

Centre de formation des soins – Formation spécialisée
HFR Fribourg – Hôpital cantonal

Impacts d'une politique de visites flexibles aux soins intensifs : le patient au cœur des soins

Par CASTELLI Yanes

Diplôme expert EPD-ES en soins intensifs

Travail présenté à VAUTHEY Barbara et au jury
Dans le cadre de la formation EPD-ES en soins intensifs

Septembre 2019

« J'ATTESTE AVOIR REALISÉ SEUL LE PRESENT TRAVAIL, SANS AVOIR
UTILISÉ DES SOURCES AUTRES QUE CELLES CITÉES DANS LA
BIBLIOGRAPHIE. »

CASTELLI YANES

REMERCIEMENTS

Je voudrais dans un premier temps remercier ma tutrice de ce travail, Barbara Vauthey, responsable de la filière des soins intensifs du centre de formation des soins, pour ses précieux conseils, son soutien et sa disponibilité qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes, pour leur aide dans la rédaction de ce travail :

L'équipe des soins intensifs de Fribourg et plus particulièrement ma référente de formation Lolita Bochud pour sa patience, son aide et son sourire communicatif qu'elle a pu m'offrir durant ces deux années.

L'équipe enseignante de cette formation à savoir Julien Garcia, Olivier François, Sara Di Gioia et Alain Cahic pour leurs savoirs transmis et leur rigueur pendant ces deux années.

Deux de mes collègues de formation, Cécile Barberis et Rafael Lago, pour leurs encouragements, leur écoute et leur soutien pendant cette formation.

Ma compagne Hélène Stahl pour son aide, son soutien et son réconfort durant toute ma formation.

Pour finir, je dédie ce travail à ma fille Louise qui a été ma plus belle motivation.

« L'AMOUR D'UNE FAMILLE, LE CENTRE AUTOUR DUQUEL TOUT

GRAVITE ET TOUT BRILLE »

(VICTOR HUGO ,1831)

RÉSUMÉ

Introduction : L'univers des soins intensifs est stressant pour les patients. Il est source d'agression et provoque un isolement social. Néanmoins, une prise en charge centrée sur la personne en intégrant son environnement social est primordiale. Pourtant, les heures de visites ne sont pas libres aux soins intensifs de l'HFR. L'objectif de cette étude est de connaître les impacts d'une politique de visites flexibles pour un patient hospitalisé aux soins intensifs avec un SAS supérieur ou égal à 3.

Méthode : Les recherches sur les bases de données ont permis d'effectuer une revue systématique non exhaustive de la littérature. La stratégie initiale consiste en une combinaison de termes MeSH. Les articles retenus font ressortir des résultats significatifs concernant uniquement les patients adultes aux soins intensifs. Les études rapportant exclusivement des interventions visant les soignants et/ou les familles, ainsi que celles portant sur une population pédiatrique n'ont pas été sélectionnées. Cinq études avec des résultats qualitatifs, quantitatifs et/ou mixtes sont analysées avec l'aide de la grille Mc Master.

Résultats : Dans quatre études sur cinq, les patients du modèle à visites prolongées reçoivent significativement plus de visites par jour avec une durée plus longue ($p < 0,001$). La contamination bactérienne des surfaces est positivement associée aux visites ouvertes ($p = 0,001$) mais sans plus de complications septiques. Les patients du modèle à visite prolongées présentent une longueur de delirium plus courte ($p = 0,03$) ainsi qu'un séjour en USI plus court ($p = 0,04$). Toutefois, trop de visiteurs en même temps peuvent facilement créer du stress pour certains patients. Par contre, d'autres patients décrivent la présence de leur famille comme un soutien important pendant la situation critique de leur hospitalisation, ce qui leur procure un sentiment de sécurité.

Conclusion : L'organisation d'une politique de visites flexibles est un défi majeur pour l'ensemble des services hospitaliers, notamment pour les services de soins intensifs. L'élaboration d'une politique de visites en fonction de chaque patient semble être l'objectif à atteindre. Cette dernière aura indéniablement un impact sur le vécu de l'hospitalisation. Un aménagement des visites qui répondra aux besoins de chacun, y compris du personnel, favorisera la communication et améliorera la satisfaction des patients et de leur famille.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	1
2. Contexte.....	3
2.1 Cadre général.....	3
2.2 Les soins intensifs de l'Hôpital cantonal de Fribourg	3
2.3 L'infirmier(ère) des soins intensifs	4
3. Problématique.....	4
3.1 Du questionnement de départ à la question de recherche.....	4
3.2 Question de recherche	6
4. Cadre conceptuel	7
4.1 L'impact d'un séjour aux soins intensifs	7
4.2 « Prendre soin » aux soins intensifs.....	8
4.3 Du concept de famille à celui soins des soins centrés sur la famille	9
4.4 Les heures de visites	10
4.5 <i>Sedation Agitation Scale</i>	11
5. Méthodologie	11
5.1 Stratégie de recherche	11
5.2 Sélection des études	12
6. Résultats	13
6.1 Résultats des recherches	13
6.2 Synthèse des résultats	14
6.2.1 Happ et al. (2007). Family presence and surveillance during weaning from prolonged mechanical ventilation. <i>Heart & Lung</i> , 36(1), 47-57.....	14
6.2.2 Rosa et al.(2017). Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: a before and after study. <i>Critical care medicine</i> , 45(10), 1660-1667.	14
6.2.3 Fumagalli et al.(2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit. <i>Circulation</i> , 113(7), 946-52.	15

6.2.4 Hardin, S. R., Bernhardt-Tindal, K., Hart, A., Stepp, A., & Henson (2011). Critical-care visitation: the patients' perspective. <i>Dimensions of Critical Care Nursing</i> , 30(1), 53-61.	17
6.2.5 Olsen, K. D., Dysvik, E., & Hansen, B. S (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. <i>Intensive and critical care nursing</i> , 25(4), 190-198.	18
7. Discussion.....	19
7.1 Sphère biologique.....	19
7.2 Sphère psychologique	21
7.3 Sphère sociale	23
8. Implications dans la pratique, limites et apprentissages.....	26
8.1 Implications dans la pratique	26
8.2 Limites	27
8.3 Apprentissages.....	28
9. Conclusion	29
Liste de références bibliographiques	30
Annexe 1 Grille d'analyse : Happ et al 2007	34
Annexe 2 Grille d'analyse : Rosa et al. 2017	40
Annexe 3 Grille d'analyse : Fumagalli et al. 2006	45
Annexe 4 Grille d'analyse : Hardin et al. 2011	52
Annexe 5 Grille d'analyse : Olsen et al. 2009	57
Annexe 6 <i>Sedation Agitation Scale</i>	63
Annexe 7 La classification de Killip.....	64

1. INTRODUCTION

Ce travail de diplôme s'inscrit dans le cadre de la qualification d'étude post-diplôme – école supérieure (EPD-ES) en soins intensifs. Il signe pour moi la fin de deux années riches en joies, peines, apprentissages et remises en question, mais surtout deux années qui ont contribué à me faire évoluer pour devenir un expert en soins intensifs consciencieux dans mes actes, attentif aux demandes de la personne soignée et rigoureux dans mes attitudes.

Tout au long de ma formation EPD-ES en soins intensifs effectuée au centre de formation de l'Hôpital cantonal fribourgeois (HFR), j'ai appris à établir et à conduire une relation adaptée à chaque personne soignée dans un contexte de soin qui lui est propre. C'est ainsi que j'ai pu découvrir, développer et acquérir des compétences dans les domaines du savoir, savoir-faire et savoir-être dans l'univers des soins aigus.

Il m'a été demandé, dans ce cadre, de porter un regard critique sur ma pratique effectuée dans le service des soins intensifs B (SIB) de l'HFR, en m'appuyant sur l'Evidence-Based Nursing (EBN). L'EBN est la version infirmière du concept de l'Evidence-Based Medicine (EBM) définie par Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes et Richardson (1996), consistant en :

L'utilisation consciente, explicite et judicieuse des données probantes (evidence) les meilleures afin de prendre des décisions concernant les soins des patients à un niveau individuel. La pratique de l'EBM implique l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures données probantes cliniques issues de la recherche systématique. (p.71).

Diverses situations rencontrées au SIB m'ont intrigué et questionné, m'amenant à choisir le thème de ce mémoire. En effet, tout au long de mon parcours professionnel, j'ai appris et mis en œuvre un ensemble de mesures afin de permettre des conditions de bien-être optimal pour le patient. Pourtant, mon expérience des soins intensifs me confronte à une réalité : le bien-être du patient dans ces services est multimodal ; il comprend des dimensions connues, inconnues, mesurables ou non (Kentish-Barnes & Chaize, 2010). Il est ainsi impossible de connaître avec exactitude quels sont tous les critères du bien-être aux soins intensifs.

J'ai pu toutefois remarquer, au cours de ma formation et dans ma pratique quotidienne, qu'une des conditions primordiales au bien-être du patient est sa reconnaissance en tant que sujet et non comme simple objet de soins. Le bien-être aux soins intensifs s'inscrit dans un système où l'entourage du patient joue un rôle important puisque le bien-être des soignants et des familles a un retentissement sur le vécu d'une hospitalisation aux soins intensifs (Vinatier, 2011).

En tant qu'infirmier expert aux soins intensifs, je suis en contact au quotidien avec des patients confrontés à des situations de souffrance, de tristesse, voire d'échec, pouvant être le point de départ de comportements anxieux, d'agitation ou même d'agressivité. Il est alors de mon devoir d'apporter à chaque patient écoute, soutien, aide et réconfort, tout en restant professionnel. Il est cependant parfois difficile, en tant que soignant, de fournir un soutien moral optimal dans certaines situations de soins complexes, tout en gardant la distance nécessaire. Comme l'affirme Berwick (2004) :

Les données probantes suggèrent toutefois que la famille sert plus souvent de structure de soutien utile, ce qui augmente les possibilités d'éducation du patient et de la famille et facilite la communication entre le patient et les cliniciens. Les membres de la famille peuvent également être en mesure de fournir une rétroaction aux infirmières et aux médecins plus efficace que le patient gravement malade, ce qui crée une meilleure relation de travail pour tous (p.736).

En conséquence, les sociétés savantes françaises et américaines recommandent la libéralisation des horaires de visites dans le but d'inscrire la famille dans un objectif d'amélioration de la prise en charge de leur proche. De plus, lorsque le patient est conscient, ses préférences doivent être recherchées quant aux horaires et à la durée de présence de ses proches (Kentish-Barnes, 2010 ; Davidson et al., 2004-2005).

Suite à l'ensemble de mes recherches, lectures et réflexions, j'ai défini l'objectif de ce travail. Je souhaite comprendre en quoi une politique de visites moins restrictive permettrait d'améliorer les soins centrés sur le patient aux soins intensifs à l'HFR.

2. CONTEXTE

2.1 Cadre général

La médecine intensive est définie par la société suisse de médecine intensive (SSMI) comme une discipline incontournable de la médecine aiguë. Le contrôle scrupuleux de toutes les fonctions vitales importantes des patients en état critique ou victimes d'accidents graves constitue l'une des tâches principales de la médecine intensive. Elle regroupe des soins médicaux et infirmiers qui recourent à divers appareils extrêmement sophistiqués et impliquent une prise en charge étroite de la part d'une équipe spécialisée.

2.2 Les soins intensifs de l'Hôpital cantonal de Fribourg

Actuellement, le service de soins intensifs se trouve à l'Hôpital cantonal à Fribourg. Il fonctionne 24 h/24 et 7 j/7, il comporte 18 lits de soins intensifs répartis entre deux unités. La politique des visites actuelle est limitée aux membres de la famille et aux amis proches, à raison de deux personnes au maximum simultanément. Les visites se déroulent entre 14 heures et 20 heures. Selon certaines conditions spécifiques (retrait thérapeutique, hospitalisation d'un patient infirme moteur-cérébral, etc), des ajustements des horaires ou du nombre de personnes sont mis en place.

Jusqu'en 2006, seulement deux plages d'une heure par jour étaient dédiées aux visites des familles. Ces horaires ont été élargis cette année-là à la suite d'un travail de fin d'étude de deux étudiants EPD-ES. Treize ans plus tard, la politique de visites est toujours identique.

En 2018, 2060 patients ont été accueillis aux soins intensifs de l'HFR pour divers motifs médicaux-chirurgicaux tels que des états de chocs, des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux, des insuffisances respiratoires aiguës, des comas, des insuffisances rénales aiguës sévères, des polytraumatismes, des suites de prise en charge chirurgicales compliquées, etc.

Au sein du service des soins intensifs est effectué un recueil systématique de données minimale (MDSI) de la SSMI. Ces données sont collectées selon 3 tranches horaires :

- 0h – 8H
- 8h – 16h
- 16h – 24h

Sur cette collecte de données, on retrouve un âge moyen de 65 ans. Sur l'ensemble des horaires cité plus haut, 24% des patients ont été ventilés, 87% des patients présentent un score de sédation et d'agitation (SAS) supérieur ou égal à 3 dont 2% supérieur à 5. Le SAS est détaillé dans un paragraphe ultérieur.

2.3 L'infirmier(ère) des soins intensifs

Le rôle de l'infirmier(ère) dans le service des soins intensifs est complexe. En effet, les professionnels de santé y travaillant doivent mobiliser des connaissances et acquérir des comportements adaptés aux situations aiguës. Cela implique une formation complémentaire leur permettant de prendre en charge les patients et leurs proches dans ce contexte particulièrement difficile. L'identification des besoins spécifiques du patient en détresse vitale est primordiale. L'expertise que demande les soins intensifs permet non seulement de savoir mettre en œuvre des moyens pour répondre à cette détresse, en tenant compte du pronostic vital du patient et de son contexte psychosocial et cognitif, mais également de préparer l'entourage à rencontrer, le patient pendant cette détresse vitale et/ou d'atteinte à son intégrité corporelle. L'infirmier(ère) doit aussi s'assurer de la bonne compréhension par le patient et sa famille des informations transmises par le corps médical relatives à l'évolution de son état de santé en tenant compte des expériences, des sensibilités socio-culturelles et du contexte cognitif de chacun.

3. PROBLÉMATIQUE

3.1 Du questionnement de départ à la question de recherche

L'évolution de la médecine, plus particulièrement des soins aigus, ces dernières années a permis de réduire fortement la morbi-mortalité. L'éventail des traitements est plus large, les thérapies plus complexes et les risques sont également mieux connus. En tirant parti de ces évolutions majeures, l'humain doit cependant rester au cœur de nos préoccupations et la prise en soin du patient dans sa globalité reste notre principal objectif.

En effet, l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a redéfini en 2011 la qualité des soins d'après les critères suivants :

La fourniture des prestations doit être sûre, efficace, focalisée sur le patient, intervenir à temps et être efficiente, et tous doivent avoir les mêmes chances d'accès aux prestations. Ce sont ces dimensions qui servent à apprécier et à définir les mesures envisageables pour améliorer la qualité dans le domaine de la santé (p.23).

De plus, la mission de la médecine intensive ne peut être définie sans faire référence à des notions fondamentales telles que les principes médicaux-éthiques de «**bienfaisance**», «**non-malfaisance**», «**respect de l'autonomie**» et «**équité**».

Ces quatre principes classiques se focalisent sur le patient et sur sa prise en charge médicale. (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2013).

Ces définitions mettent en avant les prestations centrées sur le patient. D'après Roulin et Vignaux (2010), « prendre soin en réanimation peut se concevoir comme une valeur qui motive une approche centrée sur la personne et s'appuie sur des connaissances professionnelles » (p.243).

Ils ajoutent, « des activités comme un contact régulier avec les proches, des photographies des personnes malades dans leur contexte de vie, l'écriture dans un journal de bord facilitent une posture centrée sur la personne malade » (p.247)

D'après ces citations, nous comprenons mieux l'enjeu des soins centrés sur la personne que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit en 2015 comme une :

Approche de soins qui adopte consciemment la perspective individuelle et celles des aidants, des familles et des communautés en tant que participants à des systèmes de santé fiables – et bénéficiaires de ces systèmes – pour répondre aux besoins complets des personnes plutôt que pour combattre des maladies déterminées, en respectant leurs préférences (p.2)

Toutefois, la culture des services des soins intensifs est-elle actuellement adaptée à des soins centrés sur les besoins et les souhaits de la personne ? Dans cet environnement étranger, des facteurs tels que la gravité de la ou des pathologies, l'inquiétude d'un avenir incertain associé aux choix thérapeutiques parfois brutaux, aux traitements invasifs et lourds, à une infrastructure inconnue et impersonnelle favorisent le stress du patient et le déconditionnement familial. Dans ce cadre, nous devons soigner avec qualité et empathie chacun de nos patients en tenant compte de l'ensemble des conditions dont dépend leur bien-être en y intégrant leur réseau social.

Or, dans la plupart des pays frontaliers de la Suisse, une politique restrictive des plages horaires, du temps de visites et du nombre de visiteurs est largement appliquée (Quinio et al., 2002 ; Giannini A, Miccinesi G & Leoncino S, 2008). Les soignants argumentent cette restriction en évoquant, en cas de politique plus large, des effets stressants pour le malade, la peur de se voir monopolisés par des demandes permanentes des familles et la présence inopportune des visiteurs dans le service. Ils évoquent également la crainte de l'interruption ou du report des soins pour ne pas s'exposer au stress dû à la présence des familles, dans le but de préserver la qualité des soins.

Pourtant, les idées évoluent ; c'est le cas en Suisse depuis quelques années, par exemple, au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève. Cette démarche globale d'ouverture est justifiée d'une part par Peterson (2005), qui a décrit la mise en œuvre d'un système de visites ouvertes fondé sur le fait que les patients ont besoin de soutien et de réconfort que seul les familles peuvent offrir. D'autre part, Kleinpell (2008) met également en avant le soutien que la famille peut apporter à leur proche hospitalisé aux soins intensifs.

En effet, à plusieurs reprises, j'ai observé un changement de comportement du patient au moment des visites des proches. Ainsi l'ensemble de ces concepts précédemment énoncés m'ont interpellé. Je me suis alors questionné et j'ai posé une question de départ :

En quoi une politique de visites moins restrictives que les horaires actuels (14h à 20h) au sein du service des soins intensifs de l'HFR permettrait-il une amélioration du vécu de l'hospitalisation de nos patients ?

3.2 Question de recherche

Les diverses réflexions personnelles et échanges autour de la problématique avec la tutrice de mon travail, ont permis de soulever d'autres questions :

- « Les patients sédatisés pourront-ils exprimer leurs préférences après leur hospitalisation ? »
- « L'absence de restriction des horaires de visites en lien avec l'état d'éveil du patient permet-elle d'améliorer le vécu des patients ? »
- « L'absence de restriction des horaires de visites permettent-ils d'améliorer le vécu de la famille et/ou de l'équipe médico-soignante ? »

J'ai alors compris que le thème de ce travail est très large et peut être abordé de diverses manières. J'ai alors choisi de préciser cette question de départ afin de me concentrer sur les patients des soins intensifs avec SAS supérieur à 3 et également d'élargir mes recherches sur la littérature des soins intensifs pour arriver à la question de recherche suivante :

Quels sont les impacts d'une politique de visites élargies pour un patient hospitalisé aux soins intensifs ayant un SAS supérieur ou égal à 3 ?

4. CADRE CONCEPTUEL

4.1 L'impact d'un séjour aux soins intensifs

L'hospitalisation d'un patient aux soins intensifs est le signe d'un processus pathologique aigu sévère. Pour les malades placés dans cette situation de stress, la priorité en terme de prise en charge est d'abord somatique avec comme premier objectif l'efficacité des traitements (Pochard F. 2010). L'OMS (1946) définit la santé comme : « Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (p.1) . Selon cette définition inchangée depuis 1946, nous comprenons qu'être en santé ne correspond pas uniquement en une prise en charge médicale d'une pathologie.

Cette hospitalisation est également source d'agression physique et psychologique. Les facteurs de stress lors d'un séjour aux soins intensifs sont nombreux (traitements pharmacologiques, perturbations métaboliques, bruit, lumière, douleur, difficultés ou impossibilité de compréhension et de communication, etc.) et la prévalence de symptômes anxieux, dépressifs, délirants ou confusionnels est majeure pour les patients. (J.-F. Ampélas, F. Pochard & S.-M. Consoli, 2002).

Lorsque les psychologues et les sociologues donnent la parole aux patients, les mêmes expressions reviennent pour décrire leur expérience : « les soins intensifs, c'est un autre monde », « c'est un trou », « c'est un cauchemar » (Grosclaude M., 2002, p.125).

Il me semble alors indispensable de m'interroger sur les conséquences de la maladie, des soins prodigués et de l'état de bien-être dans ces services, au-delà du simple devenir des malades en terme de mortalité. Tout soignant doit avoir en tête que les patients de soins intensifs se sentent extrêmement vulnérables et dépendants dans un contexte médical agressif et peu réconfortant (Cassel J., 2005).

Les soignants ne doivent pas être exclusivement guidés par l'efficacité technique mais aussi par une approche humaine. Parfois, les attitudes du personnel, en infantilisant les patients et en encourageant la dépersonnalisation tendent à accentuer leur fragilité psychologique (Pouchelle MC., 2003). En 2002, Riers DA. mentionne déjà le besoin de compassion, d'encouragement, de réassurance et donc d'un soutien moral permanent.

4.2 « Prendre soin » aux soins intensifs

Appréhender la signification de «prendre soin» pour les patients de soins intensifs pose un double défi. Il est lié, d'une part, au haut niveau de technicité induit par ce type de service et d'autre part, aux difficultés d'accéder aux désirs des patients en raison des troubles de l'état de conscience et cognitifs dont ils souffrent.

Lorsque l'on considère « prendre soin » comme une attitude, cela fait référence à des termes comme la sollicitude, l'attention, la responsabilité et le souci de l'autre (Hesbeen W. 1997).

W. Hesbeen nous explique que dans le domaine de la santé, «prendre soin» c'est porter une attention particulière à la personne qui nous fait face, sous-entendant une rencontre entre deux individus, celui qui prend soin et la personne soignée. Cette attention particulière implique de se centrer sur l'autre en tant que sujet. Il s'agit de considérer qu'il existe plusieurs réalités, de reconnaître la subjectivité de chacun et de rechercher ce qui fait du sens pour l'autre. Cette posture va permettre à l'autre de se sentir reconnu et respecté. «Prendre soin», comme le souligne cet auteur, peut être vu comme une valeur désirable et une perspective dans laquelle tous les professionnels de la santé devraient inscrire leurs actions.

« Prendre soin » devient alors une valeur soignante qui motive une approche centrée sur la personne et s'appuie sur des connaissances autant professionnelles qu'humaines. Au niveau pratique, cela implique d'éviter les gestes de soins qui déshumanisent la personne. Le respect de la dignité humaine suppose d'éviter l'exposition des parties du corps considérées comme intimes lors des soins ou des examens cliniques. Les soins d'hygiène sont un moment délicat, car l'usage du vase, l'incontinence, les lavements ou les cathéters urinaires génèrent souvent des sentiments d'indignité, et sont alors perçus comme un inconfort et une humiliation. Toutefois, certains patients décrivent d'autres moments, comme des instants privilégiés avec des éléments de confort (toucher, massages), faisant appel à la stimulation basale par exemple (Roulin & Vignaux, 2010).

La connaissance de la personne malade est alors un préalable indispensable à des soins centrés sur la personne. Il existe des petits moyens comme consulter les notes du dossier et prendre des informations lors des relèves. Certains services recueillent formellement auprès des proches des informations à propos des habitudes et de l'histoire de vie du patient.

Les proches permettent alors aux soignants de mieux comprendre la personne malade. Cette participation des familles a été décrite aussi bien par le personnel soignant que par les proches (Williams CM, 2005 ; Engstrom A & Soderberg S 2007).

Les proches peuvent être alors des acteurs majeurs de la prise en charge des patients. Ils sont, en effet, des «experts» permettant de détecter des troubles, des difficultés, des changements psychiques, et peuvent probablement, du simple fait de leur présence physique au lit du malade, être un facteur majeur de réassurance, d'orientation, d'information et d'apaisement (Pochard F. 2010).

D'autres pratiques également retrouvées dans un bon nombre de services aident à mieux connaître le patient, des photographies du patient à son chevet offrent une image visuelle du patient dans son contexte de vie. L'écriture dans un journal de bord influence l'attitude des soignants. Le journal de bord est un cahier laissé auprès du lit du patient dans lequel les soignants et les proches écrivent régulièrement à l'intention du patient les événements du séjour. Des analyses du contenu de ces journaux révèlent que ces écrits contenaient plus que la narration du quotidien aux soins intensifs : des messages de soutien et des encouragements sont transmis au patient.

4.3 Du concept de famille à celui soins des soins centrés sur la famille

Le concept de famille désigne les formes de vie qui sont fondées sur les liens entre parents et enfants unissant les générations et qui sont reconnues par la société. (Commission Fédérale pour les Question Familiales, s.d). Il n'existe pas de définition réglementaire de la famille, mais on considère généralement que ce sont les enfants légitimes, naturels ou adoptifs, les parents, époux ou concubins, les personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité, et enfin ceux qui partagent l'intimité du malade.

Toutefois, les lignes directrices pour des soins axés sur la famille dans les unités de soins intensifs néonataux, pédiatriques et pour adultes concluent que la famille est définie par le patient ou, dans le cas des mineurs ou des personnes sans capacité de décision, par leurs substituts. Dans ce contexte, la famille peut être apparentée ou non au patient. Ce sont des personnes qui offrent du soutien et avec qui le patient entretient une relation importante. La famille est alors reconnue comme un système comprenant non seulement les membres de la famille biologique, mais aussi les personnes importantes au sens large du terme (Nolen & Werren 2014, p.2).

Une maladie physique ou un accident grave d'un membre du groupe peut alors menacer ce système (Nolen & Werren 2014) et est souvent le début d'une série de difficultés pour le patient et sa famille. D'autant plus lors d'une hospitalisation aux soins intensifs qui est un événement majeur dans une vie.

Ainsi, il peut arriver, même à une unité familiale très soudée d'être plongée dans le chaos et de devoir se réorganiser pour survivre à cette période traumatisante. En effet, il en résulte souvent un stress important pour le système familial, ce qui peut entraîner de l'anxiété, des sentiments d'impuissance et de désespoir. Ce stress peut également réduire la capacité des membres de la famille à recevoir et à comprendre l'information dont ils ont tant besoin et, à plus long terme, mener à un épuisement physique et émotionnel associé à de la peur, une solitude, une dépression et à un sentiment d'inutilité.

Ainsi, toute intervention réduisant l'impact négatif d'une hospitalisation aux soins intensifs, aura un bénéfice direct pour le patient (Nolen & Warren, 2014, p.2).

4.4 Les heures de visites

« Rendre visite » à l'hôpital est un terme générique dont la signification varie d'un hôpital à l'autre et d'une culture à une autre. Dans ce travail de recherche, les définitions suivantes sont utilisées :

- Les visites « restreintes » autorisent un nombre fixe de visiteurs et des délais spécifiques, habituellement fixés par la politique du service.
- Les visites « ouvertes » permettent aux familles d'être présentes à tout moment pendant la journée, 24 heures sur 24, aussi longtemps qu'elles le souhaitent et avec un nombre illimité de personnes.

Ces deux pratiques se situent à l'opposé l'une de l'autre. En réalité, elles n'ont probablement jamais été strictement mises en œuvre dans un hôpital ou une unité de soins intensifs. Les circonstances et la compassion humaine permettront toujours de contourner les règles dans un environnement normalement restrictif pour faire face à un événement brutal ou extrême. De même, il y aura des moments où dans les politiques de visites les plus ouvertes, le personnel infirmier devra exercer un certain contrôle. Entre ces deux concepts se situe une série de pratiques de visites que l'on peut qualifier de flexibles. D'autres termes couramment utilisés pour décrire ce juste milieu sont contractuel, structuré ou sans restriction.

Dans ce travail, le terme flexible sera utilisé pour discuter de l'éventail des pratiques de visites qui se situent entre les extrêmes ouvert et restreint.

Plusieurs arguments plaident pour que les services de soins intensifs soient plus accessibles. Il paraît logique que le matin, où la charge en soins est la plus importante, que les familles ne soient pas présentes auprès des patients. Néanmoins, en Suède, 70 % des unités de soins

intensifs ont des heures de visites flexibles, alors qu'elles sont seulement 32% aux États-Unis, 23% en France, 22% au Royaume-Uni et 0,4% en Italie (Giannini, 2008, p.1259).

4.5 *Sedation Agitation Scale*

Il existe différentes échelles permettant d'évaluer le degré de sédation. Selon les lignes directrices de la gestion de la douleur, de l'agitation et du délirium chez les patients des soins intensifs (2013), l'échelle d'agitation-sédation de Richmond (RASS) et *Sédation Agitation Scale* (SAS) sont les outils d'évaluation de la sédation les plus valides et les plus fiables pour mesurer la qualité et la profondeur de la sédation chez les patients adultes en unité de soins intensifs (USI) (Lucidarme & Cheyron 2013).

Celle retenue et utilisée par les soins intensifs de l'HFR est le SAS. Elle permet de quantifier et de suivre le niveau de sédation atteint par le patient et d'adapter le traitement en conséquence. Cette échelle tient compte de deux paramètres : l'agitation et le niveau de conscience. Elle est divisée en sept paliers représentant différents niveaux de sédation et d'agitation entre 1 (patient comateux sans réponse aux ordres simples) et 7 (patient agité et violent se mettant en danger ainsi que son environnement). (cf. Annexe 6)

J'ai choisi de centrer mon travail sur les patient ayant un SAS égal ou supérieur à 3, ces derniers étant les seuls aptes à pouvoir exprimer leur opinion concernant l'impact des visites. De plus, d'après les statistiques MDSI des soins intensifs de l'HFR, ces patients représentent la majorité de ceux hospitalisés au sein du service. En effet, tous les patients, à l'exception de ceux transférés ou décédés sédatisés, passent par cette étape d'éveil.

5. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie retenue afin de répondre au mieux à la question de recherche de ce travail est une revue systématique non exhaustive de la littérature. Cette méthode est choisie car actuellement, les horaires de visites des soins intensifs de l'HFR n'étant pas ouvert, une enquête de terrain auprès des patients n'aurait pas été éthiquement acceptable.

5.1 Stratégie de recherche

J'ai décidé d'effectuer des recherches avec les bases de données suivantes : MEDLINE, CIHNAL, Cochrane Library , ainsi que Google Scholar.

Concernant la recherche dans MEDLINE, la stratégie initiale consiste en une combinaison de termes MeSH liés suivants :

Descripteur Mesh en Français	Descripteur Mesh en Anglais
Unité de soins intensifs	Intensive care unit (ICU)
Soins de réanimation	Critical care
Relation familiale	Family relation
Visiteurs des patients	Visitors to patients
Soins centrés sur les patients	Patient centered care
Sujets âgés	Aged
Satisfaction des patients	Patient satisfaction
Politique organisationnelle	Organizational policy

J'ai filtré les articles les plus récents publiés depuis 2006. J'ai fixé cette limite pour me situer après la publication des lignes directrices américaines sur les soins centrés sur le patient aux soins intensifs en 2005 (SCCM, 2004-2005). J'ai également effectué une recherche manuelle dans la section bibliographique des articles inclus pour trouver d'autres références en lien avec la problématique.

Après entretien téléphonique avec la bibliothécaire de l'HFR, j'ai finalement décidé de ne pas réaliser de recherche sur Cochrane Library et CINAHL, afin d'éviter les doublons. En effet, toutes les références retrouvées sur ces deux bases de données concernant ce travail sont également référencées sur MEDLINE.

5.2 Sélection des études

Les articles faisant ressortir des résultats significatifs concernant uniquement les patients des soins intensifs ont été inclus ainsi que les études sur les pratiques des soins centrés sur le patient avec des résultats qualitatifs, quantitatifs et/ou mixtes, pour les adultes de 18 ans révolus.

Les articles sélectionnés devaient être rédigés en français ou en anglais.

Les études rapportant uniquement des interventions visant les soignants et/ou les familles, ainsi que celles portant sur une population pédiatrique (âgée de moins de 18 ans) ou néonatale ont été exclues. J'ai également exclu les résumés de colloques et les études pour lesquels aucun article en texte intégral n'était disponible.

6. RÉSULTATS

6.1 Résultats des recherches

Les résultats des différentes recherches sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Descripteurs Mesh	Résultats	Retenus selon les critères d'inclusion et d'exclusion
care unit, intensive AND family relation AND aged	19	Happ, M. B., Swigart, V. A., Tate, J. A., Arnold, R. M., Sereika, S. M., & Hoffman, L. A. (2007). Family presence and surveillance during weaning from prolonged mechanical ventilation. <i>Heart & Lung</i> , 36(1), 47-57.
care unit, intensive AND visitors to patient AND aged	22	Rosa, R. G., Tonietto, T. F., da Silva, D. B., Gutierrez, F. A., Ascoli, A. M., Madeira, L. C., ... & Cavalcanti, A. B. (2017). Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: a before and after study. <i>Critical care medicine</i> , 45(10), 1660-1667. Fumagalli, S., Boncinelli, L., Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., Di Bari, M., ... & Pini, R. (2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit. <i>Circulation</i> , 113(7), 946-52.
critical care AND patient satisfaction AND visitors to patient	3	Hardin, S. R., Bernhardt-Tindal, K., Hart, A., Stepp, A., & Henson, A. (2011). Critical-care visitation: the patients' perspective. <i>Dimensions of Critical Care Nursing</i> , 30(1), 53-61.
critical care AND family AND organizational policy	9	Olsen, K. D., Dysvik, E., & Hansen, B. S. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. <i>Intensive and critical care nursing</i> , 25(4), 190-198.

6.2 Synthèse des résultats

Les articles scientifiques retenus ont été analysés de manière approfondie avec la grille d'analyse Mc Master (Letts et al. 2007 ; Law et al. 2007) et se trouvent en annexe de ce travail. J'expose ici les principaux résultats de chacune de ces études.

6.2.1 Happ et al. (2007). Family presence and surveillance during weaning from prolonged mechanical ventilation. *Heart & Lung*, 36(1), 47-57.

L'étude de Happ et al. effectuée en 2007 dans un hôpital de Pittsburg a inclus trente patients adultes en cours de sevrage ventilatoire (≥ 4 jours). Cette étude qualitative a cherché à décrire comment les membres de la famille interagissent avec le patient, réagissent au ventilateur et au matériel connexe pendant les essais de sevrage ventilatoire.

Les patients qui survivent et qui réussissent à se sevrer de la ventilation mécanique déclarent que l'inclusion des membres de leur famille dans le processus de sevrage est importante pour eux. Les auteurs se basent sur une analyse quantitative qui révèle que la durée de déventilation quotidienne est beaucoup plus longue en présence des familles ($p < 0,0001$).

Trois items sont retenus pour décrire l'interaction entre les membres de la famille et les patients pendant le sevrage ventilatoire : le toucher, la communication verbale et la surveillance de divers éléments par les familles.

Les résultats de cette étude fournissent un cadre conceptuel utile pour comprendre les comportements familiaux avec les patients gravement malades. En résumé, la présence de la famille au chevet du patient pendant le sevrage représente une interaction importante et potentiellement bénéfique qui peut être influencée par le coaching et l'enseignement des infirmiers(ières), des physiothérapeutes et des médecins.

Cette étude doit être interprétée avec prudence en raison de la petite taille de l'échantillon et de la nature catégorique de la variable de la présence familiale. Le pourcentage du temps de sevrage pour lequel les familles sont présentes n'a pas été mesuré. De plus, on ne sait pas dans quelle mesure les familles savent que des essais de sevrage sont en cours pendant leurs visites et comment cela a pu ou non modifier leurs comportements et leurs interactions avec les patients.

6.2.2 Rosa et al.(2017). Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: a before and after study. *Critical care medicine*, 45(10), 1660-1667.

L'étude prospective avant/après de Rosa et al. est menée dans une unité de soins intensifs

médico-chirurgicaux de 31 lits à Porto Alegre, au Brésil en 2017. L'objectif de cette étude est de comparer l'incidence de survenue d'un état confusionnel aigu chez les patients, entre un modèle de visites restreintes (RVM) et un modèle de visites étendues (EVM) . Au total, 286 patients ont été recrutés dans l'étude, dont 141 dans le cadre de la RVM et 145 dans le cadre de l'EVM.

Au cours de cette étude, la durée médiane des visites est passée de 133 minutes dans le modèle de visites restreintes, à 245 minutes dans le modèle de visites flexibles ($p < 0,001$).

Quatorze patients (9,6%) ont présenté un état confusionnel aigu dans le modèle de visites flexibles, comparativement à vingt-neuf (20,5%) dans le modèle de visites restreintes (RR 0,50 ; IC à 95% {0,26 à 0,95}).

Comparativement aux patients du modèle à visites restreintes, les patients du modèle à visites flexibles présentent une longueur de delirium plus courte ($p = 0,03$) ainsi qu'un séjour en USI plus court ($p = 0,04$).

Le taux d'infections nosocomiales et de mortalité toutes causes confondues n'a pas varié de façon significative entre les deux groupes d'étude.

Il existe plusieurs biais potentiels dans ce travail, le premier étant une possible évolution spontanée des indicateurs (variation saisonnière) entraînant une potentielle sur ou sous-estimation des résultats. Il peut également y avoir une surestimation des résultats lié au fait que les soignants ont conscience de participer à une expérience, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation (comportements, décision, choix thérapeutiques, empathie). Il n'y a, par ailleurs, pas de contrôle des facteurs de risques médicamenteux des états confusionnels (sédation, opioïdes, benzodiazépines) et pas d'évaluation de l'impact de l'EVM sur le personnel des soins intensifs (risque de charge de travail accrue, de désorganisation des soins et de stress).

Enfin, la validité externe de l'étude peut être limitée par son caractère mono-centrique et le faible échantillonnage.

6.2.3 Fumagalli et al.(2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit. *Circulation*, 113(7), 946-52.

L'étude mono-centrique randomisée de Fumagalli et al. effectuée en Italie dans une unité de soins intensifs de cardiologie de 6 lits sur une période de 24 mois a pour objectif premier de vérifier si, par rapport à une politique de visites restrictives (RVP), une politique de visites non restrictives (UVP) est associée à un risque accru de complications septiques. Le deuxième objectif présenté par les auteurs est de comparer l'incidence des complications cardiovasculaires majeures et les changements dans les profils émotionnels et hormonaux

des patients entre les deux politiques.

Sur 226 patients recrutés, 115 ont été inclus au hasard pendant la RVP et 111 pendant la UVP. Au cours de cette étude, les patients UVP ont reçu significativement plus de visites par jour avec une durée plus longue ($p < 0.001$ pour les deux comparaisons). La contamination bactérienne des surfaces des chambres est positivement associée à la UVP ($p=0,001$) alors que la contamination fongique de ces surfaces est associée à la RVP ($p=0,01$). Malgré la contamination bactérienne plus faible au cours de la période de la RVP, l'incidence cumulative de pneumonie, d'infections urinaires, de sepsis et d'autres complications septiques est semblable dans les deux groupes, également après ajustement pour l'âge, le sexe et la période de recrutement.

Toutes les complications cardiovasculaires majeures sont moins fréquentes dans les périodes de UVP que dans les périodes de RVP, la différence étant statistiquement significative pour l'œdème pulmonaire ou un état de choc cardiogénique ($p=0,03$). Dans l'ensemble, le risque relatif de complications cardiovasculaires, quel qu'en soit le type, est environ deux fois plus élevé pendant les RVP que pendant les UVP ($p=0,03$).

Par ailleurs, dans une analyse distincte de 156 patients (RVP : $n=80$; UVP : $n=76$) ayant subi un infarctus aigu du myocarde, l'étude a comparé la distribution de la classification de Killip (cf. annexe 7) entre l'admission et la sortie de l'USI. Dans les périodes UVP, 58,8% des patients admis en classe 2 à 4 sont passés en classe 1 à la sortie ($p=0,039$). Toutefois, la mortalité n'est pas significativement différente d'un groupe à un autre.

Le score d'anxiété est semblable au départ dans les deux groupes et diminue de façon significative dans le groupe UVP entre l'admission à l'USI et la sortie ($p=0,006$), tandis qu'une légère réduction non significative est observée dans le groupe RVP. La TSH plasmatique est significativement plus élevée à la sortie qu'à l'admission dans les deux groupes, la différence étant plus marquée dans le groupe RVP ($p < 0.001$) par rapport au groupe UVP ($p= 0,046$).

En raison de la petite taille de l'échantillon, qui constitue la principale limite de cette étude, les constatations sur les résultats cardiaques peuvent être limitées. Elle ne démontre pas non plus si les périodes UVP sont associées à une réduction significative de la mortalité (la taille estimée de l'échantillon nécessaire pour détecter une différence significative de mortalité était d'au moins 306 patients par groupe).

De plus, l'étude n'a pas mesurée le temps passé auprès des patients par le personnel, ni tenu compte d'indicateur de stress pour le personnel, potentiellement augmenté par les UVP. Une autre limite de l'étude est le fait qu'en raison de la conception de l'étude, il n'a pas été possible de dissimuler les résultats cliniques aux évaluateurs pendant la période étudiée.

Enfin, les résultats de cette étude mono-centrique italienne ne peuvent être généralisés à d'autres contextes géographiques et sociodémographiques.

6.2.4 Hardin, S. R., Bernhardt-Tindal, K., Hart, A., Stepp, A., & Henson (2011). Critical-care visitation: the patients' perspective. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30(1), 53-61.

L'étude descriptive corrélationnelle de Hardin et al. a pour objectif de déterminer la satisfaction des patients gravement malades à l'égard des heures d'ouverture limitées dans hôpital de soins aigus de 435 lits en Caroline du Nord. L'échantillon de cette étude comprend 122 patients au sein de cinq services de soins intensifs, âgés de 20 à 91 ans (âge moyen 60 ans). Un questionnaire en 11 points évaluant les préférences des patients quant aux heures de visites est distribué à la sortie du service. Ces unités ont une politique de visites qui autorise deux visiteurs pendant 30 minutes à 9 h, 12 h, 17 h et 20 h.

Un certain nombre de variables est corrélé de façon significative. Il y a de fortes relations entre les préférences des visiteurs ; la durée de la période de visites préférée ($p= 0.01$) ; le nombre de visites dans une journée et le nombre de visiteurs autorisés à visiter à un moment donné ($p= 0.01$). Il y a également une corrélation significative avec le temps de visites et le nombre de visiteurs qui préféreraient une fréquence et une durée des visites plus importante ($p= 0.01$). Des corrélations significatives sont trouvées entre l'âge des patients et leur préférence pour le nombre de visites par jour ($p= 0,05$). La plupart des sujets mariés (55,3%) veulent des visites plus de 4 fois par jour.

La majorité des sujets (68,5 %) désire des visiteurs toutes les 6 heures ou plus fréquemment. Les patients qui veulent recevoir des visiteurs moins de trois fois par jour (44,6%), préfèrent n'avoir que deux ou trois visiteurs à la fois. Il est intéressant de noter que la plupart des patients souhaitent que les visites soient terminées à 22 h (81,3%).

Les patients mariés et les célibataires préfèrent ne pas avoir de restrictions quant à l'heure de la journée à laquelle leurs visiteurs venaient (99 %), contrairement aux veufs.

61,2% des patients déclarent que le fait d'avoir des visiteurs n'augmente pas leur niveau de fatigue, alors que seulement 3,4 % rapportent que les visiteurs causent une fatigue extrême. Tous les patients sauf un veulent de la visite. Ce patient n'a en fait demandé aucune visites et a suggéré que personne d'autre ne doit recevoir de visiteurs, car ceci est perturbant selon lui.

Il y a des limites à cette étude. Les résultats sont basés sur un petit échantillon d'un hôpital de la région du sud-est des États-Unis, ils ne peuvent donc pas être généralisés au reste du pays ni dans le reste du monde. La durée du séjour du patient n'est pas prise en compte dans la détermination de sa satisfaction à l'égard de la politique actuelle des visites. Or, plus la durée

du séjour est courte, plus le patient est satisfait de la politique qu'il a pu avoir. De plus, seuls les patients anglophones ont été inclus dans l'étude. Si d'autres nationalités étaient incluses, les résultats pourraient diverger en fonction des différences culturelles. Enfin, les auteurs ont demandé l'avis des patients concernant les visites seulement au moment de leur sortie de l'unité.

6.2.5 Olsen, K. D., Dysvik, E., & Hansen, B. S (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive and critical care nursing*, 25(4), 190-198.

L'étude qualitative descriptive d'Olsen et al. est réalisée dans une unité de soins intensifs généraux de 12 lits dans un hôpital universitaire en Norvège. L'objectif de cette étude est double. Premièrement, les auteurs cherchent à savoir quelles personnes sont souhaitées par les patients auprès d'eux. Deuxièmement ils enquêtent sur la façon dont ces patients vivent la présence des membres de leur famille alors qu'ils se trouvent dans une situation critique. Les visites sont autorisées dans ce service de 11h à 19h et les visiteurs sont invités à sortir pendant les changements d'équipe et les soins intimes. L'échantillon comprend 11 patients : quatre femmes et sept hommes âgés de 19 à 69 ans. Des entrevues enregistrées sur bande sonore sont effectuées afin d'analyser les résultats.

Les participants décrivent la présence de leur famille comme un soutien important pendant la situation critique. Même si les participants ne se souviennent pas de tout leur séjour, ils considèrent comme une évidence que leur famille soit auprès d'eux. La présence de la famille engendre également un sentiment de sécurité pendant que les patients sont encore sédatisés. Lorsque les patients sont conscients, ils trouvent apaisant d'avoir de la famille à proximité. Un patient a estimé qu'il était difficile d'avoir des visiteurs lorsqu'il était en cours de sevrage ventilatoire. « Vous ne pouvez pas avoir des visiteurs quand vous n'êtes pas présentables vous-même », a déclaré un autre patient. De nombreux visiteurs en même temps peuvent facilement créer du stress pour certains patients ; un ou deux visiteurs suffisent alors pour ces derniers.

La première limite de cette étude réside dans le fait que les participants se trouvent encore dans une situation vulnérable. Certains ne donnent que de brèves entrevues et n'ont que peu ou pas de souvenirs immédiats de leur séjour à l'USI, ceci peut influencer la crédibilité de l'étude. Une autre limite est la petite taille de l'échantillon, ce qui rend la généralisation limitée.

7. DISCUSSION

A la suite de la synthèse de ces études, il me semble opportun de discuter de leurs résultats respectifs d'après le modèle biopsychosocial. En effet, ce dernier me permet d'évaluer d'une manière globale l'impact d'une politique de visites élargies pour un patient hospitalisé aux soins intensifs ayant un SAS supérieur ou égal à 3. Ces résultats sont mis en relation entre eux afin d'en avoir une vision globale.

7.1 Sphère biologique

L'étude de Fumagalli et al. démontre que par rapport aux UVP, les patients en RVP ont un risque deux fois plus élevé de complications cardiovasculaires majeures ($p=0,03$). Le bénéfice potentiel cardiocirculatoire associé à l'UVP a également été mis en évidence par l'amélioration de la classification de Killip chez les patients admis pour un infarctus aigu du myocarde au cours des périodes d'UVP. Les auteurs émettent l'hypothèse que la plus faible incidence de complications cardiovasculaires enregistrée au cours des périodes d'UVP résulte d'une surveillance plus étroite assurée par les proches en visite chez les patients, ce qui permettrait au personnel de l'USI de réagir plus rapidement et plus précisément.

De leur côté, Happ et al. déduisent que la surveillance des proches est définie comme la participation active des membres de la famille à l'observation et à l'interprétation de l'état physiologique ou psychologique du patient mais également à l'affichage numérique des dispositifs technologiques de surveillance du patient. En observant les cliniciens et en posant des questions, les membres de la famille apprennent à déchiffrer les moniteurs et à interpréter eux-mêmes les alarmes et les affichages des appareils. Armés de nouvelles connaissances pour donner un sens aux chiffres, les membres de la famille interprètent parfois les changements quotidiens minimes comme une preuve de progrès ou d'échec. Les comportements de surveillance sont cependant vécu négativement par l'équipe quand la famille remet en question leur travail.

Selon moi, que les visites soient libres ou non, il est d'une importance capitale de dissocier la surveillance d'un professionnel de santé avec un regard avisé et expert face aux différentes situations de soins, et la surveillance familiale, ayant pour but de nous éclairer face aux habitudes ou préférences de leurs proches. De plus, il est peu probable qu'un personnel bien formé compte sur les alertes des proches pour fournir de meilleurs soins dans une unité de soins intensifs. Il est également utopique de penser que l'unique présence familiale, même continue, est à la base de toute amélioration médicale. Mais il me semble que, la complémentarité entre le patient, l'équipe soignante et l'unité familiale doit être recherchée dans le but d'optimiser les soins centrés sur le patient.

L'article de Happ et al. s'appuie sur une autre étude qui met en évidence une différence significative entre les deux groupes de visites restreintes et ouvertes : la durée de déventilation quotidienne chez les patients en cours de sevrage ventilatoire est beaucoup plus longue en présence des familles ($p < 0,0001$). L'analyse observationnelle permet d'identifier et de décrire les caractéristiques des interactions patient/famille jugées par les soignants comme facilitant ou interférant avec le processus de sevrage ; ces typologies et descriptions peuvent servir de base aux programmes d'éducation des membres de la famille. De plus, selon moi, une meilleure compréhension et une utilisation accrue des compétences d'une équipe pluridisciplinaire en matière de conseils et d'encadrement de la présence de la famille pendant le sevrage constituent une piste importante à explorer. Néanmoins, ce résultat est à interpréter avec prudence, cette analyse n'étant pas le but premier de l'étude et le faible échantillon le rend difficilement généralisable.

Fumagalli et al. posent également l'hypothèse d'une augmentation d'un risque d'infection nosocomiale au sein de leur service de soins intensifs en lien avec l'élargissement des horaires de visites. On retrouve, effectivement, une augmentation de la contamination bactérienne dans l'air du couloir du service ($p=0,05$) ainsi que des surfaces dans la chambre des patients ($p=0,01$) lors des visites élargies. Cependant, l'incidence cumulative de complications septiques était semblable dans les deux groupes UVP/RVP (RR 1,1 {0,6-2,1}). Rosa et al. retrouvent des résultats similaires avec l'absence de différence pour les infections nosocomiales de tout type entre le groupe de visites ouvertes et restreintes. Selon moi, ces résultats sont corrélés au fait que lors d'une politique de visites libres, les portes du service sont plus fréquemment ouvertes d'où la facilité pour les bactéries d'y pénétrer. Il en va de même pour la contamination des surfaces en lien avec le nombre plus important de visiteurs. C'est pourquoi, il est de notre rôle de veiller au respect des mesures d'hygiène standard par les visiteurs au quotidien. Cette constatation remet en cause l'idée selon laquelle la limitation du nombre d'heures de visites contribue au contrôle de l'infection dans les unités de soins intensifs et suggère que la contamination de l'environnement n'est pas un facteur déterminant des complications septiques. Il est bien connu que les soignants sont les principaux vecteurs de micro-organismes pathogènes au sein des services hospitaliers d'où l'importance du respect des mesures d'hygiènes standards et spécifiques. L'unité de prévention et de contrôle des infections (UPCI) de l'HFR a aussi modifié les règles d'hygiènes spécifiques concernant les proches.

7.2 Sphère psychologique

L'étude de Happ et al. montre que les encouragements verbaux et le soutien des membres de la famille aident certains patients à réduire leur anxiété ou éviter certaines asynchronies respiratoires. La mère d'un patient décrit par exemple l'accompagnement de son fils pendant un épisode d'asynchronie du ventilateur en utilisant des paroles et le toucher. Ainsi, en tenant fermement les deux mains de son fils, elle lui a exprimé un soutien à la fois réconfortant et stimulant, elle l'a aidé à se concentrer lors d'un moment difficile du sevrage.

Au contraire, pour d'autres patients, la présence de la famille augmente leur anxiété, comme pour une patiente de 56 ans atteinte d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). Cette dernière a exprimé à un investigateur que ses enfants ne sont d'aucune aide pendant le sevrage et que leurs visites l'ont fatiguée. Les membres de la famille ont également montré dans cette étude un aperçu, quoique rétrospectif, des effets négatifs possibles de leur présence pendant le sevrage.

Selon moi, la présence de la famille est souvent bénéfique pour la réduction de l'anxiété des patients mais peut également se révéler délétère en cas de comportement et/ou paroles inadaptés (par exemple des reproches fait concernant le mode de vie à un patient admis pour un infarctus du myocarde).

Ainsi, il est du rôle de l'équipe soignante d'identifier des comportements potentiellement angoissants venant des familles et de leur expliquer, le cas échéant, qu'une attitude positive permet de diminuer l'anxiété de leur proche hospitalisé. Des paroles encourageantes en soulignant les progrès réalisés, ou encore des discussions normalisantes concernant des sujets du quotidien (météo, animaux de compagnie...) pour distraire les patients sont des comportements aidants.

D'autre part, dans le contexte d'une maladie grave et de l'environnement de haute technologie de l'USI, le toucher généralement considéré comme un acte naturel, peut devenir difficile à appréhender pour certains membres de la famille. Les soignants jouent alors un rôle important en conseillant les proches, en les encadrant et en les guidant vers un toucher approprié.

Les familles peuvent également servir d'intermédiaire entre les cliniciens et les patients, en répétant ou reformulant l'information reçue. Inversement, les membres de la famille aident parfois les soignants en interprétant le comportement des patients, leur communication non verbale ou encore l'évolution clinique. Mais Happ et al. modèrent ces bénéfices en démontrant que, dans certains cas, le personnel de l'unité de soins intensifs perçoit négativement l'interprétation erronée ou exagérée de la réaction du patient par un membre de sa famille, ou son anxiété face à l'absence de progrès en matière de sevrage.

Ainsi, les comportements protecteurs sont souvent interprétés par les soignants comme de l'angoisse familiale, ou du déni face à la situation.

Au stade aigu de l'infarctus du myocarde, l'anxiété est une réaction émotionnelle particulièrement fréquente qui est indépendamment associée à un risque accru de complications cardiovasculaires majeures, à court ou à long terme. Le patient devant se reposer, la présence de la famille à son chevet peut supposément augmenter son stress. Cependant, d'après les résultats de l'étude de Fumagalli et al., une réduction de l'anxiété est démontrée dans le groupe UVP. En effet, chez les patients, pour lesquels les syndromes coronariens aigus représentent environ 75% des diagnostics d'admission, l'UVP est associé à une réduction significative du score d'anxiété qui n'est pas apparu avec la RVP ($p = 0.006$ vs $p = 0.13$). Cette différence est associée à une augmentation significativement plus importante de la TSH dans le groupe RVP par rapport au groupe UVP ($p < 0.001$ vs $p = 0,046$). Les auteurs déduisent donc que l'augmentation du nombre et de la durée des visites familiales rassurantes et apaisantes entraîne une réduction de l'anxiété qui, à son tour, aurait pu être associée à moins de stress, à une activation hormonale atténuée et, éventuellement, à moins de complications cardiovasculaires. Toutefois, les auteurs émettent des réserves quant à l'interprétation des données de la TSH. Une augmentation rapide et soutenue de la TSH est classiquement rapportée en réponse à un stress aigu chez des sujets normaux mais il existe également une réduction de la sécrétion de TSH et d'autres hormones dans des états de stress prolongés. Par conséquent, les auteurs interprètent ce résultat comme le signe d'une réduction plus rapide du stress aigu chez les patients UVP sur un court séjour en unité de soins intensifs, comme le suggère également la réduction significative du score d'anxiété. Nonobstant, le délai entre les premières manifestations du syndrome coronarien aigu et le dosage du taux de TSH n'est pas connu et donc ces données restent difficilement interprétables.

Les visites des proches, dans le cadre d'une politique souple et adaptée, permettent alors de mieux détecter les prémices de troubles dépressifs ou anxieux chez les patients hospitalisés aux soins intensifs.

Rosa et al. démontrent par ailleurs une réduction significative du taux de survenue d'état confusionnel dans le modèle de visites prolongées, 14 patients soit 9,6 %, comparativement à 29 patients soit 20,5 % dans le modèle de visites restreintes (RR à 0,50 avec IC {0,26 à 0,95}). Ceci suggère que les contacts plus longs et plus fréquents entre les patients et leur famille permettent de réduire le stress et l'anxiété du malade dans l'environnement psychologiquement déstabilisant des soins intensifs et d'optimiser sa réafférentation.

De plus, l'EVM permettant des horaires de visites plus flexibles, elles favorisent les soins

centrés sur le patient et ainsi optimisent l'engagement de la famille auprès de leurs proches. La communication entre les patients, les familles et le personnel de l'USI est ainsi améliorée, permettant de dépister plus précocement des signes avant-coureurs de délirium et également de mieux comprendre les facteurs de risque du délirium chez ces patients.

De plus, comparativement à la politique de visites restreintes, les patients du groupe EVM présentent une durée de delirium plus courte (1.5 jours contre 3.0 jours ; $p=0.03$) ainsi qu'un séjour en USI plus court (3 jours contre 4 jours $p = 0,04$). Ces résultats peuvent être expliqués selon moi par différents éléments. Premièrement, la présence de visages connus au chevet du patient permet un apaisement quotidien, puis une plus grande motivation. Secondairement, les patients de soins intensifs sont souvent plus réceptifs aux sollicitations des proches, facilitant ainsi la réafférentation. Troisièmement, les informations données au patient par la famille sont mieux adaptées à son niveau de compréhension, si cette dernière les a bien intégrées. En effet, le patient peut mieux assimiler ses objectifs quotidiens, par exemple par rapport au sevrage ventilatoire ou à la mobilisation précoce. Toutefois, il est possible que certains propos soient à l'origine d'un épuisement moral des patients en cas d'un diagnostic sombre, d'une évolution défavorable ou encore d'un ressassement d'une situation complexe. Il est, par conséquent, d'une importance primordiale, de guider les proches vers une communication positive et adaptée à la situation du patient. Ceci afin d'utiliser au maximum les ressources de chacun pour améliorer le vécu de l'hospitalisation aux soins intensifs.

7.3 Sphère sociale

Quatre des cinq études de ce travail retrouvent des résultats significatifs concernant la durée des visites avec une politique de visites ouvertes et la préférence des patients au sujet du temps et du moment des visites.

En effet, Rosa et al. démontrent dans leur étude, que la durée médiane des visites est passée de 133 minutes dans le modèle de visites restreintes, à 245 minutes dans le modèle de visites prolongées ($p < 0,001$). Fumagalli et al. retrouvent quant à eux que les patients UVP reçoivent significativement plus de visites par jour avec une durée plus longue ($p < 0.001$ pour les deux comparaisons).

Hardin et al. mettent en évidence de fortes relations entre les préférences des visiteurs, la durée de la période de visites préférée ($p = 0.01$), le nombre de visites dans une journée et le nombre de visiteurs autorisés à visiter à un moment donné ($p = 0.01$).

Ces résultats me semblent à première vue logiques. Ils démontrent, que malgré l'univers des soins intensifs potentiellement stressant pour les proches, ces derniers répondent présents

lors de la maladie d'un des leurs, au sein d'une unité familiale soudée. C'est alors à nous soignants de dédramatiser ce milieu inhospitalier pour favoriser la présence familiale quotidienne.

Or, chaque situation est particulière, aussi bien d'un point de vue du diagnostic médical, que de l'environnement social du patient, et nécessite ainsi l'adaptation de la politique de visites. Il me semble totalement illogique d'avoir un même modèle pour des situations aussi diverses qu'un patient instable dans la phase aiguë de sa pathologie, un patient long séjour, ou encore un patient admis pour un syndrome coronarien aigu.

Toutefois, il peut être parfois « facile » d'avoir un cadre précis d'horaires de visites sur lequel les soignants peuvent s'appuyer lors d'une situation familiale conflictuelle. Pourtant, très souvent, ces situations compliquées font suite à un problème d'information, de compréhension et d'acceptation de la famille et pourraient être résolues avec une meilleure communication. Le « cadre » représenté par des horaires de visites stricts ne serait alors qu'une stratégie inefficace face à ces difficultés.

Cependant, il sera important en cas de libéralisation des horaires de visites, de convenir en équipe de temps précis d'information des proches et ainsi de ne pas se laisser déborder par les demandes des familles et de gagner de ce fait en collaboration.

Il me semble que le cadre devrait être posé au niveau de cette réglementation et non pas concernant les horaires de visites.

Il y a également dans l'étude d'Hardin et al. une corrélation significative avec le temps de visites et le nombre de visiteurs qui préféreraient une fréquence et une durée des visites plus importante ($p= 0.01$). Des corrélations significatives se trouvent entre l'âge des patients et leur préférence pour le nombre de visites par jour ($p= 0,05$). La plupart des sujets mariés (55,3%) veulent des visites plus de 4 fois par jour. Ainsi, ces résultats prouvent qu'à notre époque moderne et à l'ère des nouvelles technologies, de l'intelligence artificielle et des contacts virtuels, la présence des proches reste malgré tout un fondement des liens sociaux et des interactions aidant à l'évolution rapidement favorable et à la compréhension de leur propre situation par les patients. En effet, Olsen et al. décrivent la présence des familles comme un soutien important pendant la situation critique. Même si les participants ne se souviennent pas de tout le séjour, ils considèrent comme une évidence que leur famille a été présente. La présence de la famille confère un sentiment de sécurité pendant que les patients sont encore inconscients.

Lorsque les participants sont conscients, ils trouvent apaisant d'avoir de la famille à proximité.

Olsen et al. rapportent que les patients ont besoin d'informations générales sur ce qui s'est passé pendant leur séjour à l'USI. En plus d'informations sur la maladie et le traitement, ils

veulent savoir qui a été présent à leur chevet ainsi que les détails de ces visites. Pour ceux qui ont eu des hallucinations, il est important de les aider à comprendre ces moments. Certains patients ont besoin d'aide pour distinguer les rêves de la vie réelle.

Le service des soins intensifs de l'HFR a déjà mis en place plusieurs outils pour les patients, dans le but d'améliorer la compréhension de leur hospitalisation après leur sortie du service. Il existe ainsi un journal de bord pour les patients long séjour et/ou encore la consultation post-hospitalisation.

Toutefois, selon moi, les familles restent privilégiées pour ré-aborder par la suite cette période d'hospitalisation et pour en discuter avec leur proche. Le risque, en restreignant les visites dans les services de soins intensifs, est de déposséder les familles et donc les patients d'une partie de leurs souvenirs.

Dans l'étude d'Olsen et al., certains participants ne peuvent pas parler en raison d'un tube endotrachéal et les difficultés de communication qui en découlent sont la principale cause de stress pendant les heures de visites. Par conséquent, certains participants déclarent qu'ils veulent que leur famille soit présente sans communiquer.

Happ et al. décrivent dans leur travail : la discussion interprétative. Il s'agit d'un processus bidirectionnel dans lequel les familles servent d'intermédiaire entre les cliniciens et les patients, répétant ou reformulant l'information. Inversement, les membres de la famille ont également interprété les réponses des patients, la communication non verbale et l'évolution clinique aux soignants. Un exemple donné dans cette étude illustre ainsi cette interaction : la fille modèle les paroles de son proche à l'équipe soignante tout en interprétant l'agitation du patient comme une douleur à l'épaule.

Dans les services de soins intensifs, la communication soignant/soigné comporte de multiples barrières liées à l'environnement, à l'équipement médical, à l'inconfort, au stress ou encore à la douleur. Ainsi, de par leur vécu commun, la famille est plus à même de comprendre, d'interpréter et donc de nous transmettre l'ensemble des signes leur évoquant un inconfort, une difficulté ou, au contraire, une satisfaction. Malgré nos outils de transmissions les plus complets possibles, il peut parfois manquer des informations quant à l'évolution du patient, surtout pour des patients long séjour. La famille est alors une ressource indispensable dans la prise en charge holistique du patient. Lorsqu'elle est présente au quotidien auprès du proche hospitalisé, elle peut être le témoin de l'évolution de ce dernier et ainsi transmettre ces éléments aux soignants en charge. Elle peut également transmettre des préférences ou des habitudes du quotidien du patient.

L'équipe soignante possède également des moyens pour aider les familles à mieux comprendre les souhaits des patients, comme le tableau alphabétique ou les images représentant des besoins fondamentaux ou des gestes de soins courants aux soins intensifs.

8. IMPLICATIONS DANS LA PRATIQUE, LIMITES ET APPRENTISSAGES

8.1 Implications dans la pratique

Les unités de soins intensifs, y compris celle de l'HFR sont bien connues pour leurs portes fermées et leurs horaires de visites limités. L'objectif principal des soins infirmiers devrait être d'utiliser le jugement clinique pour favoriser un bien-être optimal du patient. Pour implémenter une nouvelle politique en matière de visites, les soins intensifs de l'HFR devraient redéfinir une nouvelle organisation globale.

Actuellement, la quasi-totalité des patients sont hospitalisés dans une chambre à deux lits. Ce qui pourrait avoir des conséquences sur le respect du secret médical en cas de non restrictions des horaires. Toutefois, cette problématique se pose déjà actuellement, en lien avec l'architecture du service ; elle ne sera donc pas créée par une nouvelle politique plus libérale en matière de visites.

Cette organisation en box double pose également la question des soins centrés sur le patient. Lors des visites, et d'autant plus si elles sont plus fréquentes, il faut veiller à « centrer » la famille sur leur proche et non sur le voisin de chambre et ses potentiels équipements médicaux. Ceci peut être fait par des moyens physiques simples (paravent, disposition des chaises) mais également par d'autres méthodes favorisant le contact avec le proche hospitalisé (proposition de massage, écriture du journal de bord, agencement de photos...).

La culture de l'accueil est un autre concept majeur de la réussite de la mise en place d'horaires de visites élargis dans un service hospitalier quel qu'il soit. Ainsi, les infirmiers des soins intensifs doivent être conscients d'être les interlocuteurs privilégiés des proches dès leur arrivée. C'est pourquoi ils doivent se donner les moyens pour établir une communication optimale : attitude cordiale, disponibilité, discussion dans un endroit clos, explications des différents équipements du patients...

Une des conditions primordiales pour être disponible est de ne pas être surchargé ou se sentir perturbé ou dérangé pendant les soins. Selon Garrouste et al. (2008), les soignants ne rapportent, en cas de visites ouvertes, aucune interférence importante aux soins intensifs dans la prestation des soins dirigés vers le patient.

Il faut donc dépasser cette crainte infondée pour pouvoir accepter le changement et, de ce fait, avancer vers un service de soins intensifs plus ouvert aux proches des patients.

Ainsi, en tant que soignant, il faudra également savoir accepter nos faiblesses, nos doutes et nos sensibilités particulières selon les situations diverses et variées rencontrées. Il est selon moi important que les familles aient l'opportunité d'observer et de se rendre compte de ce qui est établi pour leur proche hospitalisé. En étant présents plus longuement et à différents moments de la journée, les familles vont pouvoir constater comment les soignants s'occupent du patient. En contrepartie, ils seront également présents lors de moments de détente, de repas ou encore de repos de l'équipe soignante, qui font partie intégrante de la vie d'un service. En étant témoins de ces moments de complicité au sein de l'équipe, les familles pourront être rassurées sur l'entière capacité des soignants à prendre soin de leur proche.

En tant qu'infirmiers, nous sommes les garde-fous de l'organisation quotidienne des soins et des examens complémentaires, d'où l'intérêt de prévenir les familles pour qu'ils puissent planifier leur venue en fonction de la journée prévue du patient.

Dans le cadre de cette nouvelle organisation du service, il sera nécessaire de réfléchir en équipe à une planification des entrevues formelles entre l'équipe pluridisciplinaire et les familles. Le principal risque pourrait être sinon de se faire déborder par des demandes incessantes d'informations des proches sur leur temps de présence dans le service (Garrouste et al. 2008).

8.2 Limites

La première limite de ce travail est qu'il s'agit pour moi d'une première expérience dans le domaine de la recherche selon la méthodologie de revue de littérature. Cette dernière est non exhaustive, de par le nombre limité d'articles à analyser qui m'a été imposé. Par ailleurs, mes connaissances limitées en anglais ont été un obstacle à la lecture des études. L'interprétation des analyses statistiques m'a également demandé des efforts, tant sur le plan de leur compréhension, que sur le plan de leur utilisation dans ce travail.

L'ensemble des études sélectionnées dans ce travail ont déjà été critiquées dans le paragraphe « 6.2 Synthèse des résultats ».

Lors de mes recherches, j'ai également analysé l'étude suivante :

Goldfarb, M. J., Bibas, L., Bartlett, V., Jones, H., & Khan, N. (2017). Outcomes of patient-and family-centered care interventions in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Critical care medicine*, 45(10), 1751-1761.

J'avais initialement choisi d'inclure cette méta-analyse dans mon travail, mais après réflexion je lui ai préféré d'autres études. En effet, la difficulté réside dans le fait d'analyser une revue de littérature avec les grilles Mc Master.

Par ailleurs, malgré le fait que le sujet des visites ouvertes soit d'actualité depuis de nombreuses années, j'ai trouvé lors de mes recherches peu d'études rapportant des effets négatifs.

Pour finir, le nombre de pages et le temps de réalisation de ce travail étant limités, j'ai été dans l'impossibilité de réaliser des questionnaires auprès de l'équipe soignante pour recueillir leur avis sur ce sujet. Néanmoins, ces derniers pourront être utiles dans le futur pour l'implémentation d'une nouvelle politique de visites aux soins intensifs de l'HFR.

J'ai également été dans l'impossibilité de mettre en place des entretiens avec les patients et/ou leurs proches, ceci dans un souci de respect des règles éthiques imposées dans ce travail.

8.3 Apprentissages

Avant de débiter ce travail de recherche, il me semblait naturel que les familles aient la possibilité d'être auprès de leur proche hospitalisé aux soins intensifs à tout moment. C'est pourquoi j'ai rapidement penser à traiter du sujet des horaires de visites pour mon travail de fin de formation EPD-ES.

La méthodologie retenue d'une revue de littérature a été une façon adaptée de traiter ce sujet et m'a permis de découvrir une manière de faire dans l'utilisation des divers outils de recherche. J'ai découvert les différentes possibilités de ressources de l'HFR et saurait y recourir à l'avenir. J'ai également appris à lire avec un regard critique et à analyser les différents types d'études rencontrés.

Au fur et à mesure de l'avancée de mon travail, j'ai confirmé que même dans un service très protocolisé comme les soins intensifs et au sein duquel les équipements médicaux occupent une place importante, chaque situation est particulière et le patient reste toujours au cœur de nos préoccupations.

Je me suis par ailleurs rendu compte que la pratique d'horaires de visites restreintes répondait bien souvent à une volonté et/ou à une crainte des soignants. Un certain nombre d'études à ce sujet a été mené ces dernières années et un projet national est actuellement en cours en France (Projet « Ouvrir ») pour aider les services de réanimation à trouver les outils pour ouvrir leur unité. J'ai également appris que le soutien des proches est important quelle que soit la situation : celui des miens m'a été primordial dans l'élaboration de ce travail.

9. CONCLUSION

Aujourd'hui, l'organisation d'une politique de visites est un défi majeur pour l'ensemble des services hospitaliers, y compris pour le service des soins intensifs de l'Hôpital cantonal de Fribourg. Les restrictions concernant les visites ont d'abord été instituées pour donner au patient l'occasion de se reposer et, finalement, de se rétablir. Toutefois, au cours des années suivantes, les horaires de visites ont été dictés par les préférences du personnel, et non par celles de la famille ou du malade. Or, les soignants devraient pouvoir planifier les visites en fonction de chaque patient.

Ce travail démontre que les familles répondent présent au chevet de leur proche quand cette possibilité leur est donnée en élargissant les horaires de visites. Il montre également que la venue plus fréquente des proches ne présente en aucun cas de nouveaux risques pour les patients. Certains d'entre eux ne souhaitent toutefois pas de visites plus fréquentes, ce qui est également un choix à respecter. Chaque personne est en effet singulière, tout comme le sont ses besoins en matière de présence de son cercle social.

L'élaboration d'une politique de visites spécifique à chaque patient avec un SAS supérieur ou égal à 3 semble être l'objectif à atteindre. En effet, cette dernière aura indéniablement un impact sur le vécu de l'hospitalisation. Un horaire qui répondra aux besoins de chacun, y compris du personnel, favorisera la communication et améliorera la satisfaction des patients.

Si un projet de libéralisation de la politique de visites voit le jour aux soins intensifs de l'HFR, il doit se faire en accord avec le personnel soignant. Des réflexions devront être menées quant à une information des familles en amont des visites dans le but de dédramatiser ce milieu potentiellement angoissant pour eux.

L'ouverture des horaires de visites n'est pas anodine dans un service de soins intensifs, elle sera dans tous les cas exigeante car elle entraînera une nouvelle organisation de service qui doit cependant toujours rester centrée sur le patient.

Ainsi, les pratiques traditionnelles sont difficiles à changer et, dans notre système de santé axé sur la technologie et l'efficacité, les interventions les plus simples sont souvent les plus difficiles à entreprendre. Les soignants des soins intensifs ne doivent finalement jamais oublier qu'ils sont des visiteurs dans la vie du patient, et non l'inverse.

LISTE DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ampélas, J.-F., Pochard, F., & Consoli, S.-M. (2008). Les troubles psychiatriques en service de réanimation. Accès <https://www.em-consulte.com/en/article/83111>

Berwick, D. M., & Kotagal, M. (2004). Restricted Visiting Hours in ICUs : Time to Change. *JAMA*, 292(6), 736-737. <https://doi.org/10.1001/jama.292.6.736>

Cassell, J. (2005). *Life and death in intensive care*. Philadelphia, PA, US: Temple University Press.

Commission fédérale de coordination pour les questions familiales COFF. (s. d.). Accès <https://www.ekff.admin.ch/fr/>

Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., ... Armstrong, D. (2007). 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*, 35(2), 605-622. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>

Directives_assm_soins_intensifs.pdf. (s. d.). Accès https://www.eoc.ch/dms/site-eoc/site-comec/Raccomandazioni-e-direttive/directives_assm_soins_intensifs.pdf

Engström, A., & Söderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1651-1659. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01520.x>

Fourrier, F. (2010). Mieux vivre la réanimation. *Réanimation*, 19(3), 191-203. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2010.03.001>

Fumagalli, S., Boncinelli, L., Nostro, A. L., Valoti, P., Baldereschi, G., Bari, M. D., ... Marchionni, N. (2006). Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit : Results From a Pilot, Randomized Trial. *Circulation*, 113(7), 946-952. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537>

Garrouste-Orgeas, M., Philippart, F., Timsit, J. F., Diaw, F., Willems, V., Tabah, A., ... Carlet, J. (2008). Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 36(1), 30-35. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000295310.29099.F8>

Giannini, A., Miccinesi, G., & Leoncino, S. (2008). Visiting policies in Italian intensive care units: A nationwide survey. *Intensive Care Medicine*, 34(7), 1256-1262. <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1037-4>

Goldfarb, M. J., Bibas, L., Bartlett, V., Jones, H., & Khan, N. (2017). Outcomes of Patient- and Family-Centered Care Interventions in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1751-1761. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002624>

Grosclaude, M. (2011). *Réanimation et coma: Soins psychiques et vécu du patient*. Paris : Elsevier Masson.

Happ, M. B., Swigart, V. A., Tate, J. A., Arnold, R. M., Sereika, S. M., & Hoffman, L. A. (2007). Family presence and surveillance during weaning from prolonged mechanical ventilation. *Heart & Lung*, 36(1), 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2006.07.002>

Hardin, S. R., Bernhardt-Tindal, K., Hart, A., Stepp, A., & Henson, A. (2011). Critical-Care Visitation: The Patients' Perspective. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30(1), 53-61. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3181fd03a0>

Hesbeen, W. (2011). *Prendre soin à l'hôpital: Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Elsevier Masson.

Kentish-Barnes, N., & Chaize, M. (2010). Critères de jugement du « mieux vivre » en réanimation. *Réanimation*, 19(3), 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2010.03.009>

Kleinpell, R. M. (2008). Visiting hours in the intensive care unit: More evidence that open visitation is beneficial. *Critical Care Medicine*, 36(1), 334-335. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000295266.17378.BD>

Lucidarme, O., & Cheyron, D. du. (2013). *Guide pratique des problèmes quotidiens en réanimation*. Paris : Arnette.

Noel-Bourgois, S. (2006). Marie-Christine Pouchelle, L'Hôpital corps et âme. Essai d'anthropologie hospitalière. *Bulletin Amades. Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé*, (65). Accès <http://journals.openedition.org/amades/284>

Nolen, K. B., & Warren, N. A. (2014). Meeting the needs of family members of ICU patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(4), 393-406. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000040>

Olsen, K. D., Dysvik, E., & Hansen, B. S. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(4), 190-198. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.04.004>

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne Accès http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_37-fr.pdf

Petterson, M. (2005). Process helped gain acceptance for open visitation hours. *Critical Care Nurse*, 25(1), 72, 70-71.

Pochard, F. (2010). Reconnaître et traiter la souffrance psychique des patients. *Réanimation*, 19(3), 236-242. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2010.03.011>

Quinio, P., Savry, C., Deghelt, A., Guilloux, M., Catineau, J., & de Tinténiac, A. (2002). A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 28(10), 1389-1394. <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1402-7>

l'Office Fédéral de la Santé Publique. (2011) *Rapport sur la concrétisation de la stratégie qualité 2011.pdf*.

Rier, D. (2000). The missing voice of the critically ill: A medical sociologist's first-person account. *Sociology of Health & Illness*, 22(1), 68-93. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00192>

Rosa, R. G., Tonietto, T. F., da Silva, D. B., Gutierrez, F. A., Ascoli, A. M., Madeira, L. C., ... Teixeira, C. (2017). Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study*. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1660-1667. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002588>

Roulin, M.-J., & Vignaux, L. (2010). Comment prendre soin en réanimation ? *Réanimation*, 19(3), 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2010.03.003>

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine : What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Vinatier, I. (2011). Le bien-être du patient en réanimation - Comment l'améliorer ? *Réanimation*, 20, 662-668. <https://doi.org/10.1007/s13546-010-0136-8>

Who_constitution_fr.pdf. (s. d.). Accès
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Williams, C. M. A. (2005). The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit : A naturalistic inquiry. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 6-14.

ANNEXE 1 GRILLE D'ANALYSE : HAPP ET AL 2007

Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)

©Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

REFERENCE:

Happ, M. B., Swigart, V. A., Tate, J. A., Arnold, R. M., Sereika, S. M., & Hoffman, L. A. (2007). Family presence and surveillance during weaning from prolonged mechanical ventilation. *Heart & Lung, 36*(1), 47-57.

	Commentaires
<p>OBJECTIF(S) DE L'ÉTUDE</p> <p>Les objectifs sont clairement présentés</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>L'étude a cherché à décrire comment les membres de la famille interagissaient avec le patient et réagissaient au ventilateur et au matériel connexe pendant les essais de sevrage.</p>
<p>LITTÉRATURE</p> <p>La littérature utilisée (dans le cadre théorique) est-elle pertinente ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>La plupart des études sur les membres de la famille à l'USI ont porté sur les besoins des familles en matière d'information, d'accès au patient et de participation à la décision d'interrompre ou de suspendre le traitement de maintien des fonctions vitales. Récemment, les souhaits des patients sur la présence de leur famille et leur participation à l'USI ont été étudiées. Les patients qui ont survécu à une maladie grave et qui ont réussi à se sevrer de la ventilation mécanique ont déclaré que l'inclusion des membres de leur famille dans le processus de sevrage était importante pour eux.</p> <p>Les patients ont évalué les visites familiales comme une expérience non stressante, identifiant des avantages tels que le réconfort et la réassurance. Bien que les facteurs psychosociaux, tels que l'anxiété, la dépression et le manque de sommeil, soient largement reconnus pour influencer les progrès du sevrage de la ventilation mécanique, aucune étude n'a été menée sur l'effet de la présence familiale sur le processus de sevrage.</p> <p>De plus en plus de patients ont besoin d'une ventilation mécanique prolongée. Les visites familiales flexibles dans les unités de soins intensifs sont devenues une pratique acceptée et les soins axés sur la famille et adaptés à la culture de l'USI continuent d'être un objectif. Pourtant, peu de données empiriques sont disponibles pour guider les familles vers une présence optimale au chevet des malades.</p>

	<p>Au sein des soins intensifs de l'hôpital cantonal de fribourg, il n'est pas rare d'être confronté à des sevrages ventilatoires prolongés. Toutefois, il pourrait être intéressant d'impliquer les proches dans ce long processus dans l'idée d'observer des effets positifs pour les patients.</p> <p>Cette étude est également en lien avec ma question de recherche qui est : Quels sont les impacts d'une politique de visites flexibles dans un service de soins intensifs pour les patients avec un SAS supérieur ou égal à 3 ?</p>
<p>DESIGN DE L'ÉTUDE</p> <p>Quel était le design (méthodologie) utilisé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Phénoménologie <input checked="" type="checkbox"/> Ethnographie <input type="checkbox"/> Théorisation ancrée (Grounded Theory) <input type="checkbox"/> Recherche action <input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>Cette étude est une ethnographie ciblée qui a été menée dans une unité de soins intensifs et de soins continus dans un hopital urbain tertiaire, de novembre 2001 à juillet 2003. L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Pittsburgh.</p>
<p>Est-ce que la perspective théorique est clairement identifiée ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>La perspective théorique de cette étude est de décrire comment les membres de la famille interagissent avec le patient et réagissent au ventilateur et au matériel associé pendant les essais de sevrage ventilatoire.</p>
<p>Les méthodes de recueil des données utilisées sont :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Observation <input checked="" type="checkbox"/> Entretiens <input checked="" type="checkbox"/> Analyse de documents <input type="checkbox"/> Focus groups <input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>La collecte des données a consisté en une série d'observations sur le terrain, d'entrevues et d'un examen des dossiers cliniques.</p>
<p>ÉCHANTILLONAGE</p> <p>Le processus de l'échantillonnage est-il décrit ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Trente patients adultes en cours de sevrage ventilatoire (≥4 jours) ont été sélectionnés en fonction de leur âge, sexe, origine ethnique, état neurocognitif (selon la description du dossier clinique), gravité de la maladie (APACHE III), diagnostic primaire et probabilité de sevrage, comme le prévoaient les médecins de l'USI.</p> <p>Trente et un membres de la famille inscrits, âgés de 27 à 74 ans, ont participé aux entrevues</p>

<p>Les chercheurs ont-ils inclus des participants jusqu'à obtenir la saturation des données (jusqu'à ce que des redondances aient été observées) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Les participants potentiels ont été identifiés par les cliniciens de l'USI et pendant les visites avec les médecins et l'infirmière.</p>
<p>Le consentement éclairé et libre a-t-il été obtenu ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Le consentement éclairé a été recueilli auprès des patients, s'ils en avaient la capacité décisionnelle, ou auprès de leurs représentants dans le cas contraire.</p> <p>Les membres de la famille (n=41) ont été inscrits comme participants et ont également signé des consentements éclairés, habituellement en même temps que le recrutement des patients.</p> <p>Les cliniciens (n=31) ont reçu une information écrite et verbale sur l'étude, ils ont été sélectionnés et ont signé des consentements éclairés pour participer aux entrevues en fonction de leur participation aux soins.</p>
<p>RECUEIL DES DONNÉES</p> <p>Clarté descriptive Description claire et complète du site <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (NdTraductrice : contexte) des participants : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Rôle du chercheur & relation avec participants : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Identification des hypothèses (NdTraductrice : à priori) et biais du chercheur : <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>La collecte des données consiste en une série d'observations sur le terrain, d'entrevues et d'un examen des dossiers cliniques.</p> <p>L'unité de soins intensifs est une unité de 20 lits, ainsi 8 lits de soins continus. Toutes les chambres des patients étaient privées, à l'exception d'une chambre semi-privée. La plupart des patients ont été transférés à l'unité de soins continus pour un sevrage ventilatoire progressif. Les soins continus étaient gérés par une infirmière experte en soins intensifs, un médecin intensiviste ou un pneumologue, en collaboration avec un médecin praticien.</p> <p>Les infirmières et les physiothérapeutes alternaient entre l'unité de soins intensifs et l'unité de soins continus. Les deux unités possèdent une politique de visites encadrée et restrictive (6h-7h, 10h-12h, 14h-15h, 18h-19h).</p> <p>Les familles devaient se présenter en salle d'attente jusqu'à la visite. Des exceptions aux visites prévues ont été faites sur une base individuelle en consultation avec l'infirmière cheffe ou les infirmières coordonnatrices des soins.</p> <p>Les patients ont été suivis depuis le début des essais de sevrage jusqu'à leur sortie de l'USI. Un "essai de sevrage" a été défini comme une période de moins de 24 heures pendant laquelle l'assistance ventilatoire n'a pas été assurée en mode contrôlé. Habituellement, les patients ont été sevrés dans le cadre</p>

<p>X Non</p>	<p>d'essais de ventilation spontanée avec aide inspiratoire inférieure à 12 mmHg ou d'essais avec pièce en T.</p> <p>Les observations ont été effectuées par l'un des deux chercheurs en milieu clinique 4-5 jours/semaine, y compris les soirs et les fins de semaine, l'accent étant mis sur l'observation des essais de sevrage. Les observations ont été enregistrées par des notes de terrain dictées ou manuscrites qui ont été développées et transcrites mot à mot avec Microsoft Word. Les chercheurs ont utilisé un guide d'observation adapté de travaux antérieurs. Les discussions, le toucher, la position physique, la proximité du patient, les mouvements dans la chambre, l'attention portée aux moniteurs, aux appareils médicaux, et les discussions des familles ont été documentés.</p>
<p>Rigueur procédurale La rigueur procédurale est-elle utilisée pour la récolte des données ?</p> <p>X Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Des entrevues semi-structurées enregistrées sur bande sonore, d'une durée de 30 à 90 minutes, ont été réalisées avec des membres de la famille. Le guide d'entrevue des membres de la famille comprenait des questions sur les perceptions des processus de sevrage et leur rôle au chevet du patient.</p> <p>Les entrevues avec les patients ont duré de 10 à 40 minutes et ont été enregistrées sur bande sonore dans la mesure du possible. On a demandé aux patients d'identifier les actions d'autres personnes, y compris les membres de leur famille, qui leur ont été utiles ou non pendant le sevrage ventilatoire.</p> <p>Des entrevues semi-structurées, enregistrées sur bande sonore et d'une durée de 30 à 90 minutes, ont été réalisées auprès de cliniciens et comprenaient des questions ouvertes sur leur perception de la présence de la famille au chevet du patient pendant le sevrage.</p> <p>Les notes prises sur le terrain et les entrevues ont été transcrites mot pour mot et leur exactitude a été vérifiée. Les dossiers étaient étiquetés avec des identificateurs de cas uniques (patients) ainsi que le type de données (p. ex., entrevue, observation, note du dossier clinique) et la source (p. ex., infirmière, médecin, patient, membre de la famille, etc). Les entrevues ont été volontairement intégrées à d'autres sources de données afin de fournir une description complète du phénomène d'intérêt de la présence de la famille au chevet du patient pendant le sevrage ventilatoire.</p>
<p>ANALYSES DES DONNÉES</p> <p>Rigueur analytique L'analyse des données est-elle inductive ?</p> <p>X Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas Présenté</p>	<p>Les données démographiques ont été analysées et présentées de façon descriptive (fréquence, moyenne, écart type). Les données numériques sur la présence de la famille pendant les essais de sevrage et les périodes d'absence du soutien ventilatoire ont été analysées par des statistiques descriptives (fréquence, pourcentage) et corrélées entre la durée de l'essai quotidien de sevrage et la présence familiale. La présence de la famille a été entrée dans le modèle comme variable indicatrice dépendante du temps codée 0 lorsque la famille n'était pas présente pendant l'essai et 1 lorsque des membres de la famille étaient présents.</p>

<p>Les résultats sont-ils consistants avec les données dont ils dérivent ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>L'analyse qualitative des données a commencé dès la première observation et s'est poursuivie tout au long de l'étude. Les données ont été codées, ou étiquetées, en comparant les nouvelles données avec les données précédentes. Le schéma de codage a été créé par consensus au sein de l'équipe</p> <p>Les interactions comportementales fréquentes ou récurrentes pendant le sevrage ont été cartographiées. Chaque passage étiqueté avec une présence familiale a été examiné plus en détail pour identifier les codes, dimensions et contextes qui surviennent en parallèle avec la présence familiale lors du sevrage.</p>
<p>Contrôlabilité (Auditability) La chaîne décisionnelle est-elle présentée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pas présenté</p> <p>Le processus de l'analyse des données est-il présent de manière adéquate ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>La présence familiale fait référence à la présence d'un membre de la famille au chevet du patient gravement malade et se caractérise par un lien ou une intimité physique, psychologique ou sociale.</p> <p>Trois items ont été retenus pour décrire l'interaction entre les membres de la famille et les patients pendant le sevrage ventilatoire :</p> <p><u>Le toucher</u> : gestes affectueux et bienveillants (tenir la main, caresser les cheveux ou les extrémités, étreindre, embrasser, masser les pieds, ajuster la position du patient),</p> <p><u>La communication verbale</u> : Les échanges dirigés au patient comprenait des encouragements verbaux, du coaching, des discussions sociales "normalisantes" et des interprétations de l'information clinique.</p> <p><u>La surveillance</u> : Participation active des membres de la famille à l'observation et à l'interprétation de l'état physiologique ou psychologique du patient ou à l'affichage numérique des dispositifs technologiques de surveillance du patient.</p>
<p>Connections théoriques Est-ce qu'une image claire du phénomène émerge ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>De nouveaux concepts, décrivant le comportement des membres de la famille alors qu'ils s'occupaient de leur proches gravement malade, sont devenus évidents. Par exemple, le concept de "surveillance" liait la présence de la famille à la technologie des soins intensifs. La surveillance a été examinée au cas par cas à l'aide de la construction matricielle. Pour mieux qualifier la "présence familiale", des typologies (utiles, neutres ou d'obstacles) ont été élaborées directement à partir de la formulation des participants.</p>
<p>RIGUEUR GLOBALE</p> <p>Y a-t-il une présentation des quatre critères de rigueur/qualité ?</p> <p>Crédibilité</p>	<p>L'analyse de l'équipe multidisciplinaire a fourni une critique supplémentaire de la crédibilité des codes et de la supervision du processus analytique. Un double codage avec consensus négocié a été effectué sur environ 40 % des données pour ajouter de la rigueur à l'analyse de ce vaste ensemble de données.</p>

<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Transférabilité <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Fiabilité <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Confirmation <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Les conclusions sont-elles appropriées/cohérentes par rapport aux résultats de l'étude ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Les résultats contribuent-ils au développement des théories pour la pratique professionnelle ou la recherche ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Cette étude a permis de conceptualiser davantage le rôle de surveillance des membres de la famille en tant « qu'intermédiaire pour l'information clinique » sur le patient.</p> <p>Bien que la famille du patient ait été considérée comme une source de renseignements médicaux, l'observation selon laquelle les familles peuvent jouer un rôle important dans l'évaluation clinique des patients long séjour aux soins intensifs est nouvelle sur le plan théorique. Les membres de la famille qui ont appris à comprendre les caractéristiques de base de la maladie, du traitement du patient et qui étaient présents tous les jours ont pu échanger des informations sur les tendances des signes physiques ou psychologiques du patient et des traitements qu'il subissait.</p> <p>Les résultats de cette étude fournissent un cadre conceptuel potentiellement utile des comportements familiaux en interaction avec les patients gravement malades, les appareils et les cliniciens qui pourrait améliorer le dialogue sur les soins axés sur la famille et orienter la recherche future sur les besoins et la présence des familles à l'USI. En résumé, la présence de la famille au chevet du patient pendant le sevrage représente une interaction importante et potentiellement bénéfique qui peut être influencée par le coaching et l'enseignement des infirmières, des physiothérapeutes et des médecins.</p> <p>Cette étude doit être interprétée avec prudence en raison de la petite taille de l'échantillon et de la nature catégorique de la variable de la présence familiale. Le pourcentage du temps de sevrage pour lequel les familles étaient présentes n'a pas été mesuré. De plus, nous ne savons pas dans quelle mesure les familles savaient que des essais de sevrage étaient en cours pendant leurs visites et comment cela avait pu ou non modifier leurs comportements et leurs interactions au chevet des patients.</p>

ANNEXE 2 GRILLE D'ANALYSE : ROSA ET AL. 2017

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J. & Westmorland, M.
McMaster University

Adapted Word Version Used with Permission

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

<p>REFERENCE</p>	<p>Rosa, R. G., Tonietto, T. F., da Silva, D. B., Gutierrez, F. A., Ascoli, A. M., Madeira, L. C., ... & Cavalcanti, A. B. (2017). Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: a before and after study. <i>Critical care medicine</i>, 45(10), 1660-1667.</p>
<p>OBJECTIF(S) DE L'ETUDE</p> <p>Les objectifs sont clairement présentés</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>L'objectif de l'étude était de comparer l'incidence de survenue d'un état confusionnel aigu chez les patients admis dans une unité de soins intensifs médico-chirurgicaux entre un modèle de visite restreinte (RVM) et un modèle de visite prolongée (EVM).</p> <p>Ma question clinique étant : Quels sont les impacts d'une politique de visites flexibles dans un service de soins intensifs pour les patients avec un SAS supérieur ou égal à 3 ? Cette étude est donc en lien avec ma question clinique.</p>
<p>LITTERATURE</p> <p>La revue de littérature est-elle suffisamment élaborée ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>L'état confusionnel aigu est une forme fréquente et grave de dysfonction cérébrale chez les patients des soins intensifs. Elle est associée à une mortalité accrue, à un séjour hospitalier plus long, à des coûts de soins plus élevés et à un risque accru de déficience cognitive à long terme.</p> <p>Malheureusement, les interventions pharmacologiques ont un rôle limité dans la prévention et le traitement de la confusion. Étant donné que la participation de la famille joue un rôle essentiel dans le bien-être des patients et que la présence des visiteurs est associée à une fréquence plus faible de délirium, les approches fondées sur des données probantes pour prévenir ce dernier ont récemment évolué pour inclure la famille comme moyen de fournir les meilleurs soins.</p> <p>Toutefois, les politiques de visites étendues aux soins intensifs n'ont pas fait directement l'objet d'études pour démontrer leur capacité à prévenir la survenue d'états confusionnels aigus.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT) (étude randomisée contrôlée)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort (étude de cohorte)</p> <p><input type="checkbox"/> single case design (étude expérimentale à cas unique)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> before and after</p>	<p>Étude prospective avant/après menée dans une unité de soins intensifs médico-chirurgicaux d'un hôpital tertiaire de 31 lits à Porto Alegre, au Brésil.</p> <p>L'étude a été divisée en trois périodes consécutives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - première période, 90 jours avec RVM, de mai à juillet 2015 - deuxième période de wash-out, 30 jours sans recrutement de patients pour éviter le biais de contamination - troisième période, 90 jours avec EVM, de septembre à novembre 2015.

<p>(avant – après)</p> <p><input type="checkbox"/> case-control (étude de cas-témoin)</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional (étude transversale)</p> <p><input type="checkbox"/> case study (étude de cas)</p>	<p>Les biais potentiels et leurs influences sur les résultats sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évolution « spontanée » des indicateurs (variation saisonnière): possible sur ou sous estimation des résultats. - L'effet Hawthorne : Surestimation des résultats lié au fait que les soignants ont conscience de participer à une expérience, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation. (comportements, décision, choix thérapeutiques, empathie) - Pas de contrôle des facteurs de risques médicamenteux des états confusionnels (sédation, opioïdes, benzodiazépines) : possible sur ou sous estimation des résultats. - Pas d'évaluation de l'impact de l'EVM sur le personnel des soins intensifs (risque de charge de travail accrue, de désorganisation des soins et de stress) : sous estimation des résultats. - Validité externe limitée par le caractère mono-centrique de l'étude.
--	--

<p>ECHANTILLONNAGE</p> <p>N = 286</p> <p>L'échantillon est-il décrit de manière détaillée ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>La taille de l'échantillon est-elle justifiée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pas nécessaire</p>	<p>L'étude a inclus tous les patients âgés de 18 ans ou plus dont la durée de séjour prévisible était supérieure ou égale à 24 heures et admis pendant les première et troisième périodes d'étude.</p> <p>Les sujets atteints d'aphasie, confus à l'admission et en traitement exclusivement palliatif à l'admission à l'USI ont été exclus.</p> <p>Les patients sédatisés avec une échelle d'agitation-sédation de Richmond (RASS) -4 ou -5 pendant au moins 48 heures ont été exclus.</p> <p>Les patients qui ont été réadmis aux soins intensifs après leur inclusion dans l'étude ont également été exclus.</p> <p>Au total, 286 patients ont été recrutés dans l'étude, dont 141 dans le cadre de la RVM et 145 dans le cadre de l'EVM. Les caractéristiques des patients au départ et les caractéristiques liées aux interventions en soins intensifs étaient bien équilibrées entre les groupes.</p> <p>Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Moinhos de Vento.</p> <p>La nécessité d'un consentement éclairé écrit a été levée parce que la norme de soins englobe les interventions de l'étude. Néanmoins, les chercheurs ont fourni des renseignements oraux et écrits sur l'étude (y compris la possibilité de refuser de participer en tout temps) aux patients ou à leurs représentants thérapeutiques.</p>
--	---

<p>OUTCOMES</p> <p>Les outils de mesure sont-ils fiables ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p> <p>Les outils de mesure sont-ils valides ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Le diagnostic du délirium a été posé à l'aide de la méthode CAM-ICU, qui a été appliquée une fois par poste de 12 heures chez les patients présentant un RASS supérieur ou égal à -3 par des infirmières formées.</p> <p>L'incidence cumulative de délirium a été définie comme étant la présence de délirium pendant au moins un poste de 12 heures lors du séjour à l'USI.</p>	
<p>INTERVENTION</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p> <p>La contamination est évitée ? (NdTraductrice : <i>La contamination est un biais de l'intervention qui apparaît lorsque des membres du groupe contrôle reçoivent le traitement par inadvertance ou sont exposés à l'intervention, réduisant ainsi potentiellement la différence de résultats entre les 2 groupes comparés.</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p> <p><input type="checkbox"/> Pas nécessaire</p> <p>La co-intervention est évitée ? (NdTraductrice : <i>La co-intervention est un biais de l'intervention qui apparaît lorsqu'un sujet de l'étude reçoit d'autres traitements que celui qu'on étudie durant la phase expérimentale.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Outcome areas (domaines).</p>	<p>Liste des outils de mesure utilisés (échelles, tests, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> - CAM -ICU - RASS
<p>Pendant le RVM et l'EVM, tous les patients ont été hébergés dans des chambres de soins intensifs privées et traités conformément aux interventions de l'ABCDEF : prévention et gestion de la douleur, essais quotidiens de réveil spontané coordonnés avec des essais de respiration spontanée, minimisation de l'exposition aux benzodiazépines et opiacés (sauf en cas de consommation chronique), mobilisation précoce et ré-afférentation.</p> <p>Les visiteurs devaient se laver les mains avec de l'eau et du savon antiseptique et porter des gilets jetables ou de l'équipement de protection individuelle au besoin. Tous les visiteurs ont reçu des conseils oraux et écrits sur les normes de bonnes pratiques en matière de visites aux soins intensifs. Le nombre et la durée des visites ont été déterminés par le patient ou ses représentants. On a demandé aux visiteurs de quitter la chambre pendant certaines interventions, comme l'intubation, le cathétérisme veineux central et la réanimation cardiorespiratoire.</p> <p>Maximum deux visiteurs par patient à la fois étaient autorisés pour un maximum de 4,5 h/j, répartis en trois périodes (de 9 h à 11 h, de 16 h à 17 h 30 et de 21 h à 22 h) dans la RVM.</p> <p>Dans l'EVM, maximum deux visiteurs à la fois étaient autorisés à rester jusqu'à 12 heures par jour (de 9 h à 21 h). Les heures de visite de l'EVM ont été limitées au jour et à la soirée afin d'éviter les perturbations du sommeil liées au bruit. Les familles ont été autorisées à participer à des tournées multidisciplinaires au chevet du malade.</p> <p>Exceptionnellement, dans les deux périodes d'étude, les patients ont été autorisés à recevoir des visites plus longues dans les situations suivantes : fin de vie, conflits et/ou état confusionnel aigu.</p>		

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté <input checked="" type="checkbox"/> Pas nécessaire	
<p>RESULTATS</p> <p>Les résultats sont-ils significatifs ?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté <input type="checkbox"/> Pas nécessaire <p>Est-ce que les modalités d'analyse sont appropriées ?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté	<p>Le principal résultat a été l'incidence cumulative de l'état confusionnel aigu, évaluée à l'aide de la méthode d'évaluation de la confusion pour l'USI. Les résultats secondaires prédéfinis comprenaient la durée du délirium/coma, toute infection contractée à l'USI, le sepsis, la pneumonie et l'infection des voies urinaires contractées à l'USI, la mortalité toutes causes confondues et la durée du séjour en USI.</p> <p>La durée médiane des visites est passée de 133 minutes dans le modèle de visite restreinte à 245 minutes dans le modèle de visite prolongée ($p < 0,001$).</p> <p>Quatorze patients (9,6 %) ont présenté un état confusionnel aigu dans le modèle de visite prolongée, comparativement à 29 (20,5 %) dans le modèle de visite restreinte (RR, 0,50 ; IC à 95 %, 0,26 à 0,95).</p> <p>Comparativement aux patients du modèle à visite restreinte, les patients du modèle à visite prolongée présentaient une longueur de délirium/coma plus courte ($p = 0,03$) ainsi qu'un séjour en USI plus court ($p = 0,04$).</p> <p>Le taux d'infections nosocomiales et de mortalité toutes causes confondues n'a pas varié de façon significative entre les deux groupes d'étude.</p>
<p>Est-ce que l'importance pour la clinique est abordée ?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté	<p>L'impact des visites ouvertes sur la prévention du délirium est scientifiquement plausible et peut s'expliquer par différents mécanismes.</p> <p>Les visites prolongées permettent des contacts plus longs et plus fréquents entre les patients et leurs familles.</p> <p>Cela permet également des horaires de visites plus flexibles, favorisant les soins centrés sur le patient et la famille et favorisant l'engagement de la famille dans les soins du patient aux soins intensifs. Cette routine peut améliorer la communication entre les patients et le personnel de l'USI, ce qui permet de mieux comprendre les facteurs de risque du délirium.</p> <p>De plus, le stress et l'anxiété du patient peuvent être réduits et la réafférentation du patient peut être optimisée, tandis que les mesures de réassurance et de confort sont encouragées et l'observance du traitement renforcée.</p> <p>Ces avantages ont été associés à une fréquence plus faible de délirium dans les études évaluant les interventions non pharmacologiques à plusieurs composantes pour prévenir le délirium et constituent la raison d'être de la composante F du groupe ABCDEF.</p>
<p>Les abandons sont-ils mentionnés ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<p>Il n'y a pas eu d'abandon lors de cette étude.</p>

<p>CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS</p> <p>Les conclusions sont-elles adéquates compte tenu des méthodes et résultats ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Dans cette unité de soins intensifs médico-chirurgicaux, un modèle de visites prolongées a été associé à une diminution de la fréquence, de la durée du délirium et à une réduction de la durée du séjour à l'USI.</p> <p>Spécifiez les biais potentiels et leurs influences sur les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évolution « spontanée » des indicateurs (variation saisonnière) : possible sur ou sous estimation des résultats. - L'effet Hawthorne : Surestimation des résultats lié au fait que les soignants ont conscience de participer à une expérience, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation. (comportements, décision, choix thérapeutiques, empathie) - Pas de contrôle des facteurs de risques médicaments des états confusionnels (sédation, opioïdes, benzodiazépines) : possible sur ou sous estimation des résultats. - Pas d'évaluation de l'impact de l'EVM sur le personnel des soins intensifs (risque de charge de travail accrue, de désorganisation des soins et de stress) : sous estimation des résultats. - Validité externe limitée par le caractère mono-centrique de l'étude.
--	--

ANNEXE 3 GRILLE D'ANALYSE : FUMAGALLI ET AL. 2006

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J. & Westmorland, M.
McMaster University

Adapted Word Version Used with Permission

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

REFERENCE	Fumagalli S, Boncinelli L, Lo nostro A, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. <i>Circulation</i> . 2006;113(7):946-52.
OBJECTIF(S) DE L'ETUDE Les objectifs sont clairement présentés <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	L'objectif premier de cette étude est de vérifier si, par rapport à la politique de visites restrictive (RVP), la politique de visites non restrictive (UVP) est associée à une contamination environnementale accrue, ce qui pourrait entraîner un risque accru de complications septiques. Deuxièmement, les auteurs ont comparé l'incidence des complications cardiovasculaires majeures et les changements dans les profils émotionnels et hormonaux des patients entre les deux politiques. Ma question clinique est : « Quels sont les impacts d'une politique de visite flexible dans un service de soins intensifs pour les patients avec un SAS supérieur ou égal à 3 ? ». Or, dans le service des soins intensifs de Fribourg, nous accueillons quotidiennement des patients ayant de lourds antécédents cardio-vasculaires mais également certains en pré et post interventionnel (coronarographie, pose de pacemaker,...). Ces derniers sont pour la plupart dans un état neurologique évalué avec un SAS supérieur ou égal à 3. Cette étude est donc en lien avec ma question clinique.
LITTERATURE La revue de littérature est-elle suffisamment élaborée ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	L'admission dans une unité de soins intensifs est un événement potentiellement stressant dans lequel la douleur et les dysfonctionnements physiologiques causés par une maladie aiguë peuvent être associés à des troubles émotifs secondaires (procédures diagnostiques ou thérapeutiques, privation de sommeil, mobilité restreinte, limites des visites.) Aucune étude n'a démontré jusqu'à présent que les conséquences émotionnelles négatives d'un séjour au soins intensifs pouvaient être évitées par un soutien émotionnel renforcé. Cependant, des enquêtes descriptives ont laissé entendre que la plupart des patients préfèrent une politique de visites ouvertes, permettant également de réduire leur stress. Néanmoins, la plupart des unités de soins intensifs maintiennent des politiques de visites restrictives, estimant que la libéralisation des heures de visite peut nuire à la prestation des soins,

	<p>augmenter le stress physiologique du patient et le risque de complications septiques.</p> <p>Toutefois, comme aucun essai randomisé n'a encore été mené pour comparer les politiques de visites sans restriction (UVP) et restrictives (RVP), aucune preuve concluante sur leurs avantages ou inconvénients relatifs n'est encore disponible.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randomized (RCT) (étude randomisée contrôlée)</p>	<p>Il s'agit d'une étude mono-centrique randomisée avec, une succession de séquence de 2 mois de RVP et de UVP. Ces séquences ont été générée aléatoirement à l'aide d'une procédure informatisée (six périodes de 2 mois pour chaque politique de visite) pour une durée totale de 2 ans. La séquence de randomisation a été cachée au personnel de l'USI jusqu'au début de chaque nouvelle période.</p> <p>Au cours de la dernière semaine de chaque période de deux mois, aucun nouveau patient n'a été admis à l'USI pour permettre à tous les participants de l'étude d'être sortis du service avant le début d'une nouvelle séquence. Cette dernière semaine a également permis d'effectuer une phase de lavage de quatre jours durant laquelle l'USI était nettoyée et désinfectée.</p>

<p>ECHANTILLONNAGE</p> <p>N = 226</p> <p>L'échantillon est-il décrit de manière détaillée ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>La taille de l'échantillon est-elle justifiée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Pas nécessaire</p>	<p>L'ensemble des patients admis dans l'unité de soins intensifs de cardiologie de 6 lits sur une période de 24 mois ont fait l'objet d'un dépistage d'admissibilité. Sur les 381 patients dont l'admissibilité a été évaluée au cours de la période d'étude, 155 ont été exclus. Les raisons de l'exclusion étaient l'inconscience ou une mauvaise cognition, la psychose, un séjour de moins de 24 heures, un transfert d'un autre service, une réadmission et un refus ou une incapacité de consentir.</p> <p>Sur 226 patients recrutés, 115 ont été admis au hasard pendant la RVP et 111 pendant l'UVP. Les caractéristiques sociodémographiques, l'état cognitif, les facteurs de risque cardiovasculaires, les diagnostics d'admission, la gravité de la maladie, étaient semblables pour les deux groupes.</p> <p>Le comité d'éthique de l'établissement a approuvé la conception de l'étude, qui a suivi les principes de la Déclaration d'Helsinki. Une lettre décrivant la conception de l'étude et les lignes directrices pour les visites a été remise aux visiteurs et aux patients à leur admission, qui devaient donner leur consentement écrit et éclairé aux procédures de l'étude et à la collecte de données. Cependant, les patients et les visiteurs n'ont pas été informé du but et de l'hypothèse de cette l'étude.</p>
<p>OUTCOMES</p> <p>Les outils de mesure sont-ils fiables ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté</p> <p>Les outils de mesure</p>	<p>Le réseau social a été examiné en demandant aux patients d'indiquer combien de membres de leur famille ou d'amis proches ils avaient comme visiteurs potentiels pendant leur séjour à l'USI. Les visiteurs ont inscrit la durée de chaque visite sur un formulaire conservé au chevet du patient.</p> <p>La contamination bactérienne et fongique de l'air et des surfaces a été déterminée aux jours 1, 15 et 60 de chaque période de randomisation. La contamination de l'air a été évaluée séparément pour le couloir central et les chambres individuelles</p>

<p>sont-ils valides ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>des patients. La température et l'humidité de la pièce à midi ont été enregistrées quotidiennement.</p> <p>Les complications septiques ont été évaluées quotidiennement selon les critères du National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS), le type et le nombre d'interventions invasives ont été enregistrés, et la contamination bactérienne ou fongique asymptomatique a été évaluée par culture de sang, d'urine et de l'extrémité des cathéters vasculaires et vésicaux lors de leur retrait.</p> <p>La gravité des affections aiguës et chroniques a été évaluée à l'admission au moyen du score APACHE II. L'anxiété et les symptômes dépressifs ont été évalués à l'admission et à la sortie l'USI au moyen de l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale.</p> <p>Les principales arythmies cardiaques, rupture cardiaque et insuffisance cardiaque aiguë ont été systématiquement enregistrées comme complications cardiovasculaires à tout moment pendant le séjour en USI.</p> <p>Chez les patients ou un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde à été posé, la classification de Killip a également été évaluée quotidiennement.</p> <p>Les concentrations plasmatiques de l'hormone thyroïdienne (TSH), du cortisol plasmatique et de l'acide vanillylmandélique (AMV) ont été mesurées à l'admission et à la sortie de l'USI comme marqueurs biologiques du stress.</p>	
	<p>Outcome areas (domaines).</p>	<p>Liste des outils de mesure utilisés (échelles, tests, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulaire au chevet du patient - Contamination air et surfaces - Température et humidité quotidiennes - Critères du NNIS - APACHE II - HADS - Enregistrement et monitoring cardiaque - Classification Killip - TSH – Cortisol – AMV
<p>INTERVENTION</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p> <p>La contamination est évitée ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Étude mono-centrique randomisée dans une unité de soins intensifs de cardiologie avec une succession de séquence de 2 mois de RVP et d'UVP sur une période de deux ans.</p> <p>Dans la RVP, un seul visiteur par patient était admis pour 30 minutes deux fois par jour (de 14 h à 14 h 30 et de 19 h à 19 h 30).</p> <p>Dans l'UVP, le nombre et la durée des visites étaient laissés à la préférence du patient, avec la seule restriction d'un visiteur à la fois.</p>	

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté <input type="checkbox"/> Pas nécessaire La co-intervention est évitée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté <input checked="" type="checkbox"/> Pas nécessaire	<p>Dans les deux périodes, les visiteurs devaient se laver les mains pendant 3 à 5 minutes avec du savon antibactérien et porter des sur-blouses et des couvre-chaussures dans un endroit désigné devant l'USI.</p>
<p>RESULTATS</p> <p>Les résultats sont-ils significatifs ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté <input type="checkbox"/> Pas nécessaire</p> <p>Est-ce que les modalités d'analyse sont appropriées ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p><u>Nombre et durée des visites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur une durée moyenne de séjour similaire, les patients UVP ont reçu significativement plus de visites par jour avec une durée plus longue ($p < 0.001$ pour les deux comparaisons) - Les visites des membres de la famille représentaient 90% de toutes les visites reçues par les patients au cours des deux périodes. <p><u>Contamination de l'environnement et complications septiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La température et l'humidité moyennes dans les salles de soins intensifs étaient semblables dans les deux périodes d'étude. - L'air dans le corridor de l'unité de soins intensifs était significativement moins contaminé par des bactéries dans les périodes de RVP que dans celles d'UVP, alors que la contamination atmosphérique dans les chambres des patients était similaire. - Les surfaces des chambres des patients étaient significativement plus contaminées par des bactéries dans les UVP et par des champignons dans les périodes de RVP. - Lors de l'analyse de régression multivariée, la contamination bactérienne des surfaces était positivement associée à la contamination bactérienne de l'air ($p=0,038$), à la température ambiante ($p=0,001$) et à l'UVP ($p=0,001$). La contamination fongique des surfaces était positivement associée à la contamination fongique de l'air ($p=0,001$), à l'humidité ambiante ($p=0,001$) et à la RVP ($p=0,01$) et non à la température ambiante et à la contamination bactérienne. - Malgré la contamination bactérienne plus faible au cours de la période de la RVP, l'incidence cumulative de pneumonie, d'infections urinaires, de sepsis et de complications septiques était semblable dans les deux groupes, également après ajustement pour l'âge, le sexe et la période de recrutement. <p><u>Complications cardiovasculaires et mortalité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Toutes les complications cardiovasculaires majeures étaient plus fréquentes dans les périodes de RVP que dans les périodes de l'UVP, la différence étant

	<p>statistiquement significative pour un œdème pulmonaire ou un choc. ($p=0,03$)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'ensemble, le risque relatif de complications cardiovasculaires, quel qu'en soit le type, était environ deux fois plus élevé en RVP qu'en UVP ($p=0,03$) - Dans une analyse distincte de 156 patients (RVP : $n=80$; UVP : $n=76$) ayant subi un infarctus aigu du myocarde, les auteurs ont comparé la distribution de la classification Killip entre l'admission et la sortie de l'USI. Dans les périodes RVP, la différence entre l'admission et la sortie n'était pas significatif. Dans les périodes UVP, 58,8 % de ceux admis en classe 2 à 4 sont passés en classe 1 à la sortie ($p=0,039$). - La mortalité n'était pas significativement différente d'un groupe à un autre. <p><u>Profil émotionnel et hormones :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le score d'anxiété était semblable au départ dans les deux groupes et a diminué de façon significative dans le groupe UVP entre l'admission à l'USI et la sortie ($p=0,006$), tandis qu'une légère réduction non significative a été observée dans le groupe RVP. - Le score de dépression n'a pas changé entre l'admission et la sortie dans les deux groupes. - La TSH plasmatique était significativement plus élevée à la sortie dans les deux groupes ; la différence était plus marquée dans le groupe RVP ($p<0.001$) par rapport à l'UVP ($p=0,046$). - La concentrations plasmatiques de cortisol et l'excrétion urinaire d'acide vanillylmandélique sur 24 heures ont été réduits dans la même mesure dans les 2 groupes entre l'admission et la sortie.
<p>Est-ce que l'importance pour la clinique est abordée ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Les résultats ont une importance indéniable pour la clinique. En effet, la période UVP a été associée à une contamination microbienne environnementale plus élevée, mais pas à plus de complications septiques.</p> <p>Il est intéressant de noter que le risque de complications cardiovasculaires était deux fois plus élevé pendant les périodes de RPV. Le régime UVP a été associé à une plus grande réduction du score d'anxiété et à une augmentation significativement plus faible, de l'admission à la sortie, du profil de stress hormonal.</p>
<p>Les abandons sont-ils mentionnés ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Aucun patient n'a été exclu du suivi pendant la durée limitée de l'étude, et tous les participants sont restés dans leur groupe initial de randomisation.</p>

<p>CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS</p> <p>Les conclusions sont-elles adéquates compte tenu des méthodes et résultats ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Les principales conclusions de cette étude sont que, malgré une plus grande contamination bactérienne de l'environnement, la libéralisation des heures de visite des unités de soins intensifs n'est pas nuisible en termes d'augmentation des complications septiques.</p> <p>La contamination bactérienne des surfaces des chambres des patients était plus importante pendant l'UVP, avec une concentration plus faible de champignons qui peut être interprétée comme étant le résultat de leur compétition naturelle avec les bactéries.</p> <p>Par rapport à l' UVP, la RVP présentait un risque deux fois plus élevé de complications cardiovasculaires majeures, notamment d'œdème pulmonaire ou de choc.</p> <p>L'avantage cardio-circulatoire potentiel associé à l'UVP a été mis en évidence par l'amélioration significativement plus importante de la classification de Killip chez les patients admis avec infarctus aigu du myocarde.</p> <p>La libération des heures de visites pourrait plutôt être bénéfique en termes de réduction des complications cardiovasculaires. Les résultats indiquent également que cet avantage pourrait être attribué à un niveau d'anxiété plus faible associé à un meilleur profil hormonal. En effet, les résultats pourraient être interprétés comme la marque d'une réduction plus rapide du stress aigu chez les patients en période UVP au cours d'un séjour court en USI, comme le suggère également la réduction significative du score de l'anxiété.</p> <p>En raison de la petite taille de l'échantillon, qui constitue la principale limite de cette étude, les constatations sur les résultats cardiaques peut être limitée, et cette étude n'a pas démontré si l'UVP est également associés à une réduction significative de la mortalité (la taille estimée de l'échantillon nécessaire pour détecter une différence significative dans la mortalité serait d'au moins 306 patients par groupe).</p> <p>De plus, l'étude n'a pas mesurée le temps consacré aux soins des patients par le personnel et l'incidence cumulative du délire au cours des deux périodes, ni tenu compte d'aucun indicateur de stress pour le personnel, qui pourrait être augmenté par les UVP. D'autre part, on ne peut pas être certain de ce qui a été rapporté par les familles sur le carnet au chevet du patient. Une autre limite de l'étude est le fait qu'en raison de la conception de l'étude, il n'a pas été possible de ne pas montrer aux évaluateurs les résultats cliniques de la période étudiée.</p> <p>Les analyses de l'impact hormonal des deux régimes de visite étaient également limitées parce que l'étude n'a pas mesuré le cortisol sous forme d'excrétion urinaire de 24 heures, mais seulement sous forme de concentration plasmatique à 8 h du matin, ce qui peut expliquer l'absence de différence significative entre les 2 périodes.</p>
--	---

	<p>Enfin, les résultats de cette étude mono-centrique italienne ne peuvent être généralisés à d'autres contextes géographiques et sociodémographiques. Toutefois, l'impression générale rapportée par le personnel, les patients et les visiteurs était favorable, au point qu'après l'achèvement du protocole expérimental, le temps des visites dans cette USI de cardiologie a été considérablement élargi.</p>
--	--

ANNEXE 4 GRILLE D'ANALYSE : HARDIN ET AL. 2011

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J. & Westmorland, M.

McMaster University

Adapted Word Version Used with Permission

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

<p>REFERENCE</p>	<p>Hardin, S. R., Bernhardt-Tindal, K., Hart, A., Stepp, A., & Henson, A. (2011). Critical-care visitation: the patients' perspective. <i>Dimensions of Critical Care Nursing</i>, 30(1), 53-61.</p>
<p>OBJECTIF(S) DE L'ÉTUDE</p> <p>Les objectifs sont clairement présentés</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Le but de cette étude était de déterminer la satisfaction des patients gravement malades à l'égard des heures d'ouverture limitées d'un hôpital de soins aigus de 435 lits en Caroline du Nord.</p> <p>L'étude avait deux objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déterminer l'heure à laquelle la plupart des patients préfèrent les visites - déterminer la fréquence à laquelle les patients souhaitent recevoir des visites.
<p>LITTÉRATURE</p> <p>La revue de littérature est-elle suffisamment élaborée ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Les patients sont souvent négligés dans le choix des préférences concernant les heures de visites et ne participent pas à la prise de décision concernant les visites.</p> <p>La documentation actuelle sur les visites en soins intensifs laisse entendre que même s'il existe de nombreux articles sur le point de vue du personnel et de la famille, il y a une lacune dans la documentation sur le point de vue du patient.</p> <p>Peu d'études ont été effectuées concernant les besoins des patients et leurs préférences quant aux heures de visite. Le petit nombre d'études axées sur les préférences des patients en matière de visites pourrait s'expliquer par les niveaux d'acuité dans les unités de soins intensifs, car les patients peuvent être sous respirateur, confus ou incapables de parler.</p> <p>Selon le modèle de soins centrés sur la famille, la famille et le patient sont considérés comme une seule entité qui doit être soignée comme telle pendant cette crise. Comme les familles sont encouragées à participer aux soins du patient, leurs souhaits peuvent éclipser les préférences du patient.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT) (étude randomisée contrôlée)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort (étude de cohorte)</p>	<p>Il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle, ayant pour but d'explorer les relations entre l'âge des patients, la fréquence des visites, la fréquence de la fatigue, la durée de la période de visite, la nombre de visites par jour, le moment de la journée pour mettre fin à la visite et le nombre de visiteurs dans la chambre.</p>

<input type="checkbox"/> single case design (étude expérimentale à cas unique) <input type="checkbox"/> before and after (avant – après) <input type="checkbox"/> case-control (étude de cas-témoin) <input type="checkbox"/> cross-sectional (étude transversale) <input type="checkbox"/> case study (étude de cas)	L'hôpital où les données ont été recueillies possède un pôle de soins aigus de 435 lits, il est situé dans le sud-est des États-Unis. Les données ont été recueillies sur une période de trois mois. Un échantillon de patients a été recruté en fonction de leur admission dans l'une des cinq unités de soins intensifs de l'hôpital.
---	---

<p>ECHANTILLONNAGE</p> <p>N = 122</p> <p>L'échantillon est-il décrit de manière détaillée ?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>La taille de l'échantillon est-elle justifiée ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas nécessaire	<p>L'échantillon comprenait 122 patients au sein des cinq services des soins intensifs de l'hôpital. Le pourcentage d'hommes et de femmes était semblable, avec 56 % d'hommes (n = 69) et 44 % de femmes (n = 54). L'âge des sujets variait de 20 à 91 ans, l'âge moyen étant de 60 ans.</p> <p>Les critères d'inclusion comprenaient le fait d'être âgé de plus de 21 ans et de pouvoir parler anglais. Les patients ont été exclus de l'étude s'ils ne parlaient pas anglais ou s'ils avaient des troubles cognitifs identifiés dans leur dossier. Les cinq unités de soins intensifs ont été classées dans les catégories médicale/chirurgicale et cardiaque pour l'analyse des données. Ces unités avaient une politique de visite qui permettait à deux visiteurs d'effectuer des visites d'une durée de 30 minutes à 9 h, à 12 h, à 17 h et à 20 h. Aucun enfant de moins de 12 ans n'était admis.</p> <p>Le personnel infirmier a demandé aux patients de consentir à l'étude.</p>
<p>OUTCOMES</p> <p>Les outils de mesure sont-ils fiables ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté <p>Les outils de mesure sont-ils valides ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté	<p>Il s'agit d'un questionnaire en 11 points évaluant les préférences des patients quant aux heures de visite. Le questionnaire a été tiré de la littérature et modifié par le comité de soins intensifs et le comité de recherche de l'unité pour répondre adéquatement aux besoins de l'hôpital concerné. Il n'existe aucune fiabilité ou validité de ce questionnaire. En plus d'évaluer les préférences des patients, le questionnaire demandait des données démographiques précises : âge, état matrimonial et sexe.</p> <p>Les données ont été saisies dans un tableur et analysées à l'aide d'un logiciel d'analyse statistique. Les fréquences, les pourcentages, les moyennes et les médianes ont été identifiés. Des statistiques corrélationnelles ont été effectuées pour identifier les relations entre les variables. Les commentaires qualitatifs ont été analysés afin de déterminer les catégories de réponses.</p> <p>Questionnaire de 11 items.</p>

<p>INTERVENTION</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p> <p>La contamination est évitée ? (NdTraductrice : <i>La contamination est un biais de l'intervention qui apparaît lorsque des membres du groupe contrôle reçoivent le traitement par inadvertance ou sont exposés à l'intervention, réduisant ainsi potentiellement la différence de résultats entre les 2 groupes comparés.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pas nécessaire</p> <p>La co-intervention est évitée ? (NdTraductrice : <i>La co-intervention est un biais de l'intervention qui apparaît lorsqu'un sujet de l'étude reçoit d'autres traitements que celui qu'on étudie durant la phase expérimentale.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pas nécessaire</p>	<p>Au moment de la sortie des soins intensifs, le personnel infirmier a demandé aux patients de remplir le court questionnaire en fonction de leur expérience avec la politique actuelle sur les visites. Le questionnaire a pris environ 5 minutes pour répondre. Tous les équipes quels que soit les horaires de travail avaient des questionnaires à distribuer.</p>
<p>RESULTATS</p> <p>Les résultats sont-ils significatifs ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p> <p><input type="checkbox"/> Pas nécessaire</p> <p>Est-ce que les modalités d'analyse</p>	<p>Un certain nombre de variables ont été corrélées de façon significative. Il y avait de fortes relations entre les préférences des visiteurs, la durée de la période de visite préférée (p 0.01), le nombre de visites dans une journée et le nombre de visiteurs autorisés à visiter à un moment donné (p 0.01). Il y avait également une corrélation significative avec le temps de visite et le nombre de visiteurs qui préféraient la fréquence et la durée des visites (p 0.01). Des corrélations significatives ont été trouvées entre l'âge des patients et leur préférence pour le nombre de visites par jour (p 0,05) .</p>

<p>sont appropriées ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Les patients plus jeunes (inférieur à 55 ans) avaient tendance à vouloir plus de visiteurs plus souvent (73,3 %), tandis que les patients plus âgés (supérieur à 55 ans) voulaient moins de 3 visites par jour et moins de 3 visiteurs à la fois. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patients plus âgés ont un état plus sévère en raison de leurs comorbidités ou qu'ils veulent simplement que leur conjoint soit avec eux.</p> <p><u>Résultats quantitatifs :</u></p> <p>La plupart des sujets mariés (55,3%) voulaient des visites plus de 4 fois par jour.</p> <p>La plupart des sujets (68,5 %) voulaient des visiteurs toutes les 6 heures ou plus fréquemment.</p> <p>Les patients qui voulaient des visiteurs plus de 4 fois par jour (55,3 %) préféraient un nombre illimité de visiteurs.</p> <p>Les patients qui voulaient recevoir des visiteurs moins de trois fois par jour (44,6 %), préféraient n'avoir que deux ou trois visiteurs à la fois.</p> <p>Il est intéressant de noter que la plupart des patients préférait que les visites soient terminées à 22 h (81,3 %)</p> <p>Les patients mariés et les célibataires préféraient ne pas avoir de restrictions quant à l'heure de la journée à laquelle leurs visiteurs venaient (99 %).</p> <p>De nombreux patients (61,2 %) ont déclaré que le fait d'avoir des visiteurs n'augmentait pas du tout leur niveau de fatigue, alors que seulement 3,4 % ont déclaré que les visiteurs causaient une fatigue extrême.</p> <p><u>Résultats qualitatifs :</u></p> <p>Tous les patients sauf un voulaient de la visite. Ce patient n'a en fait demandé aucun visiteur et a suggéré que personne d'autre ne devrait recevoir de visiteurs, car c'était perturbant.</p>
<p>Est-ce que l'importance pour la clinique est abordée ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Les chefs de service des soins infirmiers des soins intensifs peuvent encourager le personnel à se conformer aux souhaits de leurs patients et fournir de la documentation à l'appui de ce processus. En adoptant une politique de visites qui répond aux besoins particuliers de chaque personne, les infirmières peuvent amorcer la tendance vers des soins axés sur le patient dans le cadre d'une pratique fondée sur des données probantes. Une politique de visites sur mesure est nécessaire pour assurer des résultats optimaux et devrait être prise en compte dans les lignes directrices de l'hôpital.</p>
<p>Les abandons sont-ils mentionnés ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Non</p>	<p>Non applicable.</p>

<p>CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS</p> <p>Les conclusions sont-elles adéquates compte tenu des méthodes et résultats ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Chaque personne est différente et ses besoins en matière de famille et d'amis peuvent varier. Les infirmières devraient alors planifier les visites en fonction de chaque patient. L'élaboration d'une politique de visite en fonction de chaque situation peut s'avérer la plus avantageuse. Un horaire qui répond aux besoins de chacun, y compris du personnel, favorisera la communication et améliorera les résultats.</p> <p>Il y a des limites à cette étude. Les résultats sont basés sur un petit échantillon d'un hôpital de la région du sud-est des États-Unis. Ces résultats ne peuvent être généralisés au reste du pays ni dans le reste du monde. La durée du séjour du patient n'a pas été prise en compte dans la détermination de sa satisfaction à l'égard de la politique actuelle sur les visites.</p> <p>Or, plus la durée du séjour est courte, plus le patient est satisfait de la politique qu'il a pu avoir. De plus, seuls les patients anglophones ont été inclus dans l'étude. Si d'autres nationalités étaient incluses, les résultats pourraient être différents en fonction des différences culturelles. De plus, l'étude demandait aux patients ce qu'ils pensaient des visites seulement au moment de leur sortie de l'unité. Il est clair qu'une nouvelle recherche s'impose à ce sujet. On pourrait peut-être demander aux patients leur préférence de visite lorsqu'ils sont admis à l'unité, pendant leur séjour et à leur sortie.</p>
--	--

ANNEXE 5 GRILLE D'ANALYSE : OLSEN ET AL. 2009

Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)

©Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

REFERENCE:

Olsen, K. D., Dysvik, E., & Hansen, B. S. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive and critical care nursing*, 25(4), 190-198.

	Commentaires
<p>OBJECTIF(S) DE L'ÉTUDE Les objectifs sont clairement présentés X Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>L'objectif de cette étude était double. Premièrement, il s'agit de savoir de qui les patients en soins intensifs ont demandé des visites. Deuxièmement, les auteurs ont enquêté sur la façon dont ces patients ont vécu la présence de membres de leur famille alors qu'ils se trouvaient dans une situation critique et vulnérable.</p>
<p>LITTÉRATURE La littérature utilisée (dans le cadre théorique) est-elle pertinente ? X Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>L'unité de soins intensifs est un milieu de soins de santé dynamique. Le contexte des soins intensifs est reconnu comme une expérience stressante pour les patients, car l'équipement technique de pointe et la surveillance continue sont en permanence liés à ces derniers, qui sont gravement malades. C'est une période difficile pour les familles car elles ont peur de perdre leurs proches. Au cours des dernières années, les habitudes de visite sont devenues moins restrictives dans de nombreuses unités de soins intensifs. Mais le temps que les membres de la famille sont autorisés à passer dans une unité de soins intensifs varie, de visites ouvertes à visites restreintes. Les règles de visite sont normalement réglementées par les infirmières de l'USI. Les soignants doivent en effet trouver un équilibre entre le besoin des membres de la famille d'être présents, le besoin de repos des patients et le besoin des infirmières d'offrir des soins sécuritaires.</p> <p>La recherche sur les visites aux soins intensifs s'est surtout concentrée sur les besoins des familles. Mais très peu d'études se concentrent sur les expériences vécues par les patients lors de leurs visites régulières</p>
<p>DESIGN DE L'ÉTUDE Quel était le design (méthodologie) utilisé ? X Phénoménologie <input type="checkbox"/> Ethnographie <input type="checkbox"/> Théorisation ancrée (Grounded Theory)</p>	<p>Il s'agit d'une étude qualitative descriptive utilisant des entretiens et des questions ouvertes tirées d'un guide d'entretien semi-structuré. Une méthodologie qualitative est appropriée dans l'étude d'un phénomène d'une manière profonde et holistique à travers la collecte d'éléments narratifs. Au cours des entrevues, les gens décrivent leurs propres expériences et leur compréhension des soins intensifs. Le but est de trouver une</p>

<input type="checkbox"/> Recherche action <input type="checkbox"/> Autre	signification commune à partir de l'information tirée des entretiens.
Est-ce que la perspective théorique est clairement identifiée ? X Oui <input type="checkbox"/> Non	L'hypothèse de cette étude était d'examiner les conséquences potentielles de la présence de membres de la famille pour les patients des unités de soins intensifs.
Les méthodes de recueil des données utilisées sont : <input type="checkbox"/> Observation X Entretiens <input type="checkbox"/> Analyse de documents <input type="checkbox"/> Focus groups <input type="checkbox"/> Autre	Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-structurées dans des chambres, 3 à 14 jours après le transfert des patients de l'USI. Un magnétophone a été utilisé pendant les entretiens. La plupart des entretiens ont été réalisés par le premier auteur, mais pour des raisons pratiques, deux d'entre elles ont été réalisées par une autre infirmière de l'USI. Le fait que les participants avaient peu ou pas de souvenirs a rendu difficile le suivi du guide d'entretien. Les participants étaient libres de discuter des thèmes abordés dans le guide d'entretien et tous n'ont pas répondu à toutes les questions. Au cours des entretiens, les participants ont parfois mélangé leurs propres souvenirs avec ce que leur avaient dit les familles et les soignants. Malgré ces difficultés, les participants ont donné des informations utiles sur les personnes qu'ils souhaitaient voir et sur leur vision de la présence des membres de leur famille pendant leur séjour à l'USI. Il semble que l'occasion de parler de leurs expériences et de leurs réflexions ait été bien accueillie.
ÉCHANTILLONNAGE Le processus de l'échantillonnage est-il décrit ? X Oui <input type="checkbox"/> Non	Critères d'inclusion : entre 18 et 70 ans, une phase de sédation, ventilation invasive pendant plus de 24 h. Critères d'exclusion : les patients atteints d'une maladie chronique qui dépendent de l'aide de leur famille au quotidien, une détérioration de l'état de santé après l'USI, ce qui a rendu l'entretien difficile pour le patient.
Les chercheurs ont-ils inclus des participants jusqu'à obtenir la saturation des données (jusqu'à ce que des redondances aient été observées) ? <input type="checkbox"/> Oui X Non <input type="checkbox"/> Pas présenté	Une infirmière de l'USI responsable du dossier des patients de l'USI a recruté les participants selon les critères d'inclusion et d'exclusion. À l'aide d'un échantillon, les connaissances du chercheur sur la population et ses éléments ont été utilisées pour sélectionner les personnes typiques de la population à inclure. Les données ont été recueillies de février 2006 à juin 2007.
Le consentement éclairé et libre a-t-il été obtenu ?	L'étude a été approuvée par le Comité régional d'éthique, le <i>Norwegian Social Science Data Services</i> et le directeur de l'hôpital. Les participants ont été informés par écrit et verbalement de l'objet de l'étude. On leur a dit que la

<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté	<p>participation était volontaire, qu'ils étaient libres de se retirer à tout moment et que la confidentialité totale était garantie. Un document de consentement éclairé a été signé. Les participants ont également été invités à enregistrer les entrevues et ont accepté de le faire.</p>
<p>RECUEIL DES DONNÉES</p> <p>Clarté descriptive Description claire et complète du site <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>(NdTraductrice : contexte) des participants : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Rôle du chercheur & relation avec participants : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Identification des hypothèses (NdTraductrice : à priori) et biais du chercheur : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>L'étude a été réalisée dans une unité de soins intensifs généraux de 12 lits dans un hôpital universitaire en Norvège. Les visites sont autorisées de 11h à 19h et les visiteurs sont invités à sortir pendant les changements d'équipe et les soins intimes. Les infirmières de l'USI pouvaient faire des exceptions pour les visites sur une base individuelle. L'hôpital ne dispose pas de service de soins continus, les patients ont donc été transférés directement en service conventionnel lorsqu'ils étaient extubés et stabilisés.</p> <p>Onze des 17 patients invités ont accepté de participer à cette étude. L'échantillon comprenait donc 11 patients de l'USI, quatre femmes et sept hommes âgés de 19 à 69 ans.</p> <p>Des femmes et des hommes de statuts matrimoniaux différents ont été inclus. Les participants avaient reçu été sédatisés, le type de médicament ou le niveau de sédation n'était pas l'objet de cette étude. Cependant, les patients n'ayant pas de mémoire immédiate de leur séjour aux de soins intensifs ont également été invités à participer. Notre hypothèse était que les patients qui au début ne se souvenaient de rien, peuvent toutefois apporter une contribution importante en étant orientés ou en se référant au séjour à l'USI.</p> <p>L'hypothèse de cette étude était d'examiner les conséquences potentielles de la présence de membres de la famille pour les patients des unités de soins intensifs.</p>
<p>Rigueur procédurale La rigueur procédurale est-elle utilisée pour la récolte des données ?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté	<p>Les données ont été traitées de manière confidentielle, aucun nom n'a été utilisé. Les entrevues enregistrées sur bande sonore ont été supprimées à la fin de la période d'entrevue et après l'analyse initiale. Un dialogue de suivi entre le participant et le personnel de l'USI (infirmière, médecin ou membre du clergé) a été proposé si nécessaire.</p> <p>Les entrevues enregistrées sur bande sonore ont été transcrites une fois l'entrevue terminée. Chaque transcription a été lue plusieurs fois afin de comprendre l'histoire de chaque participant. Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse qualitative.</p>
<p>ANALYSES DES DONNÉES</p> <p>Rigueur analytique L'analyse des données est-elle inductive ?</p>	<p>L'unité d'analyse était les entrevues. À partir de cette unité d'analyse, les énoncés ont été triés en unités de signification. Ces unités de signification ont été condensées et codées. Des catégories ont été créées à partir de ces codes, ce qui constitue l'élément central de l'analyse qualitative. Une catégorie renvoie principalement au niveau descriptif du contenu et peut donc être</p>

<p>X Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas Présenté</p> <p>Les résultats sont-ils consistants avec les données dont ils dérivent ?</p> <p>X Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>considérée comme une expression du contenu manifeste du texte.</p>
<p>Contrôlabilité (Auditability)</p> <p>La chaîne décisionnelle est-elle présentée ?</p> <p>X Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p> <p>Le processus de l'analyse des données est-il présent de manière adéquate ?</p> <p>X Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>L'unité d'analyse était les entrevues. À partir de cette unité d'analyse, les énoncés ont été triés en unités de signification. Ces unités de signification ont été condensées et codées. Des catégories ont été créées à partir de ces codes, ce qui constitue l'élément central de l'analyse qualitative. Une catégorie renvoie principalement au niveau descriptif du contenu et peut donc être considérée comme une expression du contenu manifeste du texte.</p>
<p>Connections théoriques</p> <p>Est-ce qu'une image claire du phénomène émerge ?</p> <p>X Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>La souplesse des horaires de visites est un défi pour les infirmières de l'USI qui doivent régler les visites des patients. Les membres de la famille sont une source importante de soutien social pour les patients en soins intensifs, mais les patients ne trouvent pas toujours le soutien aussi utile. L'interaction entre le patient, la famille et l'infirmière est cruciale. L'objectif doit être d'obtenir le meilleur pour le patient. Les infirmières doivent mettre l'accent sur la dépendance mutuelle entre le patient et sa famille. Pour réussir, la famille doit être informée des routines de l'unité de soins intensifs et du besoin de repos des patients.</p> <p>Les infirmières doivent lire les réactions des patients avec les familles qui connaissent les réactions et les préférences des patients. C'est sur cette base qu'il est possible d'évaluer l'influence des différents visiteurs et la durée de leur séjour. Une régulation individuelle en fonction de la situation du patient et des souhaits de la famille est nécessaire.</p> <p>Les infirmières doivent soutenir et informer les familles lorsqu'elles sont présentes. Des dépliants d'information devraient s'y ajouter. Les familles recevront de l'information à la fois en étant présentes et à partir de ce qu'on leur dit sur le séjour en soins intensifs. Avant de quitter l'unité de soins intensifs, la</p>

	<p>famille doit être préparée à la guérison du patient, à ce qu'il ait peu ou pas de souvenirs, à des cauchemars et des hallucinations.</p> <p>La famille peut apporter un soutien émotionnel et un accompagnement important pendant la convalescence. Pour les patients, les journaux de l'USI peuvent être utilisés. Les journaux intimes peuvent fournir des informations aux patients au moment où ils veulent s'orienter eux-mêmes vers la réalité et ils peuvent aider les familles à aider les patients à combler les lacunes de leur séjour à l'USI (Combe, 2005).</p>
<p>RIGUEUR GLOBALE</p> <p>Y a-t-il une présentation des quatre critères de rigueur/qualité ?</p> <p>Crédibilité <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Transférabilité <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Fiabilité <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Confirmation <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>L'expérience du premier auteur avec les patients en soins intensifs pourrait avoir un effet sur l'interprétation des résultats. Les participants se trouvaient encore dans une situation vulnérable et certains ont donné de brèves entrevues et n'avaient que peu ou pas de souvenirs immédiats de leur séjour à l'USI. Cela peut influencer la crédibilité de l'étude. Une autre limite était un petit échantillon, ce qui rend la généralisation difficile.</p> <p>D'autre part, l'utilisation de l'analyse du contenu a donné un aperçu des catégories et sous-catégories courantes qui peuvent être utilisées pour éclairer les recherches futures. Parmi les autres facteurs positifs, un coauteur a participé à la préparation de l'étude et aux entrevues, tandis que les deux coauteurs ont participé activement à l'analyse du contenu et à la validation des résultats. De plus, les résultats concordent avec ceux d'autres études.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Les conclusions sont-elles appropriées/cohérentes par rapport aux résultats de l'étude ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Les résultats contribuent-ils au développement des théories pour la pratique professionnelle ou la recherche ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Les visites dans les unités de soins intensifs ont une importance mutuelle pour les patients et leur famille. Les patients préfèrent les visites de leurs proches de la vie quotidienne. Les familles sont importantes, car elles apportent un soutien social aux patients. En étant présents, ils confirment leur attachement et ils expriment des sentiments de bienveillance envers les patients, même lorsque ceux-ci sont inconscients. Mais il y a aussi du stress lié à des problèmes de communication. La souplesse des routines de visite est un défi pour les infirmières de l'USI qui doivent communiquer avec les familles, expliquer l'équilibre entre le soutien et le stress des visites et conseiller les familles sur le moment opportun des visites. Une réglementation individuelle en fonction de la situation du patient et des souhaits des familles est nécessaire.</p> <p>Les patients ont souvent peu ou pas de souvenirs de l'unité de soins intensifs. Leurs besoins d'information diffèrent, allant du besoin de réaffirmation au désir de se distancier de leur période aux soins intensifs. La présence de leur famille à l'unité de soins intensifs et l'information fournie aux familles peuvent être utiles aux patients, en veillant à ce que les familles soient dans une meilleure posture pour les aider pendant leur</p>

<input type="checkbox"/> Non	<p>rétablissement. Le défi semble être de savoir quoi dire aux patients et quand le dire, ce qui exige une coopération entre les infirmières de l'USI et les familles des patients.</p> <p>Toutefois, d'autres recherches seront nécessaires pour évaluer l'influence des habitudes de visite flexibles sur les patients en soins intensifs et leur famille. Des études similaires réalisées dans d'autres hôpitaux et plus tard, après la sortie de l'hôpital, sont recommandées. Il est également important de savoir comment les patients et leur famille vivent la possibilité de participer à la prise de décision. Enfin, il est également recommandé de mieux connaître les besoins d'information des patients après un séjour en soins intensifs.</p>
------------------------------	---

ANNEXE 6 SEDATION AGITATION SCALE

↑ A G I T A T I O N	Agitation dangereuse	Tentative d'auto-extubation, ablation cathéter, sort du lit	7
	Très agité	Nécessite un attachement, mord la sonde d'intubation	6
	Agité	Anxieux, essaye de s'asseoir, se calme à la parole	5
	Calme et coopérant	Répond à la commande	4
↓ S É D A T I O N	Sédaté	Éveil à la parole, répond aux ordres simples	3
	Très sédaté	Éveil au toucher, ne communique pas	2
	Non réveillable	Pas de réponse à la douleur	1

Lucidarme, O., & Cheyron, D. du. (2013). Guide pratique des problèmes quotidien en réanimation. Arnette. P.41

ANNEXE 7 LA CLASSIFICATION DE KILLIP

L'insuffisance cardiaque est évaluée selon la classification de Killip.

Killip I: pas d'évidence d'insuffisance cardiaque

Killip II: Ins. Card. Légère avec râles pulmonaires sur 1/3 ou moins des champs pulm. post. Et TAH systolique ≥ 90 mm Hg.

Killip III: Œdème pulmonaire avec râles pulmonaires $> 1/3$ champs pulm. post. et TAH systolique ≥ 90 mm Hg.

Killip IV: choc cardiogène +/- râles et TAH systolique < 90 mm Hg