

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Identification des freins et des
leviers à l'implémentation d'une politique d'heures de visites « flexibles »
dans les unités de soins intensifs"**

Auteur : Dejardin, Géraldine

Promoteur(s) : Misset, Benoît; Streel, Sylvie

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/10031>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Identification des freins et des leviers à
l'implémentation d'une politique d'heures de
visites « flexibles » dans les unités de soins
intensifs

Mémoire présenté par **Géraldine DEJARDIN**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé Publique
Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins
Année académique 2019-2020

Identification des freins et des leviers à
l'implémentation d'une politique d'heures de
visites « flexibles » dans les unités de soins
intensifs

Mémoire présenté par **Géraldine DEJARDIN**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique 2019-2020

Promoteur : Docteur Benoît Misset

Co-promoteur : Professeur Sylvie Streel

Remerciements :

Tout d'abord, je tiens à remercier particulièrement Madame Sylvie Streel, pour m'avoir, dans un premier temps, épaulée et conduite sur le chemin menant au mémoire, et dans un deuxième temps être devenue ma co-promotrice. Merci pour votre investissement, votre disponibilité et pour tout le temps précieux que vous m'avez accordé.

Je remercie également mon promoteur, Docteur Benoit Misset, pour son expertise sur le sujet.

Merci à Madame Pascale Lambert dont l'origine de ce projet émane de son groupe de travail sur les aidants proches.

Mes remerciements s'adressent également à toutes les personnes qui ont répondu présentes pour la réalisation des entretiens.

Merci à ma belle-mère, Véronique Gérard, pour la relecture de ce travail.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement de ce travail. Je remercie mon compagnon, pour son soutien et sa présence durant ce Master. Je tiens également à remercier tous mes amis pour leur réconfort dans les moments difficiles et plus particulièrement, Aurélie Bovy qui aura été d'un soutien sans faille du début à la fin.

Table des matières

Résumé :	
Abstract :	
Liste des abréviations utilisées.....	
I. Préambule	1
II. Introduction.....	2
1) La problématique aux soins intensifs	2
2) Importance de la communication aux soins intensifs.....	3
3) Evolution de la prise en charge des patients.....	4
4) Les besoins des patients, des familles et des soignants aux soins intensifs	4
Besoins des patients.....	4
Besoins des familles	5
Besoins des soignants.....	6
5) La politique des heures de visites aux soins intensifs	7
6) L'architecture des unités de soins intensifs	9
7) Lien avec la finalité gestion des institutions de soins.....	9
8) Objectifs de la recherche.....	10
III. Matériel et méthode	11
1) Type d'étude.....	11
2) Population étudiée	11
Les critères d'inclusion	11
Les critères d'exclusion	12
Mode d'échantillonnage et taille de l'échantillon.....	13
3) Paramètres étudiés et outils de collecte des données	14
4) Organisation et planification de la collecte des données	15
5) Présentation des outils de traitement des données	16
6) Critères de qualité	17
7) Composition de l'équipe de recherche	18
8) Promoteur de l'étude et origine du financement	18
9) Aspect réglementaire	19
Comité éthique.....	19

Vie privée et protection des données	19
Information et consentement	19
Assurance	19
IV. Résultats préliminaires.....	20
1) Profil sociodémographique des soignants interrogés.....	20
2) Perception d’une politique d’heures de visites flexibles chez les soignants.....	20
V. Analyse critique du projet et discussion	28
1) Discussion des résultats – Adaptation Covid-19	28
2) Analyse réflexive et critique du protocole de recherche	32
Les forces (Strengths)	33
Les faiblesses (Weaknesses).....	34
Les opportunités (Opportunities).....	34
Les menaces (Threats).....	35
VI. Conclusion	35
VII. Bibliographie.....	36
VIII. Annexes	39
<i>Annexe 1</i> : Consentement éclairé à l’intention des patients.....	39
<i>Annexe 2</i> : Consentement éclairé à l’intention des familles	44
<i>Annexe 3</i> : Consentement éclairé à l’intention des soignants	49
<i>Annexe 4</i> : Flow Chart.....	54
<i>Annexe 5</i> : Trame de l’entretien semi-dirigé destiné aux soignants	55
<i>Annexe 6</i> : Trame de l’entretien ouvert destiné aux patients.....	57
<i>Annexe 7</i> : Trame de l’entretien ouvert destiné aux familles	59
<i>Annexe 8</i> : Codebook de la base de données sociodémographiques des entretiens soignants...	61
<i>Annexe 9</i> : demande d’avis au collège des enseignants.....	62
<i>Annexe 10</i> : Caractéristiques sociodémographiques du personnel soignant interrogé	66
<i>Annexe 11</i> : Grille COREQ	67

Résumé :

Introduction : Bien qu'à l'heure actuelle, la plupart des unités de soins intensifs pour adultes fonctionnent avec des heures de visites restreintes, une politique de visites flexibles est recommandée pour des soins axés sur les patients et leurs familles. Malgré cela, on observe que les soins axés sur la famille sont l'exception plutôt que la règle dans de nombreuses unités de soins intensifs pour adultes. Il paraît donc essentiel d'explorer les obstacles qui entravent l'adoption d'une politique de visites ouvertes dans les unités de soins intensifs pour adultes.

Objectif de l'étude : Explorer les obstacles et les leviers rencontrés chez les patients, leur famille et le personnel soignant lors de l'implémentation d'une politique d'heures de visites flexibles aux soins intensifs du Centre Hospitalier Universitaire (CHU), sur le site du Sart Tilman de Liège et sur le site de Notre-Dame des Bruyères (NDB).

Méthodologie : Etude qualitative avec une approche phénoménologique sur base d'un raisonnement inductif. La collecte des données se fait au moyen d'entretiens semi-dirigés et ouverts. L'étude est réalisée au sein de 3 populations : les patients, leur famille et le personnel soignant. L'étude est réalisée dans les différentes unités de soins intensifs du CHU de Liège.

Adaptations Covid-19 : En raison de la pandémie à Covid-19, la réalisation de l'étude sur le terrain n'a pas été possible. Afin d'apporter quelques éléments de réponse à l'objectif principal, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de soignants travaillant au sein de services de soins intensifs de différents hôpitaux de la région liégeoise.

Analyse et discussion : Les entretiens ont permis de mettre en évidence certains freins et leviers chez les soignants quant aux heures de visites. Ces données ne constituent pas les résultats de l'étude mais plutôt une piste de ce que pourrait révéler l'étude au sein de la population « soignants ».

L'analyse réflexive et critique du protocole de recherche, à l'aide de la grille COREQ et de l'outil SWOT, a permis d'évaluer la pertinence et la faisabilité du projet.

Mots-clés : heures de visites flexibles, unité de soins intensifs, implémentation, freins et leviers.

Abstract :

Introduction : Although most adult intensive care units currently operate with restricted visiting hours, a flexible visiting policy is recommended for patient and family-centered care. Despite this, family-centered care is observed to be the exception rather than the rule in many adult intensive care units. It therefore seems essential to explore the obstacles which hinder the adoption of a policy of open visits in intensive care units for adults.

Objectives : Explore the obstacles and levers encountered by patients, their families and caregivers during the implementation of a policy of flexible visiting hours in the intensive care of the University Hospital Center (CHU), on the Sart Tilman of Liège site and on the site of Notre-Dame des Bruyères (NDB).

Methods : Qualitative study with a phenomenological approach based on inductive reasoning. Data collection is done through semi-structured interviews. The study is carried out in 3 populations: patients, their families and caregivers. The study is carried out in the different intensive care units of the CHU de Liège.

Covid-19 adaptations: Due to the Covid-19 pandemic, carrying out the field study was not possible. In order to provide some answers to the main objective, semi-structured interviews were carried out with caregivers working in the intensive care departments of various hospitals in the region of Liège.

Analysis and discussion : The interviews made it possible to highlight certain obstacles and levers among caregivers regarding visiting hours. These data do not constitute the results of the study but rather a track of what the study might reveal within the "caregiver" population.

The reflective and critical analysis of the research protocol using the COREQ grid and the SWOT tool made it possible to assess the relevance and feasibility of the project.

Keywords : Flexible visiting, intensive care unit, implementation, obstacles and levers.

Liste des abréviations utilisées

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

NDB : Notre-Dame des Bruyères

SPF Santé Publique : Service Public Fédéral de Santé Publique

ST : Sart Tilman

I. Préambule

En tant qu'infirmière spécialisée en soins intensifs et aide médicale urgente (SIAMU) et travaillant dans une unité de soins intensifs depuis maintenant 3 ans, le sujet des heures de visites aux soins intensifs me touche de près. La qualité de prise en charge des patients et des familles étant l'une de mes préoccupations principales dans mon travail, une démarche d'amélioration de celle-ci est devenue l'un de mes objectifs. Malgré les recommandations de plusieurs organisations professionnelles d'évoluer vers des soins axés sur le patient et sa famille et les résultats d'études allant en faveur d'heures de visites flexibles, on remarque qu'un grand nombre de services de soins intensifs pratiquent encore des horaires de visites strictes (1–3). Il apparaît donc essentiel d'explorer les obstacles entravant la bonne mise en place d'une politique d'heures de visites flexibles dans les unités de soins intensifs pour adultes.

L'organisation des heures de visites au sein de ces unités fait partie intégrante de la gestion de ces services et fait donc écho avec la finalité « gestion des institutions de soins » que j'ai choisie pour ce Master. La demande du CHU et plus particulièrement du médecin chef de services de soins intensifs d'élargir les heures de visites était l'occasion pour moi de pouvoir mettre en pratique les compétences acquises durant ce master dans mon domaine de prédilection. Cette demande de l'institution met en avant sa volonté de prendre en considération les besoins des patients et des familles.

Malheureusement, en raison de la pandémie au Covid-19 et des restrictions de visites imposées par le Conseil National de Sécurité dans les hôpitaux, cette étude n'a pas pu être réalisée.

II. Introduction

1) La problématique aux soins intensifs

L'organe d'avis et de concertation du SPF Santé Publique définit les soins intensifs comme une unité se caractérisant par sa capacité de prendre en charge des patients dont l'état nécessite une surveillance particulière et continue, ou encore, pour lesquels l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement requiert une technologie et un personnel propres à ce type de service. L'arrêté royal du 27 avril 1998 fixe les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée, notamment de normes d'équipement, de personnel médical et infirmier et des formations permanentes (4,5).

Toutes les études menées dans des unités de soins intensifs s'accordent pour dire que ces unités sont des environnements stressants qui peuvent bouleverser les patients et leur famille lors d'une hospitalisation. Il s'agit d'un moment de crise. Le manque de compréhension des informations, l'incertitude du devenir du patient, la peur de la mort, le changement des habitudes quotidiennes, les questions financières etc. sont des facteurs favorisant l'apparition des symptômes de stress, d'anxiété et même de dépression chez le patient ou les membres de la famille du patient (6–9). Ces symptômes sont d'autant plus présents quand le membre de la famille est l'époux ou l'épouse : l'étude menée par le groupe Famirea a montré que 81,1% des époux(se) présentaient des signes d'anxiété et 47,3% développaient des signes de dépression (10). L'existence de différences culturelles entre les soignants, le patient et la famille peut également être à l'origine de difficultés comportementales et relationnelles (11). Des études ont mis en évidence que ces symptômes, à long terme, pouvaient mener à un syndrome de stress post-traumatique, aussi appelé syndrome post-soins intensifs dans le cas présent (8). Celui-ci est favorisé par un haut niveau de stress mais aussi par la relation soignant-famille. L'étude d'Azoulay et al.(12) a montré que la réaction de stress post-traumatique compatible avec un risque élevé de syndrome de stress post-traumatique est courante chez les membres de la famille des patients hospitalisés aux soins intensifs. Des entretiens menés avec la famille ont mis en évidence que 33,1% de ces personnes présentaient des symptômes de risque modéré à majeur de syndrome de stress post-traumatique. Ce taux montait à presque 50% lorsque ces familles pensaient avoir reçu des informations incomplètes concernant leur proche ou que ce dernier décédait aux soins

intensifs. En effet, la communication et la participation à la prise de décisions concernant le patient jouent un rôle important dans la prévention de ces symptômes. La littérature montre que la manière de communiquer, d'expliquer aux familles ce qu'il se passe et comment les choses vont se dérouler, peut être importante dans la stratégie de prévention pendant l'hospitalisation. Si les membres de la famille ont des niveaux de stress trop élevés, ils peuvent ne pas comprendre les options de traitement pour le patient ou ne pas comprendre les informations qui leurs sont données (8).

2) Importance de la communication aux soins intensifs

Les infirmières ont identifié plusieurs éléments utiles pour améliorer les soins dont le plus important est la communication. Les familles des patients citent souvent le manque de communication comme une source importante d'insatisfaction à l'égard des soins (13). En effet, des études ont montré que la communication avec les soignants est l'un des critères les plus appréciés des soins. Elle influe sur l'expérience des membres de la famille pendant le séjour du patient. La communication perçue comme incohérente, insatisfaisante ou inconfortable est associée à un risque plus élevé de présenter un syndrome post-soins intensifs. Des informations divergentes de la part des différents soignants favorisent une détresse psychologique et donc un risque de symptômes de dépression (10,14). La communication avec les proches des patients fait partie des principales tâches du personnel des soins intensifs. L'attitude des médecins et des infirmiers et leur capacité à exprimer de l'empathie, du confort et du réconfort affectent également de manière significative l'expérience des proches (14). Des études épidémiologiques et interventionnelles ont montré qu'une meilleure communication conduit à une meilleure information des familles mais aussi à une meilleure satisfaction de leurs besoins. La compréhension du diagnostic, du pronostic et du traitement est cruciale et poser des questions est important pour les membres de la famille qui cherchent à comprendre la situation du patient (15,16).

3) Evolution de la prise en charge des patients

Les soins centrés sur les patients font partie des soins infirmiers depuis les années 1970. La reconnaissance du rôle des familles des patients dans le soutien, l'assistance et les soins aux patients adultes en unités de soins intensifs est beaucoup plus récente (17).

Dans ce concept, le patient et sa famille deviennent un tout, une seule unité à soigner (17,18). L'étude de Mitchell et al. (17) définit les soins centrés sur la famille comme « une approche innovante de la planification, de la prestation et une évaluation des soins de santé fondée sur des partenariats mutuellement avantageux entre les patients, les familles et les fournisseurs de soins de santé ». Dans les unités de soins intensifs, bien souvent, les patients ne peuvent pas prendre de décision pour eux-mêmes car inconscients ou incapables de communiquer. Les familles deviennent alors la voix du patient, les décideurs de substitution et jouent un rôle important de la continuité des soins (2,9,10,17,19). Dès lors, il apparaît aussi important de se concentrer sur les besoins des familles que ceux des patients afin de réduire le risque de réactions de stress à l'expérience traumatique des soins intensifs (2,6,12).

4) Les besoins des patients, des familles et des soignants aux soins intensifs

Besoins des patients

Beaucoup de travaux se sont penchés sur les besoins et la satisfaction de la famille d'un patient hospitalisé aux soins intensifs mais très peu se sont penchés sur les besoins des patients. L'étude de Mitchell et al. relate que les patients utilisent des mots tels que « aide », « sécurité » et « confort » pour décrire le soutien que leur apportent leurs proches lors de l'hospitalisation (20). En effet, le confort reste une grosse problématique pour les patients hospitalisés aux soins intensifs. Les sources de cet inconfort sont multiples et touchent toutes les dimensions (appareillages, dyspnée, faim, soif, froid, contentions etc.). Par leur vulnérabilité, leur dépendance et leur incapacité à communiquer, les patients ont parfois le sentiment d'être isolés, ce qui rend la détection de leur inconfort compliquée et provoque un stress. La restriction de l'accès aux proches accentue cet inconfort et ce stress (11). Ce stress, ce sentiment d'isolement et cet inconfort sont souvent également liés à un sentiment d'insécurité. L'étude d'Olsen et al. montre que les patients peuvent souffrir d'un stress lié à la

séparation de leurs proches et que la présence de familles, amis ou mêmes d'infirmiers pouvait avoir un impact positif sur ce sentiment d'insécurité. La qualité du soutien et donc la présence de la famille proche est ici privilégiée sur la quantité des visites (21).

Azoulay et al. ont mené une enquête téléphonique d'opinion en 2003 auprès de 8000 résidents français, âgés de 18 ans et plus. Celle-ci révèle que 76% des personnes interrogées estiment que lors d'une hospitalisation aux soins intensifs, elles souhaiteraient que leurs proches soient impliqués dans les décisions médicales et dans les soins, notamment pour les soins d'hygiène, l'alimentation et les aspirations endotrachéales. Septante-neuf pourcents ont déclaré qu'ils désigneraient le conjoint pour parler en leur nom s'ils étaient inaptes à la prise de décisions. L'étude de Garrouste-Orgeas et al. menée en 2010 auprès de personnes hospitalisées aux soins intensifs va dans le même sens en rapportant des chiffres similairement semblables : 77% sont favorables à l'implication de leurs proches dans les soins (22).

Besoins des familles

De nombreuses études sur les besoins des familles de patients hospitalisés aux soins intensifs ont été réalisées depuis celle de Molter, pionnière en matière de besoins menée en 1979 (23). Molter a identifié 45 besoins qui ont été ensuite reclassés par Leske en 1983 : ces besoins ont été identifiés comme étant ceux d'assurance, de proximité, de confort, de soutien et enfin, d'information (8,18,24,25). Ces études ont montré que plusieurs facteurs pouvaient améliorer la satisfaction des besoins des familles dont l'accès ouvert aux unités de soins intensifs et des informations honnêtes et opportunes (10,15). Effectivement, l'augmentation de la possibilité accrue d'être au chevet du patient et la qualité des informations transmises par l'équipe soignante permettent d'augmenter la satisfaction des familles quant à leurs besoins et à la prise en charge de leur proche (10,25). L'étude de Yakabu et al. menée en 2018 fait partie de ces études montrant que les familles sont pour des heures de visites plus flexibles. Cependant, elle met aussi en évidence que ces mêmes familles souhaitent que les visites soient approuvées par le patient quand cela est possible. En effet, elles déclarent vouloir des politiques d'heures de visites basées sur les besoins des patients et que ces politiques gardent une limite en termes de durée et de nombre de visites sur 24 heures. L'étude conclut que

même si les familles sont favorables à une politique de visites flexibles, elles ne préfèrent pas que trop de visiteurs interfèrent avec les soins des patients (26).

L'accueil et l'écoute des familles apparaissent également comme des facteurs déterminants dans l'apparition des signes d'anxiété. Le besoin de confort reprend l'importance pour les familles d'être accueillies dans un lieu adapté et avec dignité (10). Les familles rapportent souvent un sentiment de manque de soutien émotionnel et d'implication dans le système de soin de la part des équipes soignantes (27).

Les infirmiers doivent comprendre l'expérience des familles des patients hospitalisés aux soins intensifs et identifier leurs besoins afin de les aider à faire face à cet événement. Le rôle que la famille joue réellement dans l'unité de soins intensifs peut dépendre des interactions et de la relation qui se développe entre elle et les soignants (1).

Besoins des soignants

Beaucoup d'études se sont penchées sur les besoins des familles et des patients mais moins se sont penchés sur ceux des soignants. Stayt (6) s'est penchée en 2006 sur l'expérience des infirmiers concernant la prise en charge des familles de patients hospitalisés dans des unités de soins intensifs. Son étude a montré que la présence des familles est source de stress pour les soignants, notamment par la peur de ne pas savoir répondre à leurs questions ou de ne pas répondre de manière adaptée. De plus, les familles peuvent être très accablantes. Les soignants ont noté que ce stress était favorisé par un manque de temps, de ressources et de formation. Berti et al. ont également montré par leur étude réalisée aux soins intensifs, en 2007, que les infirmières croyaient que les visites ouvertes entravent la planification de soins infirmiers adéquats (75,2%), interfèrent avec les soins infirmiers directs (73,8%) et obligent les infirmiers à consacrer plus de temps à fournir des informations aux familles des patients (82,3%). On observe que la plupart des infirmiers (75,3%) ne souhaitaient pas mettre en place une politique de visites ouvertes de leur unité (28).

Plusieurs études ont donc mis en évidence qu'aux soins intensifs, les infirmiers voyaient les familles comme des obstacles à la dispensation des soins aux patients (2,18).

5) La politique des heures de visites aux soins intensifs

Bien qu'à l'heure actuelle, la plupart des unités de soins intensifs pour adultes fonctionnent avec des heures de visites restreintes, une politique de visites flexibles est recommandée pour des soins axés sur les patients et leurs familles (1–3). Plusieurs organisations professionnelles comme l'American Association of Critical-Care Nurses et la Fédération Mondiale des Sociétés de Médecine Critique et Intensive vont d'ailleurs dans ce sens. Malgré cela, on observe que les soins axés sur la famille sont l'exception plutôt que la règle dans de nombreuses unités de soins intensifs pour adultes (2,17,28). Il paraît donc essentiel d'explorer les obstacles qui entravent l'adoption d'une politique de visites ouvertes dans les unités de soins intensifs pour adultes.

La revue de la littérature menée par Ning et al. en 2019 sur base de 16 articles met en évidence un manque de définitions claires et de consensus quant aux heures de visites. En effet, l'interprétation du terme « open visiting » ou « flexible visiting », pouvant être traduit communément en « visites ouvertes » ou « visites flexibles », varie fortement dans la littérature. La définition va de la visite à tout moment de la journée à l'abolition de toute restriction de visite telle que l'heure, la fréquence, la durée ou encore le nombre de visiteurs. Si les définitions varient, les objectifs quant à eux restent les mêmes : diminuer les restrictions de visites et augmenter la présence des familles auprès des patients hospitalisés (2).

Garrouste-Orgeas et al. (7) ont mené une étude en 2008 dans un hôpital français afin d'examiner les perceptions des patients, des familles et des soignants d'une politique de visite de 24 heures sur 24 dans une unité de soins intensifs. Les principaux résultats montrent que cette politique de visite n'interagissait pas avec les soins aux patients. Pour ce qui est des membres de la famille, 74.5% ont indiqué que cette politique de visites diminuait leur stress contre moins d'1% pour qui cela l'augmentait. L'étude a également montré que les heures de visites 24h/24 n'étaient pas associées à une plus grande présence de la famille (une à deux heures par jour).

Il a été suggéré dans l'étude de Ning et al. (2) que les visites ouvertes répondaient aux besoins des patients et des familles tandis que les visites restreintes répondaient mieux à ceux du personnel soignant. En effet, la littérature atteste d'une vision négative du personnel soignant

envers l'ouverture des heures de visites : scepticisme, perte de contrôle, charge de travail augmentée et interruption des soins. Or, l'étude menée par Mitchell et al. en 2017 auprès des trois parties prenantes a montré qu'environ 80% des visites familiales s'étaient produites pendant les mêmes heures de visites qu'avant l'élargissement de celles-ci (20).

Il existe une grande divergence des avis concernant l'ouverture des heures de visites de la part des soignants. Cela s'explique par le fait que tous les soignants font référence à leurs propres perceptions et qu'il existe un manque de connaissance quant à cette politique de visites (2,6).

Une enquête d'opinion menée auprès des soignants a mis en évidence leurs craintes quant à une plus grande présence des familles (22) :

- Augmentation de la charge de travail par la nécessité de prendre en charge les familles,
- Perte de concentration par la présence des familles,
- Apparition de conflits avec certaines familles qui ne seraient pas en accord avec les soignants.

Ces craintes se sont révélées comme étant non significatives sur le terrain. À contrario, des effets bénéfiques ont plutôt été rapportés : une meilleure communication avec les familles, une meilleure appréhension de la personnalité et souhaits du patient, et une amélioration de la confiance des familles envers le personnel soignant.

Malgré de nombreuses études démontrant le non-fondement des inquiétudes du personnel soignant quant à l'ouverture des heures de visites, l'étude de Gianni et al. menée en 2013 révèle que cette ouverture est associée à un plus grand épuisement du personnel des soins intensifs. Cela met en évidence l'importance de l'organisation, des ressources et de soutien mis à disposition de l'équipe pour aider au changement de politique.(29)

Pour des soins de qualité, il est important que les besoins de toutes les parties prenantes soient satisfaits dans la mesure du possible. Ainsi, Ning et al. (2) proposent d'utiliser le terme de « visites flexibles » plutôt que « visites ouvertes », plus réalisable et plus facilement acceptable pour le personnel soignant. En effet, le mot « ouvert » fait peur au personnel soignant par un manque de connaissance, comme dit plus haut, ou par des idées reçues et crée ainsi des résistances au changement. Le terme « ouvert » génère de la confusion et des attentes irréalistes. Il est donc important lors d'un changement de politique de visites, que l'institution donne une définition claire de cette nouvelle politique, un cadre précis et des

lignes directrices aux soignants (2). Cette nouvelle politique peut être envisagée en collaboration avec l'équipe des soins via, par exemple, de groupes de travail pour diminuer les résistances face au changement.

Les défis liés à l'adoption d'une politique de visites ouvertes dans les unités de soins intensifs adultes peuvent donc être présentés en quatre thèmes principaux:

- perceptions et attitudes négatives du personnel
- protection des patients
- considérations familiales et culturelles
- défis organisationnels (2).

6) L'architecture des unités de soins intensifs

L'architecture et l'environnement des soins intensifs sont également des éléments à prendre en compte dans une politique d'ouverture des heures de visites. Le manque d'espace ainsi que la disposition des unités découragent souvent une présence accrue de la famille (2). Une étude menée sur les freins et les leviers à l'implémentation d'heures de visites flexibles en unités de soins intensifs a mis en évidence que la structure physique des unités de soins intensifs, qui ne tient pas compte de la vie privée des patients, est l'un des obstacles à l'implémentation d'heures de visites flexibles aux sein de ces unités. De nombreux participants avaient relevé l'importance d'un espace privé et d'installations dédiées à l'accueil des familles comme éléments facilitateurs à cette implémentation. En effet, l'intimité des patients doit être considérée et la présence de la famille ne doit pas interférer avec celle-ci (30).

7) Lien avec la finalité gestion des institutions de soins

L'organisation des heures de visites des unités de soins intensifs fait partie intégrante de la gestion de ces services. La satisfaction des trois parties prenantes, patients-familles-soignants, rentre dans une démarche recommandée d'amélioration de la qualité des soins. Une libéralisation de l'accès des proches avec des modalités adaptées à l'état du patient et

de ses souhaits, en tenant compte des besoins des familles et des impératifs de soins, a des effets bénéfiques autant pour les patients, les familles, que les soignants (11,22).

8) Objectifs de la recherche

L'objectif de cette étude est d'explorer les obstacles et les leviers rencontrés chez les patients, leur famille et le personnel soignant lors de l'implémentation d'une politique d'heures de visites flexibles aux soins intensifs du Centre Hospitalier Universitaire (CHU), sur le site du Sart Tilman de Liège et sur le site de Notre-Dame des Bruyères (NDB).

Sur base de cet objectif, cette étude va donc se centrer autour de la question de recherche suivante :

« Quelles sont les freins et les leviers rencontrés chez le personnel soignant, les patients et leurs familles quant à une politique d'heures de visites flexibles dans les unités de soins intensifs pour adultes ? »

L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer si les défis liés à une politique d'heures de visites flexibles/ouvertes émergeants de la littérature :

- perceptions et attitudes négatives du personnel,
- protection des patients,
- considérations familiales et culturelles,
- défis organisationnels (2,22)

sont rencontrés chez les patients, les familles et le personnel soignant des unités de soins intensifs du CHU de Liège.

III. Matériel et méthode

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude de type qualitative avec une approche phénoménologique, son but étant de mettre l'accent sur l'expérience vécue des participants. L'étude sera menée au moyen d'entretiens semi-dirigés et ouverts pour laisser aux sujets interrogés l'occasion d'exprimer leur opinion.

La revue de littérature menée par Ning et al. en 2019 a montré que les questionnaires d'enquête utilisés comme méthodes de collecte de données ont une portée limitée pour fournir une compréhension approfondie des croyances et perceptions du personnel soignant. Ils recommandent plutôt une recherche qualitative pour mieux comprendre les défis rencontrés (2).

L'étude se fait sur base d'un raisonnement inductif. En effet, le fait d'utiliser des entretiens semi-directifs et ouverts ne permet pas d'anticiper tous les thèmes pouvant émerger du discours des sujets interrogés.

2) Population étudiée

Cette étude porte sur 3 populations concernées par l'élargissement des heures de visites aux soins intensifs : les patients, leurs familles et le personnel soignant.

Les critères d'inclusion

Patients

Pour être inclus à l'étude, les patients doivent être hospitalisés aux soins intensifs du CHU sur le site du Sart Tilman de Liège ou de NDB depuis au moins 48 heures, au moment de la collecte des données. Cela se justifie par le fait que les patients doivent avoir eu le temps de se faire une expérience avec les soins intensifs et l'équipe soignante (14,16,19,25,31). De plus, ils doivent avoir signé le document de consentement éclairé et donné leur accord de participation (annexe 1).

Familles

Pour les familles, les sujets devront être majeurs et avoir un membre de leur famille hospitalisé aux soins intensifs du CHU, Sart Tilman ou NDB, depuis au moins 48 heures au moment de la collecte des données, pour les mêmes raisons que les patients. Ils devront également signer préalablement le document de consentement éclairé et donner leur accord de participation (annexe 2). Un seul membre de la famille par patient sera interrogé via un entretien ouvert. Si plusieurs membres sont présents, ce sera le patient qui désignera quel membre de sa famille sera interviewé. Si cela n'est pas possible pour le patient, le membre désigné sera celui le plus impliqué dans la relation avec l'équipe de soins (14). Dans le cas où il y aurait toujours plusieurs membres, la famille elle-même choisira qui répond parmi ceux restants (25).

Soignants

Pour être inclus, les professionnels de la santé doivent travailler dans une unité de soins intensifs de l'un des deux sites au moment de la collecte des données. Dans cette étude, on entend par professionnel de la santé, tout soignant qui intervient dans la prise en charge du patient et qui serait susceptible d'avoir un contact avec la famille si les heures de visites étaient élargies. Au même titre que les patients et les familles, ils devront signer le document de consentement éclairé et donner leur accord de participation (annexe 3).

Les critères d'exclusion

Les patients inconscients et intubés, pour une question pratique, ou les patients présentant des troubles cognitifs, pour une question de fiabilité des réponses, seront exclus de l'étude.

Les unités de soins intensifs du CHU Sart Tilman et de NDB sont toutes des unités pour adultes sauf le +1D (site Sart Tilman) qui peut admettre des mineurs. S'il y en avait au moment de la collecte des données, ils ne seraient pas inclus à l'étude.

Les membres de la famille présentant un trouble cognitif seront exclus de l'étude.

Les patients et les familles qui ne comprennent pas, ne savent pas lire, ni écrire le français seront exclus de l'étude, les entretiens ayant lieu dans cette langue.

Le Flow Chart décrit l'organisation de la collecte des données plus en détail (annexe 4).

En raison de la pandémie au Covid-19, la collecte des données sur le terrain, auprès des 3 populations n'a pas pu être réalisée. Cependant, des entretiens semi-directifs ont quand même été menés auprès de soignants travaillant dans des unités de soins intensifs de différents hôpitaux de la région liégeoise afin de donner des pistes sur les freins et les leviers qui auraient pu être rencontrés chez le personnel soignant du CHU de Liège. Il est à noter que les résultats issus de ces entretiens ne remplacent en rien l'étude qui devait être mise en place au CHU de Liège

Pour être inclus, les professionnels de la santé devaient travailler dans une unité de soins intensifs au moment de la collecte des données, sans restriction d'institution. La définition de cette population cible reste la même. Les participants ont signé un document de consentement éclairé et ont donné leur accord de participation.

Mode d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Il s'agit d'une méthode d'échantillonnage non-probabiliste de commodité, les sujets sont sélectionnés par leur présence dans les unités de soins intensifs du CHU, sur le site du Sart Tilman ou de NDB. Le but de l'étude est de sélectionner tous les patients présents dans les services au moment de la collecte des données. Il en est de même pour le personnel soignant. La sélection de la famille se fait par la même méthode puisqu'elle dépend de la présence d'un membre de la famille dans une unité de soins intensifs. Dans le cadre de cette étude, la taille de l'échantillon repose sur le principe de saturation des données, c'est-à-dire que la collecte des données prend fin lorsque celle-ci n'apporte plus d'éléments nouveaux pour répondre à la question de recherche formulée.

Adaptation Covid-19 : la méthode d'échantillonnage des professionnels soignants des différents hôpitaux de la région liégeoise est de type non-probabiliste au volontaire. En effet, les sujets n'ont pas été sélectionnés mais se sont présentés sur base volontaire via une annonce sur les réseaux sociaux. Puisque ces entretiens ne constituent pas l'étude en elle-même, la taille de l'échantillon ne repose pas sur le principe de saturation des données mais a été constituée sur base d'un impératif de temps.

3) Paramètres étudiés et outils de collecte des données

L'étude a pour but d'explorer les obstacles et les leviers rencontrés chez les patients, leur famille et le personnel soignant lors de l'implémentation d'une politique d'heures de visites flexibles aux soins intensifs

Le guide d'entretien, semi-dirigé pour les soignants et ouvert pour les patients et leur famille, est l'outil de collecte des données et est adapté à chaque groupe de sujets étudiés.

La collecte de données au sein des trois populations est réalisée via des entretiens individuels, réalisés sur base de la littérature. Chaque entretien comprend au préalable une série de questions sociodémographiques afin d'évaluer comment ces facteurs pourraient influencer les représentations des sujets interrogés.

Le choix de l'entretien comme méthode de collecte de données dans l'étude qualitative repose sur le fait qu'il est considéré comme un des meilleurs moyens d'investiguer l'expérience vécue par le sujet interrogé (2,32).

La trame des entretiens destinés aux patients et leur famille sera pré-testée auprès du public cible, de personnes proches du public cible et d'experts tels que sont les promoteurs de cette recherche.

Les soignants

La trame de l'entretien semi-dirigé (annexe 5) aborde une série de questions ouvertes inspirées de la littérature afin de mettre en évidence les freins et les leviers de l'implémentation d'une politique d'heures de visites flexibles chez les équipes soignantes des unités de soins intensifs. L'entretien semi-dirigé aborde la question de cette politique d'heures de visites flexibles en donnant sa définition aux sujets interrogés : « On sous-entend que les visites peuvent avoir lieu à n'importe quel moment en accord avec le patient, la famille et le personnel soignant mais que certaines limites ou restrictions peuvent être posées au cas par cas en fonction des besoins et contraintes des trois parties prenantes ».

Le patient

Dans le cas de la collecte des données auprès des patients, l'utilisation de l'entretien ouvert ne se justifie pas uniquement par la richesse du discours lors de l'exploration du vécu. En effet, les patients hospitalisés aux soins intensifs ne sont pas toujours aptes, au niveau fatigue, concentration etc., à répondre à de longs questionnaires.

Les entretiens auront lieu de la même façon que dans l'étude de Mitchell M. et al. menée en 2017 (20). Une première partie sera consacrée au recueil des données sociodémographiques du patient et ensuite deux questions sont posées : la première sur leur satisfaction du temps et des heures de visites actuels et la deuxième sur ce qu'ils pensent d'une politique d'heures de visites flexibles (annexe 6). Comme pour les soignants, une définition de cette politique leur sera donnée.

Les données sociodémographiques comprennent sept questions concernant le genre, l'âge, la religion, l'origine ethnique, la durée du séjour aux soins intensifs, le plus haut niveau d'étude atteint et le statut professionnel.

Les familles

Les familles seront interrogées de la même manière que les patients. Une partie sera consacrée à l'obtention des données sociodémographiques et ensuite, les mêmes deux questions que celles posées aux patients leur seront proposées (annexe 7).

Les données sociodémographiques comprennent huit questions concernant le genre, l'âge, la religion, l'origine ethnique, la relation avec le patient, la durée de séjour aux soins intensifs du membre de la famille, le plus haut niveau d'étude atteint et le statut professionnel.

4) Organisation et planification de la collecte des données

Avant que les entretiens ne commencent dans les différentes unités de soins intensifs où a lieu l'étude, une séance d'informations sera dispensée dans ces unités afin d'informer le personnel soignant des objectifs de l'étude. Un mail leur sera également envoyé pour informer les absents.

Les entretiens auront lieu dans les unités de soins intensifs du CHU de Liège et seront réalisés par le chercheur lui-même auprès des 3 populations puisque dans la recherche qualitative, l'analyse commence déjà lors de la collecte des données. Il est essentiel pour le chercheur d'être attentif aux propos des sujets interrogés et d'interagir avec eux pour comprendre au mieux leur expérience. Le chercheur sera donc présent durant les périodes de visite pour rencontrer les familles. Les entretiens auprès des patients se feront durant leur hospitalisation, dans leur chambre, en l'absence des familles et des soignants. L'infirmier en chef confirmera, au préalable, au chercheur que le patient est prêt à être interrogé.

Les entretiens auprès du personnel soignant auront lieu durant leurs heures de travail.

Les entretiens seront enregistrés, avec accord préalable de la personne interrogée, pour pouvoir retranscrire par la suite. Un numéro de code sera donné pour identifier l'enregistrement et sa retranscription tout en maintenant l'anonymat du sujet.

Adaptation Covid-19 : la collecte des données par entretiens semi-dirigés auprès des professionnels de la santé s'est étalée sur 9 jours. Les professionnels ont été informés des buts de l'étude et des adaptations Covid-19. Les entretiens ont été réalisés par le chercheur lui-même, sur le lieu de travail des participants ou par vidéo-conférence quand il n'était pas possible de les interroger sur leur lieu de travail. Les entretiens ont été enregistrés comme prévu, avec accord de la personne interrogée. Un numéro de code a été attribué à chaque entretien pour garantir l'anonymat de la personne interrogée. Chaque entretien a duré une dizaine de minutes.

5) Présentation des outils de traitement des données

L'analyse des données se fait de manière continue et en relation avec la collecte de ces données. Avec accord préalable des participants, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Pendant ces entretiens, le chercheur a gardé une attitude neutre pour ne pas influencer les réponses des participants. L'étape suivante a consisté en la retranscription complète des entretiens par le chercheur en veillant à l'anonymisation du discours. Pour vérifier la fidélité des retranscriptions, les entretiens ont été réécoutés. Avant de commencer l'analyse, chaque entretien est relu par le chercheur afin de s'imprégner des données

recueillies. Ensuite, les données sont organisées de manière présentable pour pouvoir répondre à la question de recherche. Le type d'analyse utilisé pour cette étude est l'analyse thématique : les représentations sociales et les jugements présents dans le discours des sujets interrogés dans les 3 populations seront mis en évidence via différents thèmes. La précision du langage est donc importante pour pouvoir rassembler les éléments dans ces différents thèmes.

L'extraction des données permet de mettre en évidence les éléments pertinents abordés dans les entretiens par rapport aux objectifs et à la question de recherche.

L'analyse des données a été réalisée par le chercheur lui-même, sans l'aide d'un logiciel d'analyse informatique. Les entretiens ont été retranscrits dans des fichiers Word® veillant à garantir la confidentialité des données recueillies et l'impossibilité d'identifier les participants. Les données issues des questions sociodémographiques ont été encodées dans un tableau Excel® selon une certaine codification définie dans un codebook (Annexe 8), toujours en garantissant la confidentialité, afin de pouvoir en faire une analyse descriptive. Ces données sociodémographiques ont donné lieu à deux types de variables : des variables quantitatives et des variables qualitatives. Toutes ont été analysées via le logiciel R® grâce à l'interface graphique R Commander. L'analyse descriptive des variables quantitatives a été réalisée au moyen d'une statistique descriptive tandis que celle des variables qualitatives a été effectuée par une distribution de fréquences.

6) Critères de qualité

Pendant la collecte des données, le chercheur a réalisé des enregistrements audio de tous les entretiens, avec accords préalables de participants, pour pouvoir assurer une fiabilité de retranscription par la suite. La retranscription a toujours été réalisée directement après les entretiens. Après retranscription complète, le chercheur a procédé à une nouvelle écoute des enregistrements afin de confirmer l'exactitude des propos retranscrits.

Pour l'analyse des données, le chercheur a relu intégralement une première fois tous les entretiens pour s'imprégner complètement du sujet. Une deuxième lecture a permis de

mettre en évidence les thèmes. Un tableau mettant en évidence les thèmes pour chaque entretien a été réalisé par le chercheur pour faciliter son analyse.

Pour le contrôle de la base des données issues des questions sociodémographique, le chercheur a réalisé plusieurs opérations :

- Relecture attentive de la base de données pour mettre en évidence la présence de cellules vides, ne devant pas être présentes puisque les valeurs manquantes sont notées « NA » (pas de valeurs manquantes dans la base de données « soignants »),
- Test statistique de type distribution de fréquences pour les variables qualitatives, permettant de repérer des catégories invraisemblables,
- Test statistique de type analyse descriptive pour les variables quantitatives, permettant de mettre en évidence des valeurs aberrantes (P0 et P100).

7) Composition de l'équipe de recherche

Promoteur : Dr Benoit Misset, médecin-chef du service de soins intensifs du CHU de Liège,

Co-Promoteur : Madame Sylvie Streel, Docteur en Sciences de la Santé Publique

Investigatrice : Géraldine Dejardin, étudiante en Master 2 en Sciences de la Santé publique à finalité gestion des institutions de soins à l'université de Liège et infirmière spécialisée en soins intensifs et aide médicale urgente travaillant aux soins intensifs du Centre Hospitalier Régional (CHR) Verviers East Belgium.

8) Promoteur de l'étude et origine du financement

Cette étude n'a pas bénéficié d'un financement.

9) Aspect réglementaire

Comité éthique

L'étude ayant pour but d'interroger les patients et leurs familles sur des aspects pouvant relever de la vie privée et touchant potentiellement des personnes fragiles, le protocole d'étude sera soumis au comité éthique du CHU de Liège pour obtenir un aval éthique pour pouvoir réaliser la recherche. (Annexe 9)

Vie privée et protection des données

L'utilisation de numéro de code pour identifier les enregistrements audio et leur retranscription permet de garantir la confidentialité des données issues des entretiens avec les sujets participant à l'étude. Les données ne seront pas conservées plus longtemps que le nécessite l'étude. Le chercheur s'engage à traiter les données récoltées lors de l'étude en bon père de famille.

Information et consentement

Les sujets interrogés devront signer le formulaire de consentement éclairé à l'intention des patients, familles et soignants pour pouvoir participer à l'étude (Annexe 1, 2 et 3).

Assurance

La fiche technique de demande d'assurance en application de l'article 29 de la loi du 7 mai 2004 sur l'expérimentation humaine sera complétée et jointe au protocole d'étude. L'étude fait partie de la Classe 1 A des expérimentations, les entretiens sont à destination de patients capables de donner leur consentement.

IV. Résultats préliminaires

1) Profil sociodémographique des soignants interrogés

Un total de 23 soignants a participé aux entretiens semi-dirigés.

La majorité des soignants répondants sont des infirmières (62,22% d'infirmiers et 73,91% de femmes). Les professionnels ont une expérience médiane de 5 ans aux soins intensifs et 56,52% travaillent à temps plein. L'âge médian des professionnels interrogés est de 35 ans.

Le tableau de présentation des caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées se trouve en annexe 10.

2) Perception d'une politique d'heures de visites flexibles chez les soignants

Comme déjà indiqué, les entretiens (n=23) sont analysés par thèmes. Certains découlent naturellement des questions ouvertes abordées dans la trame de l'entretien destiné aux soignants. D'autres thèmes et sous-thèmes non anticipés ont émergés du discours des participants.

1^{er} thème : la charge de travail

La majorité des soignants (n = 16/23) voit en ces heures de visites flexibles une contrainte quant à leur charge de travail. Cinq d'entre eux expriment clairement que leur charge de travail serait augmentée.

« Moi je pense que c'est une charge de travail supplémentaire parce que souvent, les familles sont en questionnement par rapport à tous les soins prodigués au patient en leur présence... Questions qu'ils ne se posent sans doute pas quand ils ne voient pas faire les soins » (Entretien 7 – infirmier).

« Quand les gens sont présents quand on voit un patient (...), ils vont poser des questions donc c'est clair que c'est plus compliqué pour nous d'examiner un patient(...). Donc ça impacte ma charge de travail s'ils sont là quand je vais examiner le patient et que ça me fait perdre mon

temps et que j'ai d'autres choses à faire. Ce n'est pas la présence qui gêne, c'est le fait qu'ils posent des questions » (entretien 12 – médecin).

Malgré cette vision négative, 6 soignants exprimant une crainte d'un impact négatif voient quand même une aide dans la présence des familles au chevet du patient.

« Je pense que personnellement, j'aurais peur de trop de flexibilité parce que si on a des familles qui sont très bien et qui sont parfois une aide pour nous, à contrario, on a des familles qui sont envahissantes (...) et on se retrouve avec des familles qui accroissent considérablement notre charge de travail (...) » (entretien 2 – infirmier).

« Je pense que pour certaines choses, les familles sont très bien. Elles permettent d'avoir une charge de travail qui est moindre parce qu'elles nous aident à donner à boire au patient, à leur donner à manger (...) » (entretien 3 – infirmier).

Seuls 2 soignants n'ont exprimé que du positif dans cette politique d'heures de visites flexibles sur leur charge de travail.

« Ça pourrait l'améliorer (la charge de travail) parce qu'on a toujours un petit coup de pression quand on fait le matin (...), on n'a pas terminé les soins (...), on court après le temps (...). Ces horaires adaptatifs pourraient permettre certainement de diminuer un peu le stress du soignant » (entretien 10 – infirmier)

Parmi ces entretiens, il ressort chez 3 soignants que la charge de travail actuelle dans les services de soins intensifs où ils travaillent est déjà fort importante que pour avoir encore à gérer des heures de visites flexibles. Ils mentionnent d'ailleurs que le nombre de patients attribués par infirmier doit être pris en compte dans la mise en place d'une telle politique d'heures de visites.

« (...) Et je pense que si on avait une charge de travail moindre, peut-être comme dans les institutions universitaires avec 2 patients par infirmiers etc.... On a déjà tellement peu de temps pour le relationnel que j'appréhenderais que la présence de la famille soit un frein à la bonne prise en charge du patient ou devienne vraiment une surcharge (...) » (entretien 2 – infirmier).

« (...) Et donc, je pense que c'est une charge de travail supplémentaire. Je crois qu'il faut en tenir compte par rapport au nombre d'infirmiers qui s'occupent des patients. (...) La difficulté de calquer ça (une politique de visites flexibles)... en tout cas, quand tu as 3 patients en charge (...) » (entretien 7 – infirmier).

2^e thème : la qualité de soins et de la prise en charge

Dans les entretiens, certains soignants ont parlé de la prise en charge globale du patient tandis que d'autres sont restés concentrés sur la qualité des soins plus techniques. Sept soignants pensent que la prise en charge des patients serait améliorée par une flexibilité des heures de visites.

« Je pense que de nouveau, par rapport au patient et à la famille, le fait de faire des soins auprès du patient en leur présence, leur permet d'avoir une meilleure compréhension de ce qu'il se passe et de ce qui est fait (...), et donc peut-être un niveau d'exigence, et ça aussi, de la part du soignant, qui va être plus élevé en présence d'un « témoin ». » (entretien 7 – infirmier)

« Moi je pense que les soins doivent être adaptés aux besoins du patient et que plus on aura de contact avec les familles, (...), mieux on connaîtra les patients et leurs besoins (...) et donc mieux on distribuera les soins. » (entretien 11 – médecin)

« (...) et peut-être pour établir un meilleur traitement face à telle ou telle personne, pouvoir adapter son traitement... Ben oui, si c'est un sportif ou si c'est quelqu'un de grabataire qui est en maison de repos... » (entretien 23 – kinésithérapeute)

Quatre soignants estiment que ces visites n'auraient aucun impact sur la qualité de prise en charge, ni sur celle des soins.

« Au niveau de la qualité, je pense qu'il n'y aura pas de répercussion parce que je ferai mon travail de la même manière, que les visites soient là ou pas. Maintenant, il faut juste que la personne qui accompagne puisse voir et comprendre ce qu'on fait (...) » (entretien 9 – infirmier)

A contrario, 2 soignants pensent qu'il y aurait un impact négatif sur la prise en charge globale et 4 pensent que ce serait les soins qui seraient de moins bonne qualité. Les causes identifiées par ces soignants sont :

- Un manque de précision,

« À partir du moment où il y a certains traitements qui demandent d'être faits à heures régulières et qui demandent d'être assez précis (...), si on a une variante qui est la visites des gens qui serait à toute heure, (ça) ne permettrait plus une pointure aussi droite au niveau des soins (...) » (entretien 1 – infirmier)

- Une perte de concentration,

« (...) d'être d'une part en activité pratique mais intellectuelle ça demande énormément d'énergie, énormément de concentration... et avoir une famille à côté de soi, dont on devrait s'occuper, discuter avec, pour moi c'est perturbant, ça perturbe mon travail. Et donc, je pense que ça pourrait interférer sur la concentration. » (entretien 5 – infirmier)

- Une perturbation générale,

« (...) Et un système d'heures comme ça, où les gens peuvent venir, par exemple comme dans les salles banalisées, je trouve que ça ne se prête pas, ce n'est pas quelque chose qui se prêterait à un service de réanimation, difficilement en tout cas. Il risquerait de perturber les prises en charge des patients (...) (entretien 13 – infirmier).

- Un manque de temps,

« Ça influencera la qualité des soins dans le sens où tu risques (...) de devoir faire ta prise en charge entre la visite d'une infirmière et la visite des familles, donc tu vas devoir limiter ton temps de prise en charge pour permettre les visites. » (entretien 21 – kinésithérapeute)

Parmi ces 4 soignants, un seul a émis l'hypothèse de faire sortir la famille au moment des soins pour contrer ces causes de diminution de la qualité.

« Puis quand ils te parlent et que tu prépares un truc... Enfin, tu n'es pas assez concentré je trouve. Donc c'est pour ça que nous on les fait sortir à chaque fois qu'on doit préparer des médicaments (...) On les sort 30 minutes, histoire de faire tous les traitements parce que ben sinon ça nous dérange d'avoir quelqu'un avec nous dans la pièce... » (entretien 22 – infirmier)

3^e thème : la relation avec les familles

La majorité des soignants (n = 17/23) pense qu'une politique d'heures de visites flexibles aurait un impact positif sur leur relation avec les familles de patients. Plusieurs d'entre eux parlent de relation de confiance et de partenariat. Ces soignants pensent que ces visites permettraient aux familles d'avoir une meilleure compréhension de ce qu'il se passe et une meilleure communication soignants-familles.

« Ça pourrait améliorer également la prise en charge et le relation infirmier-parents. Parce que comme ça, on pourrait les accueillir nous, donc ça serait vraiment du service personnel, individualisé. Donc pour moi, ça augmenterait la qualité de prise en charge de la famille. (...) Je

pense que ça pourrait les impacter de manière très très positive puisqu'on aurait vraiment du temps à leur consacrer de manière individualisée » (entretien 10 – infirmier)

Malgré une vision positive, une partie de ces soignants (n = 6/23) pense qu'à certains moments, ces visites pourraient avoir un impact négatif sur leurs relations. Ils pensent que cela dépendrait des soignants, des familles et de la charge de travail du personnel au moment de la présence de ces visites.

« Ça peut être une belle relation de confiance et de pouvoir évoluer ensemble pour les soins du patient. Il y a parfois aussi les exigences des familles, d'un collègue à l'autre, des affinités ou pas... parfois ce n'est pas facile à gérer non plus. Ça peut être source d'énerverment aussi, parce que la relation avec la famille est difficile (...). (entretien 5 – infirmier)

Deux des 23 soignants interrogés pensent que cette politique aurait peu ou pas d'impacts sur les relations qu'ils ont avec les familles tandis que 3 pensent que justement, cela aurait un impact négatif.

« Ça va être très compliqué d'accepter certaines choses pour une famille, de refuser pour une autre et j'ai peur que les modalités soient vraiment complexes à mettre en place que qu'on crée des tensions ou des problèmes (...), c'est pas toujours simple pour les familles d'accepter ce genre de mesures (refus de l'accès aux visites), même si c'est vraiment dans l'intérêt de leur proche » (entretien 2 – infirmier)

4^e thème : la mise en place de la politique d'heures de visites « flexibles »

Près d'un tiers des soignants interrogés (n = 8/23) relèvent que des visites flexibles seraient complexes à mettre en place dans les services où ils travaillent.

Différents sous-thèmes quant à l'implémentation d'une telle politique d'heures de visites sont ressortis des différents entretiens :

- Sous-thème 1 : organisation des visites selon les impératifs de soins

Neuf des 23 soignants interrogés estiment que la période du matin ne permet pas des heures de visites flexibles mais que celles-ci seraient envisageables dès l'après-midi. D'après eux, le matin est la période la plus lourde en termes de charge de travail en raison des toilettes et des soins.

« Ben justement, en dehors du fait d'une matinée bien remplie et ce qui est souvent le cas puisque vous avez énormément de tâches à faire sur la pause A, c'est la seule restriction à la flexibilité. Maintenant, si on fait une flexibilité, par exemple, d'après-midi, alors là oui. » (entretien 16 – médecin)

En effet, un soignant indique :

« (...) les heures de visites doivent être intégrées à des moments de la journée où le personnel infirmier et médical est disponible à donner des nouvelles aux proches. » (entretien 13 – infirmier)

Certains membres du personnel soignant interrogés (n = 4/23) estiment que la mise en place d'une telle politique d'heures de visites nécessite un changement de l'organisation actuelle de leur service.

« Mais alors, peut-être mieux répartir la charge de travail sur l'après-midi. Tu vois, la toilette elle n'est peut-être pas indispensable le matin... l'après-midi on a le temps. Ce serait plus vite... peut-être pourquoi ne pas modifier. Maintenant c'est vraiment toute une remise en question du service, de l'organisation... mais ça pourrait être possible, il me semble en tout cas. » (entretien 15)

- Sous-thème 2 : structure architecturale des unités de soins intensifs

Deux soignants ont mis en évidence un souci de structure architecturale pour une mise en place d'horaire de visites flexibles dans leur unité de soins intensifs. Ces 2 soignants estiment qu'un accès séparé pour les visites est nécessaire lorsque les visites peuvent avoir lieu à tout moment.

« Je pense aussi que ce serait plus facile si l'accès des visites se faisait par un autre accès que nous dans les chambre, comme ça toutes les chambres auraient un accès arrière et on rentre les familles dans les chambre directement, elles n'en sortent pas... (...) comme ça les familles ne trainent pas dans nos couloirs (...) » (entretien 3 – infirmier)

- Sous-thème 3 : cadre et limites d'une politique d'heures de visites flexibles

Près de la moitié des soignants (n =10/23) ont indiqué l'importance de garder un cadre et des règles malgré une politique plus flexible. Ces règles doivent être expliquées dès le départ aux patients et aux familles.

« La seule chose, c'est qu'il va falloir imposer certaines règles parce qu'on ne peut pas tout faire, tout le temps. (...) c'est assez bien d'avoir des canevas, en cas de débordement, on peut y revenir » (entretien 16 – médecin)

5^e thème : impacts sur le patient

La majorité du personnel soignant interrogé (n = 17/23) pense que des horaires de visites flexibles auraient un impact positif sur le patient.

Les arguments positifs relevés parmi les entretiens sont :

- Les patients voient plus facilement leur famille
- Ils sont rassurés, apaisés, calmés
- Ils se sentent mieux pris en considération
- Les visites leur permettent de fixer des objectifs à court terme
- Les patients sont plus collaborants, plus compliants
- Certains patients confus sont plus orientés
- Leurs journées sont moins longues
- La prise en charge est plus humaine
- Ça leur donne un petit coup de « Boost »

« Je pense que pour le patient conscient ce serait un plus évidemment d'avoir la possibilité d'avoir auprès de lui des proches, des amis, des personnes chères et que ça rendrait les journées moins longues (...) » (entretien 2 – infirmier)

« Ça peut être positif pour le patient si la famille arrive à gérer le stress du patient, elle peut être apaisante. » (entretien 5 – infirmier)

Parmi cette majorité, 5 d'entre eux pensent quand même qu'à certains moments, ces visites pourraient avoir un impact négatif sur les patients.

Seulement 3 soignants interrogés ne voient que du négatif quant à ces visites flexibles.

Les arguments négatifs relevés sont :

- Les patients peuvent être plus anxieux, plus nerveux, plus confus
- Ils sont parfois trop sollicités par les familles

- Les visites peuvent perturber les autres patients
- Cela perturbe leur intimité
- Les patients inconfortables peuvent l'être encore plus
- Les patients sont trop vite fatigués
- Relations parfois toxiques

*« Donc ça a du bon, ça a du mauvais dans le sens où parfois, quand ils viennent, (...) il (le patient) est inconfortable, et c'est encore pire quand la famille est là, ça ne le calme pas du tout (...) »
(entretien 22 – infirmier)*

*« Je trouve qu'il y a des patients qui sont très très mal, la fatigue... enfin, les visites sont très fatigantes... les patients quand ils sortent, (...) je me rends compte que les patients se souviennent à peine, surtout quand ils sont très mal, du temps de visites qu'ils ont reçu aux soins intensifs. »
(entretien 23 – kinésithérapeute)*

Trois soignants, qu'ils aient un avis positif ou négatif, ont relevé dans leur entretien qu'il fallait faire attention à l'intimité du patient avec ce type de politique de visites.

« (...) on est beaucoup dans les chambres, des chambres où il y a un manque d'intimité, où on pourrait refermer les portes etc., où on DEVRAIT s'il y avait plus de visites, ce qui n'est pas toujours facile parce que d'une part, il y a le scope qu'on peut entendre mais c'est toujours bien d'avoir un œil aussi sur le patient (...) » (entretien 5 – infirmier)

6^e thème : impacts sur la famille

Les soignants interrogés répondent presque à l'unanimité (n= 21/23) qu'une politique d'heures de visites flexibles aurait un impact positif pour les familles. Seuls deux soignants ne se sont pas prononcés sur le sujet. Un soignant ayant une vision positive de l'impact de ces visites sur les familles précise quand même que lorsque la situation avec le patient dégénère, cela pourrait être émotionnellement négatif pour elles (entretien 23).

Sept soignants voient dans les horaires de visites flexibles une meilleure compatibilité avec les horaires de travail des familles tandis que 7 autres estiment plutôt que ces visites flexibles permettraient aux familles de mieux se rendre compte de ce qu'on fait auprès du patient et d'avoir une meilleure compréhension de la situation.

Cinq soignants perçoivent cette politique de visites comme une manière de rassurer les familles.

« (...) je pense que ça peut vraiment diminuer l'impact au niveau anxigène. Je pense que les familles seront peut-être plus rassurées parce que c'est quand même un service qui est fermé, on a des horaires de visites, c'est déjà très strict. Souvent les personnes travaillent donc s'il faut s'adapter en fonction de son travail... » (entretien 3 – infirmier)

« Je pense que de nouveau, par rapport au patient et à la famille, le fait de faire des soins auprès du patient en leur présence, leur permet, eux, d'avoir une meilleure compréhension de ce qu'il se passe et de ce qui est fait, et donc de peut-être avoir un sentiment d'être actif et de collaborer aux soins du patient (...) » (entretien 7 – infirmier)

« (...) ça pourrait permettre plus de visites puisque les gens pourraient venir plus en fonction de leurs heures de travail, puisque quand on impose, ici un 18-19h, ben pour quelqu'un qui a une vie active, c'est compliqué d'arriver... Et puis, même 14-15h, c'est aussi très compliqué. Donc pour une accessibilité des visites, oui je crois qu'effectivement, ça peut bien améliorer les choses. » (entretien 16 – médecin)

VIII. Analyse critique du projet et discussion

1) Discussion des résultats – Adaptation Covid-19

L'objectif de cette étude était d'explorer les obstacles et les leviers rencontrés chez les patients, leur famille et le personnel soignant lors de l'implémentation d'une politique d'heures de visites flexibles aux soins intensifs du CHU, sur les sites du ST et de NDB.

En raison du contexte sanitaire lié au Covid-19, l'étude n'a pas pu être réalisée. Néanmoins, les entretiens effectués avec un certain nombre de soignants d'unités de soins intensifs de différents hôpitaux de la région liégeoise permettent d'apporter quelques éléments de réponse à l'objectif principal :

« Évaluer si les freins et leviers identifiés dans la littérature suite à l'implémentation d'une politique d'heures de visites flexibles/ouvertes, sont rencontrés chez les patients, les familles et le personnel soignant des unités de soins intensifs du CHU de Liège. »

Les thématiques émergentes de la littérature (2,22) touchent :

- aux perceptions et attitudes négatives du personnel soignant,
- à la protection des patients,
- aux considérations familiales et culturelles,
- aux défis organisationnels.

Thématique 1 : perceptions et attitudes du personnel

La revue de littérature structurée menée par Ning J. et al en 2019 avait identifié 4 sous-thèmes quant aux perceptions du personnel soignant : le scepticisme quant aux avantages, le sentiment de perte de contrôle, une augmentation de la charge de travail et des perturbations dans la planification et les prestations de soins (2).

L'enquête d'opinions menée par Durand-Gassel J. en 2011 auprès des soignants, avait déjà mis en évidence leurs craintes quant à une plus grande présence des familles. En effet, les soignants craignent :

- une augmentation de la charge de travail par la nécessité de prendre en charge les familles,
- une perte de concentration,
- l'apparition de conflits avec certaines familles qui ne seraient pas en accord avec les soignants (22).

Dans les entretiens menés dans le cadre de l'adaptation Covid-19 de cette étude, les mêmes thèmes resurgissent. En effet, 16 soignants sur 23 considéraient que les visites flexibles auraient un impact négatif sur leur charge de travail, dont 5 qui exprimaient clairement une augmentation de cette charge de travail.

La perte de concentration et la perturbation dans l'application des soins ont également été évoquées comme arguments négatifs. Un soignant avait d'ailleurs émis l'hypothèse de faire sortir la famille au moment des soins/traitements pour limiter la perte de concentration.

La crainte de conflits avec certaines familles apparaît également dans les entretiens. Cette crainte a été rapportée par une faible minorité des soignants ; seulement 6 soignants sur 23 l'ont rapportée. En effet, ils pensent plutôt qu'une flexibilité des heures de visites pourrait avoir un impact positif sur leur relation avec les familles (n = 17/23).

Le scepticisme quant aux avantages, rapporté par l'étude de Ning et al, fait référence à l'amélioration de la satisfaction des familles, à leur meilleure information, à des familles plus rassurées etc. En effet, les soignants pensent que ces visites risquent d'épuiser les patients, d'interférer avec leur repos et d'augmenter leur détresse (2). À contrario, dans les entretiens menés auprès des soignants, la majorité pense que des visites flexibles auraient un impact positif sur les familles (21/23) et sur les patients (17/23).

Aucun soignant n'a émis la crainte d'une perte de contrôle liée à une plus grande présence de la famille.

Thématique 2 : protection des patients

Les 16 articles inclus dans la revue structurée de Ning et al. (2019) ont mis en évidence plusieurs préoccupations quant à la protection des patients :

- Problèmes de contrôle des infections,
- Visites mal intentionnées,
- Droits des patients compromis dans la mesure où les patients ne souhaitent pas toujours avoir une famille constamment présente,
- Entrave au repos du patient,
- Atteinte à la vie privée des patients (2).

La majorité des soignants (n = 17/23) interrogés voyaient plutôt un impact positif pour le patient. Seules les préoccupations relatives au repos du patient et à sa vie privée (les soignants ont plutôt parlé d'intimité) ressortent des discours des sujets interrogés. À aucun moment les soignants n'ont fait part du risque accru d'infection ou de visites mal intentionnées.

Thématique 3 : considération familiales et culturelles

Un manque de compréhension et des attentes irréalistes des membres de la famille constituent un frein à une politique d'heures de visites flexibles aux soins intensifs. L'étude de Yakubu et al. (2015), reprise dans la revue structurée de Ning et al., indique que les croyances culturelles et religieuses de certaines familles peuvent également constituer un obstacle (2,26).

L'absence d'entretien auprès des familles ne permet pas de se prononcer sur ces aspects.

Toutefois, cette « thématique 3 » peut être mise en lien avec le thème de la « relation avec les familles ». La majorité des soignants pensait que des horaires de visites flexibles auraient un impact positif sur les relations qu'ils ont avec les familles. Une partie des soignants indiquait néanmoins qu'à certains moments, cela pouvait avoir un impact négatif. D'après eux, cela peut-être dépendant, entre autre, des familles. Cependant, aucun n'a évoqué les croyances religieuses ou culturelles.

Thématique 4 : défis organisationnels

L'environnement physique est considéré comme un défi supplémentaire pour la mise en place d'une politique d'heures de visites flexibles pour les unités de soins intensifs. En effet, un manque d'espace ainsi qu'une disposition inadéquate des unités découragent souvent une plus grande présence de la famille (2).

En effet, lors des entretiens menés auprès des soignants, deux d'entre eux ont évoqué le critère architectural en indiquant qu'un accès séparé aux chambres pour les familles était nécessaire pour pouvoir leur permettre une plus grande présence.

La revue structurée met également en évidence la crainte d'un manque de communication et d'interactions efficaces avec les membres de la famille lors d'une politique d'heures de visites ouvertes (2).

Etonnamment, la plupart des soignants interrogés (n = 17/23) pensent au contraire, qu'une telle politique améliorerait la communication avec les familles et créerait une relation de confiance.

Lors d'un changement de politique d'heures de visites restreintes vers une politique d'heures de visites « ouvertes », il a été constaté qu'un manque de directives et de stratégies claires dans l'organisation de ce changement a entraîné de la confusion, de l'insatisfaction et des résistances chez le personnel soignant (2).

Les entretiens menés dans le cadre de cette adaptation Covid-19 vont dans ce sens puisque près de la moitié des soignants interrogés (n = 10/23) avaient indiqué vouloir garder un cadre

et des règles malgré des visites plus flexibles. Plusieurs avaient souligné la nécessité de revoir complètement l'organisation du service lors de la mise en place d'une telle politique de visites. L'étude de Khaleghparast et al. (2016) a d'ailleurs mis en évidence que la présence de « cartes de visites » et de règles spécifiques ainsi qu'une modification de la structure permettant un accueil des familles constituaient des leviers dans l'implémentation d'une politique d'heures de visites flexibles (30).

Il est à noter que dans cette analyse, seuls les obstacles et les leviers liés au personnel soignant sont repris dans les 4 thématiques identifiées par la littérature, afin de les mettre en lien avec les entretiens menés auprès des soignants. Les défis liés aux patients et aux familles n'ont pas été repris dans cette discussion au vu de l'absence d'entretiens auprès de ces 2 populations.

Discussion et perspectives

Les entretiens ont été réalisés auprès de soignants de différents hôpitaux, avec différentes organisations et différentes philosophies. En effet, parmi ces hôpitaux certains pratiquent déjà une « flexibilité » dans leurs heures de visites en acceptant une personne toute l'après-midi au chevet du patient conscient.

Il pourrait paraître intéressant de faire des parallèles entre l'organisation, la culture, la taille des équipes, le nombre de lits de soins intensifs, les modes de management etc. des différents hôpitaux avec les freins et leviers relevés chez les soignants.

Mais malgré ces différences d'une institution à l'autre, les points de vue relevés dans les entretiens ne variaient pas en fonction des établissements où travaillaient les soignants. Effet, certains soignants d'une même équipe pouvaient avoir des avis très différents sur le sujet tandis que des soignants d'hôpitaux différents pouvaient se rejoindre dans leurs propos.

2) Analyse réflexive et critique du protocole de recherche

L'analyse réflexive et critique quant à la pertinence et la faisabilité de ce protocole de recherche est réalisée grâce à la grille COREQ et l'outil SWOT. La grille d'analyse COREQ – COnsolidated criteria for REporting Qualitative research – est une grille de contrôle qui s'applique aux études qualitatives (33) (Annexe 11). Elle reprend 32 items, divisés en 3

domaines dans le but d'améliorer les études qualitatives. L'outil SWOT, abréviations de Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces), est à la base un outil de stratégie commerciale. Le SWOT analyse le projet à la fois de l'intérieur (les forces et les faiblesses) et de l'extérieur (les opportunités et les menaces). Etant donné la nature large de l'outil, celui-ci est applicable à de nombreux autres projets que le commercial (34).

Les forces (Strengths)

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Le chercheur ne travaille pas dans l'institution où les données doivent être collectées, cela diminue donc le risque d'un biais de désirabilité sociale. En effet, les sujets, s'ils étaient interrogés par leur propre collègue, ou leur propre soignant, risqueraient d'adopter un comportement consistant à se montrer sous une facette positive, au détriment de leurs opinions et croyances réelles (35).

Domaine 2 : conception de l'étude

Le choix d'une étude qualitative permet une compréhension élargie et approfondie du sujet étudié (32,36). En effet, l'entretien comme choix de méthode de collecte de données dans l'étude qualitative repose sur le fait qu'il est considéré comme un des meilleurs moyens d'investiguer l'expérience vécue par le sujet interrogé tandis que les questionnaires d'enquête ont une portée limitée pour fournir une compréhension approfondie des croyances (2,32).

Le choix d'entretiens individuels plutôt que des focus groupes permet de limiter le biais d'« effet de soumission au groupe ». En effet, un sujet interrogé dans un groupe peut être influencé par les réponses des autres membres de ce groupe (35).

La taille de l'échantillon repose sur le principe de saturation des données. En effet, la collecte des données cesse lorsque les entretiens de révèlent plus de nouveaux thèmes. Pour cela, les 3 populations cibles sont clairement définies au sein de cette étude (37).

Domaine 3 : analyse et résultats

Le fait que le chercheur soit lui-même un soignant travaillant dans une unité de soins intensifs permet de renforcer la crédibilité, critère de rigueur pour l'analyse qualitative des données. En effet, l'engagement prolongé du chercheur sur le terrain des soins intensifs lui permet de mieux comprendre ce qu'il s'y passe et de mieux cerner les différents points de vue des sujets interrogés (32).

Les faiblesses (Weaknesses)

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Le manque d'expertise du chercheur pour mener des entretiens pourrait constituer un biais méthodologique : recueil des informations insuffisant ou incomplet (35).

Le fait que le chercheur soit lui-même un professionnel soignant travaillant aux soins intensifs peut constituer un biais affectif : une déformation du jugement peut être entraînée par l'influence des états affectifs sur le sujet (35).

Les opportunités (Opportunities)

Domaine 2 : conception de l'étude

À l'heure actuelle, la plupart des unités de soins intensifs pour adultes fonctionnent avec des heures de visites restreintes or, une politique de visite flexible est recommandée pour des soins axés sur les patients et leurs familles (1–3). Malgré cela, on observe que les politiques d'heures de visites flexibles sont l'exception plutôt que la règle dans de nombreuses unités de soins intensifs pour adultes (2,17,38). Il paraît donc essentiel d'explorer les obstacles qui entravent l'adoption d'une telle politique de visites dans les unités de soins intensifs pour adultes.

Le CHU et, plus particulièrement, le médecin chef du service des soins intensifs, est favorable et demandeur de la mise en place d'une politique d'heures de visites ouvertes au sein des unités de soins intensifs de l'institution.

Les menaces (Threats)

Domaine 2 : conception de l'étude

La pandémie au Covid-19 n'a pas permis d'aller sur le terrain interroger les 3 populations. Etant donné le caractère imprévisible de l'évolution de cette crise sanitaire, il est difficilement envisageable de mener l'étude dans un futur proche. De plus, la HAS indique que dans la phase de rétablissement de la pandémie, il est important que les organisations répondent adéquatement aux besoins psychologiques du personnel. La mise en place d'un nouveau projet pour l'institution est donc peu concevable directement en sortie de crise (39).

Dans toute étude, il subsiste un risque de refus de participation de la part des sujets.

Pour pouvoir démarrer, l'étude doit obtenir, au préalable, l'accord du Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire universitaire de Liège. Celui-ci pourrait être susceptible de refuser la validation de l'étude.

V. Conclusion

La situation sanitaire actuelle liée à la pandémie Covid-19 a fortement impacté cette étude, en empêchant la collecte des données. Il est donc impossible de conclure sur des résultats. Cependant, ceux obtenus dans le cadre de « l'adaptation Covid-19 » permettent d'apporter quelques éléments de réponse à l'objectif principal :

« Évaluer si les freins et leviers identifiés dans la littérature suite à l'implémentation d'une politique d'heures de visites flexibles/ouvertes, sont rencontrés chez les patients, les familles et le personnel soignant des unités de soins intensifs du CHU de Liège. »

Il serait donc intéressant de pouvoir réaliser cette étude afin d'approfondir les résultats obtenus.

VI. Bibliographie

1. Cypress BS. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive Crit Care Nurs.* oct 2011;27(5):273-80.
2. Ning J, Cope V. Open visiting in adult intensive care units – A structured literature review. *Intensive Crit Care Nurs.* févr 2020;56:102763.
3. Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R, et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 16 juill 2019;322(3):216.
4. Collège de médecins pour la fonction soins intensifs [Internet]. Santé Publique. 2015 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/college-de-medecins-pour-la-fonction-soins-intensifs>
5. Arrêté Royal du 27/04/1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée [Internet]. [cité 17 août 2020]. Disponible sur: https://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-27-avril-1998_n1998022350.html
6. Stayt LC. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *J Adv Nurs.* mars 2007;57(6):623-30.
7. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit*: *Crit Care Med.* janv 2008;36(1):30-5.
8. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome—family. *Crit Care Med.* févr 2012;40(2):618-24.
9. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying: *Crit Care Med.* avr 2010;38(4):1078-85.
10. Rohrbacher E. La place de la famille en service de réanimation. *Soins spécial cardiologie.* juin 2011;20-3.
11. Lautrette A. SRLF : E. AZOULAY (Paris). :34.
12. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Am J Respir Crit Care Med.* mai 2005;171(9):987-94.
13. Downey L, Engelberg RA, Shannon SE, Curtis JR. MEASURING INTENSIVE CARE NURSES' PERSPECTIVES ON FAMILY-CENTERED END-OF-LIFE CARE: EVALUATION OF 3 QUESTIONNAIRES. *Am J Crit Care.* 2006;15(6):13.

14. Kentish-Barnes N, Chevret S, Azoulay E. Guiding intensive care physicians' communication and behavior towards bereaved relatives: study protocol for a cluster randomized controlled trial (COSMIC-EOL). *Trials*. déc 2018;19(1):698.
15. Peigne V, Chaize M, Falissard B, Kentish-Barnes N, Rusinova K, Megarbane B, et al. Important questions asked by family members of intensive care unit patients*: *Crit Care Med*. juin 2011;39(6):1365-71.
16. Azoulay E, Forel J-M, Vinatier I, Truillet R, Renault A, Valade S, et al. Questions to improve family-staff communication in the ICU: a randomized controlled trial. *Intensive Care Med*. nov 2018;44(11):1879-87.
17. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-Centered Care in Adult Critical Care. *Am J Crit Care*. 1 nov 2009;18(6):543-52.
18. Henneman EA, Cardin S. Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making It Happen. *Crit Care Nurse*. 1 déc 2002;22(6):12-9.
19. Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis RJ. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey*: *Crit Care Med*. janv 2007;35(1):271-9.
20. Mitchell ML, Aitken LM. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. *Aust Crit Care*. mars 2017;30(2):91-7.
21. Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. août 2009;25(4):190-8.
22. Durand-Gassel J. Faut-il faire participer les familles aux soins en réanimation ? *Prat En Anesth Réanimation*. oct 2011;15(5):292-6.
23. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung J Crit Care*. avr 1979;8(2):332-9.
24. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiseleur CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive Crit Care Nurs*. avr 2010;26(2):114-22.
25. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall J-R, et al. Meeting the Needs of Intensive Care Unit Patient Families: A Multicenter Study. *Am J Respir Crit Care Med*. janv 2001;163(1):135-9.
26. Yakubu YH, Esmaeili M, Navab E. Family members' beliefs and attitudes towards visiting policy in the intensive care units of Ghana. *Nurs Open*. avr 2019;6(2):526-34.
27. Eggenberger SK, Sanders M. A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit. *Aust Crit Care*. nov 2016;29(4):217-23.

28. Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med.* 24 mai 2007;33(6):1060-5.
29. Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C, ODIN Study Group. Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study. *Intensive Care Med.* déc 2013;39(12):2180-7.
30. Khaleghparast S, Joolaei S, Maleki M, Peyrovi H, Ghanbari B, Bahrani N. Obstacles and facilitators of open visiting policy in Intensive Care Units: A qualitative study. 2016;6.
31. Henrich NJ, Dodek P, Heyland D, Cook D, Rocker G, Kutsogiannis D, et al. Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey*: *Crit Care Med.* mai 2011;39(5):1000-5.
32. Chapitre 13 Le devis de recherche qualitative. In: *Fondements et étapes du processus de recherche.* 2e édition. Chenelière Education; 2010. p. 634.
33. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57.
34. Teoli D, An J. SWOT Analysis. In: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537302/>
35. Chabal S. En matière de recueil d'information. 2014;1-4.
36. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflète Perspect Vie Économique.* 2014;LIII(4):67.
37. Poelman T. À quels critères une étude qualitative doit-elle répondre ? :1.
38. Yakubu YH, Esmailie M, Navab E. Nurses Beliefs And Attitudes Towards Visiting Policy In The Intensive Care Units Of Ghanaian Hospitals. *Adv Biosci Clin Med.* 31 oct 2018;6(4):25.
39. Laëtitia LG. Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 - Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter. 2020;16.