fréquence des infections nosocomiales dans une unité de soins intensifs en 2006 (politique de visite restrictive en place) versus 2008 (politique de visite plus flexible implantée)	Le passage d'une politique de visite restrictive à une politique de visite plus flexible dans les unités de soins intensifs n'est pas associé à une augmentation des taux d'infections nosocomiales
Peluso <i>et al.</i> , 2015 [23]	Étude observationnelle rétrospective	Présence du virus respiratoire syncytial (VRS) chez les enfants hospitalisés à l'unité néonatale de soins intensifs : de 2001 à 2006 (politique de visite ouverte en place : groupe 1) versus de 2007 à 2010 (politique restrictive excluant la visite des enfants de moins de 13 ans durant la saison du VRS: groupe 2.)	L'exclusion des visiteurs de moins de 13 ans durant la saison du VRS (entre octobre et mars) est associée à une réduction significative (de 6,7% à 1,7% ($p < 0,0001$)) de la fréquence des bébés infectés par le VRS à l'unité néonatale de soins intensifs.
Tang <i>et al.</i> , 2009 [24]	Étude longitudinale	Concentrations bactériennes dans l'air pré / post visite des proches (mesures prises 1 fois par semaine durant 1 an)	La visite des proches n'est pas associée à une augmentation des risques d'infection à l'unité de soins intensifs : les concentrations bactériennes dans l'air ne sont pas différentes après les visites. Les concentrations en moisissures étaient cependant significativement plus élevées.

4.3 Recommandations issues des guides de pratique et énoncés de position concernant les politiques de visite

Quatre guides de pratiques ou énoncés de position d'organisations de santé reconnues ont été révisés. Trois guides proviennent d'associations professionnelles en soins intensifs, soit l'*American Association of Critical-Care Nurses (AACN)* [18], l'*American College of Critical Care Medicine (ACCM)* [19] et la *British Association of Critical Care Nurse (BACCN)* [4]. Un guide nord-américain visant tous types d'unités a été publié par l'*Institute for Patient-and Family-Centered Care (IPFCC)*.

En résumé, l'AACN appuie l'accès sans restriction d'un proche désigné auprès du patient hospitalisé aux soins intensifs. Selon cet organisme, le proche désigné devrait pouvoir demeurer au chevet du patient sans restriction, à moins que cette personne ne nuise à la sécurité, n'entrave les droits d'autrui ou encore s'il y a des contre-indications médicales ou thérapeutiques [18]. L'AACN suggère également qu'un document écrit attestant que la personne désignée soit autorisée à demeurer au chevet du patient devrait être préparé. Ce document serait également utile pour limiter la présence de visiteurs dans certains contextes. L'ACCM a révisé plus de 300 études, publiées entre 1980 et 2003, pour élaborer ses recommandations [19]. Les résultats des études appuient la présence continue des proches au chevet des patients hospitalisés aux unités de soins intensifs mais font ressortir l'importance de déterminer, en collaboration avec le personnel infirmier et les proches, les horaires de visite optimaux en fonction des préférences du patient. Selon l'ACCM, les parents ou tuteurs d'enfants hospitalisés aux unités de soins intensifs pédiatriques ou néonatales devraient avoir accès au chevet de leur enfant 24 heures par jour, sept jours sur sept. Parmi les bénéfices mis en lumière dans le guide de pratique de la BACCN, on mentionne entre autres que la présence des proches peut faciliter le respect des besoins, des valeurs et des préférences des patients, ainsi que la protection de leurs droits. Ces aspects, jumelés à l'absence de preuves concluantes à l'effet qu'une présence accrue des visiteurs puisse poser un risque direct d'infection, constituent des arguments de taille en faveur des horaires de visite flexibles [4]. Ces auteurs soulignent également qu'il n'est pas rare que les politiques de visite ne soient pas claires ni facilement accessibles aux visiteurs. Par conséquent, ils recommandent que cet aspect soit pris en considération par les établissements afin de faciliter la présence des proches et de réguler les visites [4]. L'ACCM et la BACCN recommandent que les enfants de tous âges soient autorisés à visiter leur proche hospitalisé aux soins intensifs adultes, pédiatriques ou périnataux avec l'autorisation des parents [4, 19]. À cet effet, les membres du personnel devraient recevoir de la formation visant à faciliter la visite des enfants, qui demeure une source particulière de stress pour le personnel travaillant dans ces unités [4]. Ils recommandent également la prudence en ce qui concerne la visite des frères et sœurs aux nourrissons immunodéprimés, cette visite devant être permise seulement avec l'approbation du médecin [19].

L'IPFCC est un organisme indépendant à but non lucratif faisant la promotion de l'approche des soins centrés sur le patient et sa famille [1]. Un groupe de travail a été réuni dans le but de produire des recommandations soutenant davantage la présence et l'implication des proches comme faisant partie de l'équipe de soins dans chaque département de l'hôpital, incluant l'urgence et les unités de soins intensifs. Ses principales recommandations sont :

- Les proches ou la famille des patients devraient être les bienvenus 24 heures par jour, selon la préférence du patient. En implantant une politique de visite non-restrictive, le personnel de l'hôpital devrait demander au patient quelles personnes peuvent être considérées comme étant des proches ou des partenaires de soins et comment ces personnes peuvent être impliquées dans les décisions et les soins le concernant. Le patient devrait ainsi préciser quels proches peuvent être présents durant les tournées, les examens, les traitements ou encore avoir accès à l'information clinique.
- Le nombre de personnes au chevet du patient et les autres décisions concernant la restriction des visites devraient être déterminés en collaboration avec le patient et ses proches et documentés dans son dossier médical. Quand les chambres sont partagées, cette négociation devrait toutefois inclure les autres patients et leurs proches. Les enfants supervisés par un adulte devraient être les bienvenus mais être bien préparés à cette visite, c'est-à-dire à l'environnement de l'hôpital et à la maladie ou à l'état de leur proche, si approprié. L'adulte responsable de l'enfant et l'infirmière devraient s'assurer que l'environnement soit sécuritaire et reposant pour le patient et que l'expérience soit appropriée pour l'enfant.

Selon l'IPFCC, les raisons pouvant justifier la restriction des visites des proches sont les suivantes:

- Lorsque le patient choisit de restreindre les visites de ses proches ;
- Lorsque des raisons légales de restreindre les visites de certains visiteurs sont documentées (p. ex. : ordonnance de la cour, situation de garde légale) ou que le comportement des visiteurs crée un risque direct pour le patient, les autres patients, les proches ou les membres du personnel ou perturbe ceux-ci ;
- Lorsque l'intimité des autres patients doit être protégée, qu'un voisin requiert des interventions immédiates (p. ex. réanimation) ou que des échanges de nature privée, confidentielle ou délicate doivent avoir lieu ;
- Lorsque les proches souffrent d'une maladie contagieuse ou ont été exposés à des maladies transmissibles qui pourraient compromettre la santé des patients ou lorsqu'il y a éclosion d'une maladie infectieuse qui requiert des restrictions d'accès [1].

4.4 Appréciation des données issues des documents de synthèse, des guides de pratique et des études primaires concernant les risques d'infection

La qualité méthodologique de deux des six revues présentées ici est considérée comme étant bonne [8, 13] tandis que la qualité des quatre autres est considérée faible à moyenne, et ce, principalement en raison du manque d'information sur la méthodologie de recherche documentaire, de l'absence d'information fournie sur les critères d'inclusion et de l'évaluation de la qualité des études incluses [12, 14-16]. Il en va de même pour la qualité des guides de pratique, qui est considérée comme étant moyenne en raison de limites méthodologiques engendrées par le manque d'information sur les bases de données consultées, sur les méthodes de sélection, d'évaluation de l'éligibilité et d'extraction des données utilisées. Il est donc difficile de déterminer si les recommandations formulées dans ces guides de pratique sont basées sur l'ensemble des données probantes disponibles ou non et sur la qualité de la preuve.

L'une des principales limites associées aux données probantes disponibles répertoriées dans les études de synthèse est l'absence de standardisation de la mesure de certains indicateurs, dont la satisfaction ou la facilité de communication entre les patients, les proches et le personnel soignant. De plus, bien qu'il existe des outils standardisés et validés pour mesurer certains indicateurs comme l'anxiété, la dépression et le bien-être émotionnel, les auteurs des études primaires ne précisent pas toujours quels outils ont été utilisés pour évaluer ces dimensions. Il est donc impossible de savoir si les données sont comparables d'une étude à l'autre. Pour les mêmes raisons, il est difficile de déterminer si les bénéfices observés et rapportés dans les études sont comparables d'une étude à l'autre. Par ailleurs, il est très difficile de déterminer si les aspects positifs attribués aux horaires de visites ouverts ou flexibles auraient pu être influencés par des facteurs confondants, tels un changement de comportements ou d'attitudes du personnel, lesquels n'ont pas été considérés dans les analyses de ces études. D'ailleurs, ils ne sont que rarement évoqués comme ayant pu possiblement influencer les résultats. L'absence de groupe de contrôle constitue également un point faible de la plupart des études et affecte la portée des résultats. De plus, puisque les études ont majoritairement été réalisées dans un contexte de soins intensifs, on ne peut généraliser l'ensemble des résultats observés à toutes les unités de soins. En raison de ces limites, une certaine incertitude demeure quant à l'ampleur des effets associés aux politiques de visite ouvertes ou flexibles. Néanmoins, l'ensemble des données, en dépit de ces limites méthodologiques, tend à démontrer que les politiques de visite flexibles ou ouvertes sont associées à des bénéfices pour la clientèle.

Les études primaires identifiées et retenues pour documenter le risque d'infection associé à la libéralisation des horaires de visite comportaient également plusieurs limites. Les devis méthodologiques des études évaluant différentes politiques de visite étaient souvent de type avant-après, sans contrôle des facteurs potentiellement confondants, tel un changement dans l'attitude du personnel infirmier ou médical ou l'ajout de ressources en prévention des infections, par exemple. Des facteurs autres que la libéralisation des horaires de visite ont pu avoir un impact sur l'incidence des infections et ceux-ci n'ont pas été pris en compte dans les analyses effectuées par les auteurs des études répertoriées. Entre autres, les périodes sélectionnées pour les comparaisons ne correspondent pas à de véritables groupes contrôles standard puisqu'il n'y a pas de possibilité de vérifier les similitudes entre les caractéristiques des populations ayant été évaluées avant et après l'intervention.

5. DISCUSSION

Le Bureau d'expertise en expérience patient du CHU de Québec a reçu le mandat de réviser les preuves scientifiques en lien avec les impacts des politiques de visites (restrictives, flexibles ou ouvertes) perçus par les patients, leurs proches et les visiteurs. Afin d'obtenir un portrait plus exhaustif, lorsque les données étaient disponibles dans les études que nous avons révisées, nous avons également documenté les impacts perçus par le personnel clinique et leur degré de satisfaction envers le type de politique de visite en vigueur.

La tendance actuelle étant à la promotion et à l'adoption de modèles de soins centrés sur le patient et ses proches (*patient and family centered care*), plusieurs organisations de santé reconnues sur les plans national et international recommandent la mise en place de politiques de visite moins restrictives qui favorisent la présence et l'implication de la famille et des proches comme partenaires de soins. Ces organisations s'entendent sur le fait qu'il faille s'éloigner de la perception des proches ou de la famille comme étant de simples visiteurs et les considérer plutôt comme étant des partenaires pouvant favoriser la qualité et la sécurité des soins [1, 9]. Aux États-Unis, le Département américain de la santé et des services sociaux et les *Centre for Medicare and Medicaid Services* annonçaient d'ailleurs en novembre 2010 une nouvelle règle accordant aux patients le droit de choisir leurs visiteurs lors d'un séjour à l'hôpital. Selon cette règle, les hôpitaux sont tenus d'expliquer à tous les patients leur droit de choisir qui peut leur rendre visite lors d'un séjour en milieu hospitalier et de les informer que « les visiteurs » peuvent inclure des membres de la famille, des amis ou tout autre type de visiteurs [25]. Les arguments sous-jacents à ce changement de culture reposent en grande partie sur des données montrant une plus grande satisfaction du patient et de ses proches envers les politiques de visite flexibles, une diminution de la détresse psychologique (dépression et anxiété) du patient et de celle de ses proches, un sentiment accru d'être soutenu émotionnellement et une meilleure communication avec l'équipe de soins. En effet, la présence accrue des proches faciliterait la transmission de l'information concernant le patient, assurant ainsi un plus grand respect de ses valeurs, de ses préférences et de ses besoins [4, 8, 16, 18]. Bien que les études desquelles sont issues ces données comportent certaines limites méthodologiques, le fait que la majorité des études aillent dans le même sens ajoute à l'argumentaire.

Un autre argument appuyant l'adoption de politiques flexibles repose sur l'observation que les horaires de visite flexibles dans les unités de soins intensifs ne seraient pas associées à une augmentation des taux d'infections nosocomiales [21, 24] ou de complications septiques [20]. Limiter les visites aux patients ne serait donc pas une mesure reconnue pour réduire les taux d'infections [21]. Certains auteurs suggèrent que l'accent devrait plutôt être mis sur la promotion et le renforcement des mesures d'hygiène et de prévention des infections, telles que le lavage des mains, une approche plus efficace pour limiter la transmission des infections [8, 18, 19]. Cependant, ces études comportent elles aussi des limites méthodologiques. À l'exception d'un ECR, les études identifiées étaient principalement de type avant-après, sans groupe contrôle, ce qui constitue un devis d'étude de plus faible qualité. Entre autres, les taux d'infections auraient pu avoir été influencés par l'effet d'autres facteurs qui n'ont pas été contrôlés. Néanmoins, ici encore, malgré la faiblesse des données probantes, les résultats des études sur les risques d'infections sont cohérents quant à la direction de l'effet observé et ne témoignent pas en défaveur de l'adoption de politiques de visite flexibles.

Les auteurs des études que nous avons révisées dans le cadre du présent rapport s'entendent donc sur l'importance d'encourager les unités de soins à s'ouvrir à la présence des proches, particulièrement dans les unités de soins intensifs et dans le cas des clientèles vulnérables comme les enfants, les personnes atteintes de maladies critiques, avancées ou en fin de vie et les personnes âgées en perte d'autonomie. À titre d'exemple, dans le cadre de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier mise de l'avant dans les centres hospitaliers au Québec, l'implication des proches dans la prévention et dans l'approche comportementale de gestion du délirium ne peut pas être favorisée si les horaires de visite autorisés sont restrictifs [26]. Des politiques favorisant la présence et l'implication des proches peuvent aussi faciliter les moments de transition, comme la préparation du congé médical et le retour à domicile, qui se font la plupart du temps avec les proches. Néanmoins, l'ouverture complète des horaires de visite, sans aucune restriction, n'est pas nécessairement ce qui est souhaité dans tous les contextes par les patients, leurs proches et les membres du personnel, notamment pour ne pas interférer avec les soins et pour favoriser le repos du patient. Ciuffo *et al.* exposent clairement en quoi une politique de visite comprenant des lignes directrices flexibles et s'adaptant à différentes situations répondrait davantage aux besoins des patients, de leurs proches et des membres du personnel qu'une politique sans aucune balise [13]. Smith *et al.* ont aussi montré qu'une combinaison d'horaires de visites ouverts et de plages horaires sans visiteurs pouvait être bénéfique pour

les patients, leurs visiteurs, les infirmières et le personnel dans les unités de soins généraux ou de maternité [8]. Une étude de Gardner *et al.* a démontré que l'instauration d'une plage horaire réservée à la tranquillité et au repos pourrait permettre une diminution du bruit environnant et favoriser le repos ou le sommeil des patients, un élément important du processus de guérison [27]. Dans ces contextes de soins, cette période de tranquillité et de repos augmenterait également la satisfaction des patients, de leurs proches et des membres du personnel. Les changements implantés dans les politiques de visite devraient donc tenir compte des types d'unités de soins, des contextes et des clientèles. L'importance de respecter le droit du patient de décider s'il veut des visites de ses proches, de quels proches et dans quelle mesure, est aussi un point important ressortant des documents consultés. D'autres auteurs ont aussi souligné qu'il était important que les patients aient plus de contrôle sur les modalités de visite, particulièrement ceux atteints de maladies graves, avancées ou en fin de vie [3, 27, 28]. Les politiques de visite devraient avant tout tenir compte des besoins et des préférences des patients.

Au Canada, la FCASS encourage fortement les hôpitaux canadiens à établir des politiques de visites flexibles afin de soutenir l'intégration et l'implication des patients, de leur famille et proches dans les soins. Les résultats de l'enquête de la FCASS publiée en 2015 [9], conduite auprès de 114 hôpitaux à travers le Canada (représentant 70% des soins de courte durée), a montré qu'une grande diversité de politiques de visite existait entre les provinces et à l'intérieur même des provinces, allant de politiques très flexibles, voire ouvertes (sans aucune restriction) à très restrictives. Le score moyen de flexibilité des politiques de visite dans les hôpitaux était de 4,64 au Canada, et de 3,60 au Québec, sur une échelle de 0 à 10 (10 points représentant une politique ouverte, sans restriction et 0, une politique très restrictive). Parmi les quinze hôpitaux du Québec inclus dans l'échantillon (dont HEJ/HSS), seulement deux ont reçu une cote élevée (de 8 à 10), soit l'Hôpital Général de Montréal et l'Hôpital Royal Victoria du Centre universitaire de Santé McGill. Toutefois, les résultats spécifiques pour les hôpitaux ayant reçu des cotes inférieures à 8 (moins bonnes cotes) ne sont pas présentés dans le rapport de la FCASS.

Du côté du CHU de Québec, les politiques ou règlements ne sont pas harmonisés entre les hôpitaux et varient en fonction des services. Par exemple, une politique restrictive est en vigueur aux urgences, ne donnant accès aux proches aidants que 10 minutes à chaque heure pour la clientèle adulte. De plus, l'information concernant tous les aspects de la politique et du règlement présentement en vigueur (p. ex. : l'information sur l'ouverture pour les proches aidants 24/7 dans certaines unités) n'est pas facilement accessible aux patients et à leurs proches, que ce soit sur les sites internet de l'établissement ou dans la documentation remise aux personnes hospitalisées (p. ex. : guide de l'utilisateur). À l'heure actuelle, s'appuyant sur des recommandations et des guides de bonnes pratiques cliniques, les responsables de certaines unités encouragent la présence des proches et leur permettent un accès flexible. Ces décisions, bien que louables parce qu'elles sont en lien avec les recommandations de leur profession et de la FCASS, peuvent engendrer des iniquités pour certains patients et proches aidants et semer de la confusion concernant ce qui est permis, toléré ou non permis et n'encourage pas une « ouverture » réelle à la présence des proches, endossée par l'établissement.

Adopter des politiques de visite flexibles représente un défi important. Néanmoins, selon les sources d'informations consultées dans le cadre de ce rapport et selon les divers appels à mobilisation d'organismes faisant la promotion de l'approche de soins centrés sur les patients, ce changement est nécessaire pour reconnaître le rôle clé que peuvent jouer la famille et les proches auprès du patient et ainsi amorcer un réel changement de culture. Ces changements ne pourront toutefois pas se faire sans l'implication et l'engagement de toutes les parties prenantes. Les avis et préférences du personnel sur les politiques de visite flexibles ou ouvertes sont souvent mitigés. Si, pour certains, la présence accrue de proches est perçue comme étant souhaitable et bénéfique pour le patient, d'autres la perçoivent comme une source de stress et une charge de travail supplémentaire. Néanmoins, des données montrent que la présence accrue des proches au chevet du patient serait associée à une meilleure satisfaction et à un meilleur engagement du personnel une fois le changement bien implanté dans le milieu de soins [12, 13].

Un processus rigoureux de révision, incluant toutes les parties prenantes (gestionnaires, membres des équipes de soins, patients et leurs proches) devrait être réalisé afin de s'assurer que les politiques de visite tiennent compte de tous les enjeux et points de vue importants dans la transition vers des politiques plus flexibles qui favorisent l'accueil des proches [1, 18]. Une enquête auprès de la clientèle permettrait d'identifier quels sont les besoins et les préférences des familles et des proches dans différents contextes de soins tandis que des informations sur la perspective du personnel pourraient être recueillies afin d'identifier les barrières et les facilitateurs associés au changement de politique et identifier des solutions possibles en amont de la démarche. La réalisation d'une étude de faisabilité dans une ou quelques unités prêtes à réaliser une implantation pilote pourrait aussi être une étape intéressante qui permettrait d'utiliser l'expérience vécue pour raffiner la politique et son application [29].

Limites de la revue

L'interprétation des données sur les impacts des politiques de visites ouvertes doit être prudente à la lumière des différentes limites méthodologiques de la présente revue. La principale raison renvoie au fait que les études de synthèse incluses dans notre revue ne sont pas toutes de bonne qualité et comportent des lacunes méthodologiques parfois importantes. Entre autres, toutes les études primaires quantitatives incluses dans les études de synthèse et dans les guides de pratique ont eu recours à un devis méthodologique de type avant-après, sans contrôle des facteurs confondants. Ce type de devis, de plus faible qualité qu'un essai clinique randomisé, limite d'emblée la force de la preuve. De plus, une très grande variabilité est présente d'une étude à l'autre, que ce soit dans la façon d'évaluer la satisfaction, de définir la notion d'impact ou les indicateurs de résultats ou dans le choix des outils de mesure utilisés. Aussi, comme la recherche documentaire a été effectuée à partir d'un nombre limité de bases de données indexées (PubMed et CINAHL), il est possible que des études pertinentes n'aient pas été identifiées.

Une autre raison est que la plupart des études ont été réalisées en contextes de soins intensifs, ce qui limite la possibilité de généraliser les résultats à d'autres contextes de soins. Par ailleurs, certains documents retenus ont été publiés par des organisations visant à promouvoir les soins centrés sur le patient et ses proches ainsi que l'implication des proches dans les milieux hospitaliers. Un biais d'information différentiel surestimant les bénéfices réels des politiques de visite flexibles ou ouvertes a donc pu s'introduire dans les recommandations qui ont été émises. Promouvoir un modèle de soins implique au départ une croyance en son bien-fondé. En soi, ceci n'est pas problématique dans la mesure où les avantages et les inconvénients sont analysés de manière systématique et présentés de façon transparente afin de maximiser l'implantation de changements basés sur des preuves empiriques solides et exemptes de biais.

Il est également important de noter qu'une grande partie des données probantes disponibles repose sur le recensement de perceptions, d'opinions et de croyances et cette information doit être interprétée à l'intérieur de ce contexte. Son extrapolation est tentante mais doit être prudente. À titre d'exemple, il y a une différence entre une information qui provient d'un sondage où l'on a demandé aux répondants (infirmières ou proches) leur opinion concernant les avantages et inconvénients de la présence accrue de visiteurs au chevet du patient et la démonstration, à l'aide de mesures objectives, de l'effet de cette présence accrue sur le rythme cardiaque du patient ou sur la productivité du personnel soignant. Néanmoins, lorsque l'enjeu est la satisfaction ou les préférences des patients, des proches ou du personnel infirmier, il n'existe pas de mesure objective de ces construits subjectifs. Enfin, des études dans lesquelles des indicateurs de résultats basés sur des mesures objectives (marqueurs physiologiques, durée de séjour, taux de mortalité) ou sur des mesures subjectives validées ainsi que des études ayant recours à des méthodologies comportant davantage de contrôle des facteurs confondants demeurent nécessaires afin de mieux comprendre les impacts et les enjeux entourant les horaires de visite.

6. RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Considérant les éléments suivants :

- Dans ses hôpitaux, le CHU de Québec accueille plusieurs types de clientèles ayant besoin d'être hospitalisées dans différentes unités afin de recevoir les soins nécessaires à leur condition. Le contexte de soins, l'intensité des interventions requises, l'environnement physique ainsi que les possibilités et les besoins d'implication ou d'accompagnement des proches aidants varient d'une clientèle et d'une unité de soins à l'autre;
- Les politiques de visite concernant les visiteurs et les proches aidants en vigueur au CHU de Québec sont hétérogènes et varient d'un hôpital à l'autre et entre les unités d'un même hôpital;
- L'information concernant tous les aspects de la politique et du règlement présentement en vigueur n'est pas facilement accessible aux patients et à leurs proches, que ce soit sur le site Internet du CHU de Québec ou dans la documentation remise aux personnes hospitalisées;
- Plusieurs organisations de santé s'entendent sur le fait que les proches devraient être considérés comme des partenaires et des alliés favorisant la qualité et la sécurité des soins et non comme de simples visiteurs;
- Les politiques de visite ouvertes ne sont pas associées à une augmentation du risque d'infections sauf chez les enfants hospitalisés à l'unité néonatale des soins intensifs (sensibles au VRS);
- La mise en place de politiques de visite flexibles et 24/7 dans certaines unités pour les proches aidants pourrait permettre un meilleur soutien émotionnel et une diminution de la détresse psychologique du patient, une meilleure compréhension de l'information et une communication de meilleure qualité avec les membres des équipes de soins, un plus grand respect des valeurs, des préférences et des besoins des patients et une plus grande implication des proches dans les soins et les services;
- Il est préférable, avant tout, de tenir compte des besoins et des volontés du patient en ce qui a trait à la présence des proches;

Sur la base des données probantes disponibles, le BEEP recommande au CHU de Québec :

- D'adopter une politique de visite flexible, centrée sur les besoins du patient;
- D'harmoniser les heures de visites dans les unités ayant les mêmes vocations dans les cinq hôpitaux;
- De s'assurer que l'information concernant tous les aspects de la politique de visite et de la présence des proches soit facilement accessible aux patients sur les unités de soins, le site Internet du CHU de Québec et dans le guide remis aux patients hospitalisés.

Si une décision de réviser les politiques de visite était prise, ces éléments devraient être précisés:

- Les lignes directrices devraient favoriser la présence et la participation des proches selon la préférence du patient et permettre de soutenir les membres du personnel afin qu'ils puissent fournir des soins sécuritaires et efficaces avec les proches présents;
- Évaluer la pertinence d'instaurer un moment de tranquillité favorisant le repos à l'intérieur de cette politique;

- La visite d'enfants (moins de 18 ans) à un patient adulte serait permise à condition qu'ils soient accompagnés et soutenus par un adulte en tout temps. La visite d'enfants de moins de 13 ans dans les unités néonatales de soins intensifs est cependant à considérer séparément.

Recommandation 2

Considérant les éléments suivants :

- Plusieurs auteurs soulignent l'importance de considérer l'avis des membres du personnel des différents milieux lors des changements de politiques de visite et de discuter des implications qui leur sont associées;
- La mise en place de politiques de visite ouvertes, sans aucune restriction, n'est pas nécessairement ce qui est souhaité dans tous les contextes par les patients, leurs proches et les membres du personnel, notamment pour ne pas interférer avec les soins et pour favoriser le repos du patient;
- Plusieurs auteurs soulignent l'importance de former les membres du personnel sur les façons d'interagir avec les proches et sur les façons de les impliquer.

Le BEEP recommande au CHU de Québec d'inclure toutes les parties prenantes (gestionnaires, membres des équipes de soins, patients et leurs proches) dans un processus visant à établir des politiques de visite plus flexibles.

Certaines étapes devraient faire partie du processus de révision de ces politiques :

- Une consultation sur la perspective du personnel pourrait être effectuée afin de mieux comprendre les barrières et les facilitateurs associés à l'implantation de changements quant aux horaires de visite et à la présence des proches aidants (différents des visiteurs);
- Réaliser au besoin des tests pilotes dans certaines unités avec évaluation de quelques indicateurs avant et après l'implantation de la nouvelle politique (p. ex. : appréciation et satisfaction des proches, des patients et des employés, taux d'infections nosocomiales, plaintes, détresse psychologique, fréquence des incidents à code blanc);
- Développer et implanter une formation pour les membres du personnel sur les façons d'interagir avec les proches et les façons de les impliquer dans les soins s'ils le souhaitent.

7. CONCLUSION

Des initiatives voient le jour au Canada et ailleurs dans le monde afin « d'ouvrir » l'hôpital à la présence des proches significatifs. La campagne « Meilleurs ensemble » de la FCASS encourage les hôpitaux canadiens à s'ouvrir à la présence des proches et à les impliquer dans la sécurité des soins. Afin de demeurer en cohérence avec sa planification stratégique 2014-2020, il serait indiqué pour le CHU de Québec d'adopter une politique de visite flexible basée sur les besoins des patients et de leurs proches. Des données probantes montrent que des horaires de visite flexibles sont associés à plusieurs bienfaits pour les patients et à une plus grande satisfaction des patients, de leurs proches, de leurs visiteurs et des membres du personnel soignant. Les avantages liés aux politiques non restrictives favorisant la présence des proches auprès des patients dépasseraient les inconvénients, dont l'augmentation possible de l'anxiété des proches lors de leur présence durant les tournées médicales. De plus, selon les données répertoriées, des politiques de visite ouvertes dans les unités de soins intensifs (pour adultes et enfants) ne seraient pas associées à une augmentation des taux d'infections nosocomiales ou de complications septiques. Ainsi, l'ensemble des preuves révisées dans le cadre de ce rapport appuie l'idée d'implanter des politiques de visites flexibles mais de bien en définir les contours selon les besoins et les préférences des patients. Une approche de gestion du changement, incluant des activités ciblées auprès des membres du personnel et des médecins, sera essentielle pour favoriser le succès d'une telle initiative.

ANNEXE 1. STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Première recherche générale et recherche complémentaire :

Critères d'inclusion :

- Document de synthèse en lien avec les heures de visite ou article pertinent en lien avec leurs impacts
- En milieu hospitalier
- Après 2005
- En langue anglaise ou française

Base de données PubMed

(patient* OR "Patients' Rooms"[Mesh] OR "intensive care unit" OR "Intensive Care Units"[Mesh] OR "hospital*" OR "emergency department" OR "Hospitals"[Mesh]) AND (visitor* OR "visiting hours" OR "visiting policy" OR "visitors to patients" OR "open visiting" OR "flexible visiting" OR "visitation" OR "Visitors to Patients"[Mesh])

231 résultats du 01-01-2005 au 02-11-2016 (meta-analysis, review, systematic reviews)

Base de données CINAHL

(Patient OR patients OR "intensive care unit" OR hospital OR hospitals OR "emergency department") AND (visitor OR visitors OR "visiting hours" OR "visiting hour" OR "visiting policy" OR "visitors to patients" OR "open visiting" OR "flexible visiting" OR "visitation")

73 résultats du 01-01-2005 au 02-11- 2016 (revues, revues systématiques, méta-analyses)

ANNEXE 2. POLITIQUE DE VISITE ACTUELLEMENT EN VIGUEUR AU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Le CHU de Québec-Université Laval offre des soins généraux, spécialisés et surspécialisés dans cinq hôpitaux. Il accueille plusieurs types de clientèles ayant besoin d'être hospitalisées dans différentes unités afin de recevoir les soins nécessaires à leur condition. Le contexte de soins, l'intensité des interventions requises, l'environnement physique ainsi que les possibilités et les besoins d'implication ou d'accompagnement des proches aidants varient d'une clientèle et d'une unité de soins à l'autre.

Tableau 2.1. Survol de la politique et du règlement actuellement en vigueur au CHU de Québec-Université Laval

Politique actuelle au CHUL, à L'HDQ et à l'HSFA	Politique actuelle à l'HEJ à l'HSS
<ul style="list-style-type: none">• Varie selon les unités de soins. En général, ouverte pour les proches aidants et restrictive pour les autres visiteurs. Certains services (p.ex., l'urgence) ont des politiques restrictives où les proches aidants ne sont admis que pour une période de 10 minutes à chaque heure.• Repose sur la reconnaissance, d'une part, du besoin de calme et de repos des usagers pour la durée de leur hospitalisation et, d'autre part, de l'importance de l'implication des familles durant l'épisode de soins.• Préconise l'équilibre entre les besoins des usagers et ceux des équipes de soins afin d'assurer des soins sécuritaires et de qualité.• Spécifie que tout visiteur de moins de 12 ans doit être accompagné et surveillé par un adulte.	<ul style="list-style-type: none">• Ouverte pour tous dans les unités de soins généraux, de traumatologie, de gériatrie active, de soins prolongés et de pédiatrie.• Restrictive pour les urgences, ainsi que les unités de psychiatrie, de soins intensifs, de soins intermédiaires, de soins coronariens et des grands brûlés.• Spécifie que lorsque l'utilisateur occupe une chambre semi-privée ou une salle, le nombre de visiteurs est limité à deux à la fois.

Il est important de noter que les politiques ou les règlements ne sont pas harmonisés entre les hôpitaux du CHU de Québec-Université Laval (Tableau 2.1). De plus, l'information concernant tous les aspects de la politique et du règlement présentement en vigueur (p. ex. : l'information sur l'ouverture pour les proches aidants 24/7) n'est pas toujours facilement accessible aux patients et à leurs proches visiteurs, que ce soit sur les sites Internet ou dans la documentation remise aux personnes hospitalisées ou à leurs proches (p. ex. : guide de l'utilisateur).

Le Tableau 2.2 présente les détails de la politique et du règlement actuellement en vigueur dans les hôpitaux du CHU de Québec en fonction des clientèles ou des types d'unités de soins, ainsi que les recommandations que nous avons répertoriées dans la littérature pour ces clientèles ou types d'unités de soins.

Tableau 2.2. Clientèle famille enfance jeunesse

Clientèle/type d'unité de soins	Politique actuelle (CHUL, L'HDQ, HSFA)	Règlement actuel (HSS, HEJ)	Recommandations tirées de la littérature (source)
Grossesses à risque élevé (GARE)	Politique restrictive <ul style="list-style-type: none"> • Conjoint, proches et enfants 8h à 21h • Max 2 personnes à la fois entre 14h et 21h 	N/A	N/A
Îlots parents-enfants (ante partum)	Politique ouverte pour le conjoint ou proche aidant et restrictive pour les autres <ul style="list-style-type: none"> • Conjoint et proches 24/7 • Max 2 visiteurs à la fois (en plus du proche aidant) 	N/A	Politique ouverte pour personnes désignées (autre parent / accompagnant), et des heures de visite plus restreintes pour les autres visiteurs (Smith <i>et al.</i> , 2009; Medves <i>et al.</i> , 2009)
Îlots parents-enfants (post-partum ou après l'accouchement)	Politique ouverte pour le conjoint ou proche aidant et restrictive pour les autres <ul style="list-style-type: none"> • Conjoint et proches 24/7 • Maximum de 2 visiteurs (en plus du proche aidant) entre 14 et 21h 	N/A	Politique ouverte pour personnes désignées (autre parent / accompagnant), et des heures de visite plus restreintes pour les autres visiteurs (Smith <i>et al.</i> , 2009; Medves <i>et al.</i> , 2009)
Pouponnière	Politique ouverte pour les parents – aucun autre visiteur Parents 24/7, 1 à la fois	N/A	N/A
Unité néonatale	Politique ouverte pour les parents et restrictive pour les autres <ul style="list-style-type: none"> • Parents 24/7 (ou autre proche aidant identifié) • Maximum de 2 visiteurs incluant la présence d'un parent • Visite de la fratrie autorisée, en présence d'un parent. Un questionnaire de dépistage des infections doit être rempli avant l'autorisation. 	N/A	Politique ouverte pour les parents et pour la fratrie, à condition que les enfants en visite soient en tout temps accompagnés d'un adulte (Smith <i>et al.</i> , 2009; Medves <i>et al.</i> , 2009)
Soins intensifs pédiatriques	Politique ouverte pour les parents et restrictive pour les autres <ul style="list-style-type: none"> • Parents 24/7 (ou autre proche aidant identifié) • Proches 24/7; max 10 minutes/h; max 2 à la fois incluant un parent • Fratrie max 2 à la fois; entre 14h et 21h; avec au moins 1 parent. Un questionnaire de dépistage des infections devrait être rempli avant l'autorisation 	N/A	Politique ouverte pour les parents et pour la fratrie, à condition que les enfants en visite soient en tout temps accompagnés d'un adulte (Smith <i>et al.</i> , 2009; Medves <i>et al.</i> , 2009)

Tableau 2.2. Clientèle famille enfance jeunesse

Clientèle/type d'unité de soins	Politique actuelle (CHUL, L'HDQ, HSFA)	Règlement actuel (HSS, HEJ)	Recommandations tirées de la littérature (source)
Pédiatrie	Politique ouverte pour les parents et restrictive pour les autres <ul style="list-style-type: none"> • Parents 24/7 (ou autre proche aidant identifié) • Max de 2 visiteurs par enfant • Fratrie max 2 à la fois; entre 14h et 21h; avec au moins 1 parent. Un questionnaire de dépistage des infections devrait être rempli avant l'autorisation 	N/A	N/A
Unités de soins pédiatriques	Politique ouverte pour les parents et restrictive pour les autres <ul style="list-style-type: none"> • Parents 24/7 (ou autre personne identifiée) • Autres max 2 à la fois • Fratrie max 2 à la fois; entre 14h et 21h; avec au moins 1 parent 	Politique ouverte <ul style="list-style-type: none"> • Tous 24/7 	N/A
Unités de soins en pédopsychiatrie	Politique restrictive <ul style="list-style-type: none"> • Tous : mardi 19h à 20h; jeudi 12h à 13h; vendredi 19h à 21h; fds 14h à 16h et 19h à 21h 	N/A	N/A

Tableau 2.3. Clientèle adulte

Clientèle/type d'unité de soins	Politique actuelle (CHUL, L'HDQ, HSFA)	Règlement actuel (HSS, HEJ)	Recommandations selon la littérature (source)
Chirurgie d'un jour	Politique restrictive <ul style="list-style-type: none"> • Un visiteur à la fois • Max de 5 minutes par heure • Enfant de moins de 14 ans accompagné des parents ou d'un tuteur (L'HDQ et HSFA) • Enfant de 16 ans et moins : un seul accompagnateur est permis en permanence (CHUL) 	Politique restrictive HEJ <ul style="list-style-type: none"> • Un visiteur à la fois • Max de 5 minutes par heure • Enfant de moins de 14 ans accompagné d'un parent ou d'un adulte HSS	N/A

Tableau 2.3. Clientèle adulte

Clientèle/type d'unité de soins	Politique actuelle (CHUL, L'HDQ, HSFA)	Règlement actuel (HSS, HEJ)	Recommandations selon la littérature (source)
		<ul style="list-style-type: none"> • Proche aidant identifié sans restriction 	
Urgences	Politique restrictive <ul style="list-style-type: none"> • 24/7 : max 1 à la fois; max 10 minutes/h 	Politique restrictive <ul style="list-style-type: none"> • 24/7; max 1 à la fois; max 10 minutes/h 	N/A
Unités de soins intensifs adultes (incluant soins intermédiaires, coronariens et grands brûlés)	Politique restrictive <ul style="list-style-type: none"> • 24/7 : max 2 à la fois; max 10 minutes/h 	Politique restrictive <ul style="list-style-type: none"> • 24/7; max 2 à la fois; max 5 minutes/h à la demie de l'heure • + de 12 ans seulement 	Politique flexible selon les situations et dirigée par le patient (AACN , 2011; Marr et Laws, 2011; Smith <i>et al.</i> , 2009; Medves <i>et al.</i> , 2009; Whitton et Pittiglio, 2011; Gibson <i>et al.</i> , 2012)
Unités de soins de courte durée adultes (incluant soins généraux, gériatrie, traumatologie)	Politique ouverte pour les proches et restrictive pour les autres <ul style="list-style-type: none"> • Proches 24/7 • Autres 14h à 21h 	Politique ouverte <ul style="list-style-type: none"> • Tous 24/7 • Si chambre non privée, max 2 à la fois 	Politique ouverte pour tous incluant des heures de repos ou de tranquillité (Smith <i>et al.</i> , 2009; Medves <i>et al.</i> , 2009; Gardner <i>et al.</i> 2009)
Unités de soins spécialisées en hémato-oncologie	Politique ouverte pour les proches et restrictive pour les autres <ul style="list-style-type: none"> • Proches 24/7 • Autres 14h à 21h • + de 12 ans seulement 	N/A	N/A
Unité d'hébergement de longue durée	N/A	Politique ouverte <ul style="list-style-type: none"> • Tous 24/7 	N/A
Unités de soins palliatifs et de fin de vie	N/A	Politique ouverte <ul style="list-style-type: none"> • Tous 24/7 	Politique de visite flexible, dirigée par le patient, avec heures de repos ou de tranquillité (Gray <i>et al.</i> , 2011)

RÉFÉRENCES

- [1] Institute for patient-and family-centered care. Changing hospital "visiting" policies and practices: supporting family presence and participation. Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC) 2010.
- [2] Ismail S, Mulley G. Visiting times. *BMJ*. 2007; 335(7633): 1316-7.
- [3] Medves JM, Harrison MB, Tranmer JE, Smith L. Visiting policies in hospitals: a systematic review of their effect on pediatric and adult populations and their visitors. *The Nursing Journal*. 2009; 01: 23-32.
- [4] Gibson V, Plowright C, Collins T, Dawson D, Evans S, Gibb P, et al. Position statement on visiting in adult critical care units in the UK. *Nursing in critical care*. 2012; 17(4): 213-8.
- [5] Lee MD, Friedenber AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours in New England intensive care units: strategies for improvement. *Critical care Medicine*. 2007; 35(2): 497-501.
- [6] Spuhler VJ. Review of the literature on visiting hours in the intensive care unit. 2007.
- [7] Berwick D, Kotagal M. Restricting visiting hours in ICUs: Time to change. *Journal of the American Medical Association*. 2004; 29(6): 736-7.
- [8] Smith L, Medves JM, Harrison MB, Tranmer JE, Waytuck B. The impact of hospital visiting hour policies on pediatric and adult patients and their visitors. *Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*. 2009; 7(2): 38-79.
- [9] Fondation Canadienne pour l'amélioration des services de santé. Beaucoup plus qu'une simple visite. Examen des politiques en matière de visites dans certains hôpitaux de soins actifs au Canada, Ottawa. 2015.
- [10] Kung J, Chiappelli F, Cajulis O, Avezova R, Kossan G, Chew L, et al. From systematic reviews to clinical recommendations for evidence-based health care: validation of revised assessment of multiple systematic reviews (R-AMSTAR) for grading of clinical relevance. *The open dentistry journal*. 2010; 4(1).
- [11] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*. 2010; 182(18): E839-E42.
- [12] Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open Intensive Care Units. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2014; 33(4): 181-93 13p.
- [13] Ciuffo D, Hader R, Holly C. A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centred care. *International journal of evidence-based healthcare*. 2011; 9(4): 362-87.
- [14] Davidson JE, Savidan KA, Barker N, Ekno M, Warmuth D, Degen-De Cort A. Using Evidence to Overcome Obstacles to Family Presence. *Critical care nursing quarterly*. 2014; 37(4): 407-21 15p.
- [15] Hanley JB, Piazza J. A visit to the intensive care unit: a family-centered culture change to facilitate pediatric visitation in an adult intensive care unit. *Critical care nursing quarterly*. 2012; 35(1): 113-22.
- [16] Whitton S, Pittiglio LI. Critical care open visiting hours. *Critical care nursing quarterly*. 2011; 34(4): 361-6.
- [17] Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*. 2016; 14(3): 181-234.
- [18] American Association of Critical-Care Nurses. Family presence: visitation in the adult ICU. *Critical care nurse*. 2012; 32(4): 76-8.
- [19] Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*. 2007; 35(2): 605-22 18p.
- [20] Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation*. 2006; 113(7): 946-52.
- [21] Adams S, Herrera A, 3rd, Miller L, Soto R. Visitation in the intensive care unit: impact on infection prevention and control. *Critical care nursing quarterly*. 2011; 34(1): 3-10.
- [22] Malacarne P, Corini M, Petri D. Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit. *American journal of infection control*. 2011; 39(10): 898-900.

- [23] Peluso AM, Harnish BA, Miller NS, Cooper ER, Fujii AM. Effect of young sibling visitation on respiratory syncytial virus activity in a NICU. *Journal of Perinatology*. 2015; 35(8): 627-30 4p.
- [24] Tang CS, Chung FF, Lin MC, Wan GH. Impact of patient visiting activities on indoor climate in a medical intensive care unit: a 1-year longitudinal study. *American journal of infection control*. 2009; 37(3): 183-8.
- [25] Department of Health & Human Services /Centers for Medicare & Medicaid Services. 2010.
- [26] Gouvernement du Québec. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - cadre de référence. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2011.
- [27] Gardner G, Collins C, Osborne S, Henderson A, Eastwood M. Creating a therapeutic environment: a non-randomised controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care. *International journal of nursing studies*. 2009; 46(6): 778-86.
- [28] Gray H, Adam J, Brown D, McLaughlin P, Hill V, Wilson L. Visiting all hours: a focus group study on staff's views of open visiting in a hospice. *International journal of palliative nursing*. 2011; 17(11): 552-60.
- [29] Frampton S, Guastello S, Brady C, Hale M, Horowitz S, Bennett Smith S, et al. Patient-centered care improvement guide. *Derby, CT: Planetree*. 2008.

CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL
DIRECTION DE L'ÉVALUATION, DE LA QUALITÉ, DE L'ÉTHIQUE, DE LA PLANIFICATION
ET DES AFFAIRES JURIDIQUES (DEQPAJ)
Bureau d'expertise en expérience patient (BEEP)
Hôpital Saint-François d'Assise
10, rue de l'Espinay, Édifice D, D7-724
Québec (Québec) G1L 3L5
Téléphone : 418 525-4444 poste 54682 — Télécopieur : 418 525-4028