

**Faculté de santé publique**

**Quels seraient les avantages et les inconvénients tant pour les patients, que pour les familles et les soignants d'élargir les heures de visite dans un service de soins intensifs ?**

Mémoire réalisé par  
**Van Marcke de Lummen Alison**  
**7167-19-00**

Promoteur·rice(s)  
**Docteur Nicolas Serck**

Année académique 2022-2023  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



## Remerciements

*Tout d'abord, je tiens à adresser mes remerciements au Docteur Nicolas Serck, mon promoteur pour sa disponibilité et ses précieux conseils qui m'ont aidé tout au long de mon travail. Je remercie également Madame Nora Mélard et Monsieur Yassine Artiba pour leurs conseils lors de l'analyse statistique.*

*La réalisation de cette étude n'aurait pas pu être possible sans l'aide de mes collègues pour toute la conception, la préparation et la mise en place du projet.*

*Je remercie également mes parents pour leur aide, leur relecture et leur soutien.*

*Enfin, je remercie également mes amis pour leur soutien moral sans faille tout au long de ce mémoire.*

## **Le plagiat**

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.*

*Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

|                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I. INTRODUCTION .....</b>                                               | <b>2</b>  |
| <b>II. PARTIE THÉORIQUE .....</b>                                          | <b>3</b>  |
| 2.1 Les soins intensifs .....                                              | 3         |
| 2.1.1 Historique .....                                                     | 3         |
| 2.1.2 L'agrément.....                                                      | 4         |
| 2.1.3 En Belgique .....                                                    | 4         |
| 2.2 Les visites.....                                                       | 5         |
| 2.2.1 Les visites aux soins intensifs.....                                 | 5         |
| 2.2.2 Les différents intervenants et leurs besoins.....                    | 6         |
| A. Le patient .....                                                        | 6         |
| B. La famille .....                                                        | 7         |
| C. Le personnel soignant .....                                             | 8         |
| 2.3 Le service de soins intensifs - Clinique Saint-Pierre d'Ottignies..... | 9         |
| 2.3.1 L'hôpital .....                                                      | 9         |
| 2.3.2 Le service des soins intensifs.....                                  | 9         |
| 2.3.3 Le projet.....                                                       | 10        |
| <b>III. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b>                                      | <b>11</b> |
| 3.1 L'objectif de la recherche .....                                       | 11        |
| 3.2 Méthodes .....                                                         | 11        |
| 3.2.1 Description du projet .....                                          | 11        |
| 3.2.2 Design de l'étude.....                                               | 12        |
| 3.2.3 Population et échantillonnage.....                                   | 13        |
| A. Questionnaire soignants.....                                            | 13        |
| B. Questionnaire patients.....                                             | 13        |
| C. Questionnaire familles .....                                            | 14        |
| D. Avis direction .....                                                    | 14        |
| 3.2.4 Recueil des données.....                                             | 14        |
| A. Les soignants .....                                                     | 15        |
| B. Les patients et familles .....                                          | 15        |
| 3.2.5 Analyse des données.....                                             | 16        |
| A. Données soignants .....                                                 | 16        |
| B. Données patients et familles .....                                      | 17        |
| <b>IV. RESULTATS.....</b>                                                  | <b>18</b> |
| 4.1 Les soignants .....                                                    | 18        |
| 4.1.1 Données sociodémographiques .....                                    | 18        |
| 4.1.2 Impact de l'élargissement des visites .....                          | 20        |
| 4.2 Les patients.....                                                      | 22        |
| 4.2.1 Données sociodémographiques .....                                    | 22        |
| 4.2.2 Point de vue sur les heures de visites .....                         | 24        |
| 4.3 Les familles .....                                                     | 26        |
| 4.3.1 Données sociodémographiques .....                                    | 26        |
| 4.3.2 Point de vue sur les heures de visites .....                         | 29        |
| <b>V. DISCUSSION .....</b>                                                 | <b>31</b> |
| 5.1 Les soignants .....                                                    | 31        |
| 5.2 Les patients.....                                                      | 33        |
| 5.3 Les familles .....                                                     | 34        |
| 5.4 Comparaison avec la littérature.....                                   | 34        |
| 5.4.1 La littérature et les soignants .....                                | 34        |
| 5.4.2 La littérature et les patients & familles.....                       | 36        |
| <b>VI. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE.....</b>                                | <b>38</b> |
| <b>VII. PERSPECTIVES.....</b>                                              | <b>39</b> |
| <b>VIII. CONCLUSION .....</b>                                              | <b>41</b> |
| <b>IX. BIBLIOGRAPHIE .....</b>                                             | <b>42</b> |
| <b>X. ANNEXES.....</b>                                                     | <b>49</b> |

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Annexe 1 : Charte des familles.....                         | 49 |
| Annexe 2 : Environnement du patient.....                    | 50 |
| Annexe 3 : Carnet d'accueil pour les visiteurs.....         | 51 |
| Annexe 4 : Questionnaire de l'hôpital Érasme.....           | 52 |
| Annexe 5 : Questionnaire pour les soignants .....           | 55 |
| Annexe 6 : Questionnaire pour les patients.....             | 60 |
| Annexe 7 : Questionnaire pour les familles .....            | 63 |
| Annexe 8 : Accord directeur général.....                    | 66 |
| Annexe 9 : Accord direction du département infirmier.....   | 67 |
| Annexe 10 : Code book pour les statistiques soignants ..... | 68 |
| Annexe 11 : Score alpha de Cronbach .....                   | 71 |

## LISTE DES ABBRÉVIATIONS

|      |                                                  |
|------|--------------------------------------------------|
| IHI  | Institute for Healthcare Improvement             |
| SI   | Soins Intensifs                                  |
| HV   | Heures de visite                                 |
| REA  | Réanimation                                      |
| T0   | Ancien horaire : 12H30-13H & 18H30-19H           |
| T1   | Horaire en test : 16H-19H                        |
| SFAR | Société Française d'Anesthésie et de Réanimation |
| SRLF | Société de Réanimation de Langue Française       |
| SD   | Écart-type                                       |
| N    | Fréquence                                        |

## I. INTRODUCTION

Les soins intensifs représentent une composante importante du secteur médical, dédiée à la prise en charge de patients dans un état critique ou exposés à de sévères risques pouvant engager leur pronostic vital. En raison de la nature imprévisible de ce service, ses horaires sont généralement spécifiques et soumis à des règles strictes. Cependant, de nombreuses études ont démontré que le soutien émotionnel et la présence des proches jouaient un rôle crucial dans le processus de guérison du patient (Sfar & SRLF, 2010).

Un médecin des soins intensifs de la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies avait pour projet d'élargir les heures de visite au sein du service car elles étaient assez limitées. En effet les familles avaient l'opportunité de venir tous les jours de 12H30 à 13H00 et de 18H30 à 19H00. En tant qu'infirmière spécialisée en SIAMU et travaillant dans ce service, j'ai décidé de reprendre ce projet pour mon mémoire en collaboration avec d'autres soignants afin de pouvoir utiliser les différentes connaissances acquises durant mon master en sciences de la santé publique.

Pour la réalisation de ce projet, il m'a semblé pertinent de recueillir les points de vues des différentes parties prenantes directement impactées par cet élargissement et d'ensuite les comparer avec la littérature. Le but final étant de trouver un horaire qui respecte au maximum l'équilibre des besoins de ces trois groupes ; les soignants, les patients et les familles. Voici la question de recherche :

« Quels seraient les avantages et les inconvénients tant pour les patients, que pour les familles et les soignants d'élargir les heures de visite dans un service de soins intensifs ? »

Pour tenter de répondre à cette question de recherche, je développerai d'abord quelques concepts théoriques en lien avec le sujet et j'expliquerai un peu plus en détails le fonctionnement du service. Ensuite, j'expliquerai le matériel créé ainsi que les méthodes utilisées pour cette étude. Il y aura évidemment une description des résultats obtenus avec une critique de ceux-ci à l'aide de la littérature. Finalement, les limites et perspectives du projet seront également envisagées.

## **II. PARTIE THÉORIQUE**

### **2.1 Les soins intensifs**

#### **2.1.1 Historique**

La réanimation est officiellement née en 1953 aux États-Unis. Deux événements ont fortement influencé sa création, la deuxième guerre mondiale et l'épidémie de poliomyélite en Europe et aux États-Unis lors de laquelle la ventilation artificielle est née. Toutes deux nécessitaient de donner des soins intensifs à des patients critiques pour lesquels soit une unité complète leur était dédiée dans le cas de la poliomyélite soit des petits hôpitaux de terrain qui étaient créés dans le cas de la guerre. Il a fallu encore quelques années avant que l'idée de dédier entièrement un service aux soins critiques s'implante réellement. C'était l'association de deux idées, à savoir des patients qui sont dans un état critique et qui ont besoin de soins rapprochés et les patients à qui on a fait la promesse d'une guérison qui, ensemble, ont donné naissance aux soins intensifs. Après cela, le nombre de services n'a fait qu'augmenter, nous passons de 238 unités en 1959 à 1040 en 1965. A ce jour plus de 90% des hôpitaux avec 500 lits et plus sont équipés d'un service de réanimation et cela juste aux USA (Decormeille et al., 2022 ; Fairman & Lynaugh, 1998).

La réanimation est un service spécialisé où sont hospitalisés les patients dont l'état de santé nécessite une surveillance rapprochée. Ces patients sont soit dans un état grave lors de la décompensation d'une pathologie préexistante ou lors d'une défaillance d'une fonction vitale, soit ils viennent en surveillance pour un risque particulier (post-opératoire, hémorragique, ...) (Sfar & SRLF, 2010). On y dénombre également des patients en fin de vie pour lesquels tous les moyens déployés ne sont pas suffisants pour espérer une guérison.

Pour coordonner tout cela, il faut obligatoirement l'entraide de plusieurs spécialités. Les services de réanimation sont composés de plusieurs médecins intensivistes qui ont également une spécialité primaire (cardiologie, anesthésie, urgence,...) et d'une grande équipe d'infirmiers et de kinésithérapeutes. Ce service compte aussi des aides-soignants, des diététiciennes, des assistants sociaux, des pharmaciens, des techniciens qui ne sont pas attachés aux soins intensifs mais qui sont susceptibles de venir (Adhikari et al., 2010).

### 2.1.2 L'agrément

Une unité de soins intensifs doit répondre à plusieurs critères pour pouvoir garder son agrément. Voici une partie des normes nécessaires et décrites par l'arrêté royal de 1998 :

- Être un service autonome qui comporte au minimum 6 lits dont une chambre d'isolement avec sas
- Disposer de locaux logistiques, d'un bureau médical, d'une cuisine, d'une salle de détente, d'une chambre pour que le médecin de garde puisse se reposer et d'une salle d'attente pour les visiteurs avec si possible un deuxième local pour pouvoir discuter avec la famille quand cela est nécessaire.
- Les chambres doivent être équipées d'appareillages pour effectuer une surveillance continue et accueillir des patients dans un état critique.
- Un staff médical qui assure une permanence tous les jours, 24 heures sur 24.
- Une équipe d'infirmières qui doit être suffisante pour assurer une couverture 24 heures sur 24 organisée en shifts de 3 périodes, tout cela en respectant le quota d'un infirmier pour maximum trois patients.

(Goenen, 2005)

### 2.1.3 En Belgique

En Belgique, il y a environ 52 500 lits hospitaliers et 2000 lits USI (SPF Santé Publique, 2022). Ils sont repartis dans 100 hôpitaux généraux sur 194 sites dont 123 comportent un service de soins intensifs. Parmi ce nombre, 7 sont des hôpitaux universitaires . Au niveau de la répartition par régions, il y a 71 sites en Wallonie, 98 en Flandres et 25 région Bruxelles-Capitale (SPF Santé Publique, 2023 ; Van den Heede et al, 2022).

## 2.2 Les visites

### 2.2.1 Les visites aux soins intensifs

Peu importe le nombre de soignants qui gravitent autour du patient, il reste finalement très seul et a besoin de contact avec sa famille pour être apaisé dans cet environnement qui n'est pas familial. C'est pourquoi selon l'IHI (Institute for Healthcare Improvement) il faut libéraliser les heures de visites. Historiquement les heures de visites réduites ont commencées à être instaurées en 1800 dans les service généraux pour les patients qui ne payaient pas. Ceux qui payaient pouvaient recevoir des visites à n'importe quel moment qu'ils soient dans une chambre privée ou semi-privée. A partir de 1960, cela fut étendu à tous les patients qu'ils payent ou non dans l'idée de protéger les proches et les patients de l'épuisement et ce dans les services généraux mais également aux soins intensifs (Berwick & Kotagal, 2004).

Sur 20 ans de temps, le plus gros changement vécu par les services de soins intensifs fut la place faite à l'entourage du malade. L'épidémie du Covid19 a quant à elle temporairement mis de côté toutes les avancées réalisées sur les visites. Elle a obligé presque tous les hôpitaux à interdire les visites que ce soit aux soins intensifs ou dans les services généraux. Durant la première vague énormément de patients sont décédés sans que leur famille aient eu le droit de venir à leur côté. Cette situation a été extrêmement difficile à vivre pour tous, néanmoins le personnel soignant en a retiré quelques enseignements.

Dans l'idée d'améliorer l'état du patient à l'instant présent, aux soins intensifs mais également après (services aigus, revalidation, domicile,...), il paraît encore plus évident de devoir intégrer les proches pour avoir le meilleur résultat possible sur le long terme. La présence et la participation des familles dans le processus de soin est donc devenu une recommandation pour les services de réanimation. Ces recommandations ne sont pas mises en place de la même manière dans tous les services de réanimation en Belgique, certains services ont des plages de visites beaucoup plus grandes que d'autres. Cela peut aller de deux périodes de trente minutes par jour, à plusieurs heures d'affilées voire même une ouverture 24H sur 24H. Ce qui explique ces différences, c'est principalement la réticence du personnel soignant à opérer ce changement qui est perçu plutôt comme un inconvénient qui viendrait perturber l'organisation des soignants et augmenter la charge de travail, déjà conséquente (Sfar & SRLF, 2010).

### 2.2.2 Les différents intervenants et leurs besoins

La réanimation peut avoir un côté agressif, d'une part pour les patients qui subissent différents soins certains parfois très invasifs, d'autre part pour les familles qui subissent le stress et l'angoisse de la perte potentielle de leur proche. De plus les familles peuvent être parfois confrontées à des situations semblant manquer d'humanité lié au caractère urgent du service (Sfar & SRLF, 2010).

La difficulté rencontrée dans ce service relève de la diversité des acteurs qui entrent en jeu, chacun d'eux a des attentes et des besoins différents.

Il y a le personnel soignant qui englobe les infirmiers, les kinésithérapeutes, les aides-soignants et les médecins ; ensuite il y a le patient lui-même et finalement ses proches. Le bien-être de chacun de ces trois groupes est lié car ils sont interdépendants (Durand-Gasselin, 2010).

#### A. Le patient

Le patient n'est pas un objet abîmé qu'il faut tenter à tout prix de réparer, il ne doit pas être réduit à sa maladie, c'est avant tout une personne. Il faut prendre en considération ses valeurs, sa personnalité et son vécu pour pouvoir lui apporter des soins de qualité, des soins en accord avec ses attentes. (Pomey et al. 2015)

Le patient dans un service de soins intensifs est généralement dans un état critique. Cependant il garde certains besoins primaires. Les deux plus importants sont le besoin de se sentir en sécurité et le besoin de confort physique. Ce dernier peut facilement être perturbé par le bruit, la douleur, le manque de sommeil, les appareillages,... Ensuite, il y a le besoin d'être traité comme un être unique par le personnel soignant. Cela comprend le respect dans les soins, le respect des valeurs et croyances de la personne, ne pas négliger sa dignité et enfin l'inclure tant que possible dans les discussions qui le concerne. Le devoir des praticiens est de montrer de l'empathie, d'être à l'écoute et de diminuer autant que possible les peurs et angoisses des malades pour satisfaire le besoin de soutien émotionnel. Pour le besoin d'être informé, il faut donner des informations sur la pathologie et son traitement dans un langage adapté, s'assurer que la personne a bien compris et répondre à ses questions. Après vient le besoin d'intimité, suivi de la présence des familles et amis auprès du patient à n'importe quel moment. Et enfin il reste le besoin d'être inclus dans la prise de décision, sentir que son opinion en tant que malade est écoutée et respectée.

Le degré d'importance accordé à ces différents besoins va varier en fonction de chaque individu et va influencer la perception du séjour de la personne aux soins intensifs. Il est donc nécessaire pour les soignants dans la mesure du possible de n'en négliger aucun.

(Aro et al., 2012)

## B. La famille

Une admission aux soins intensifs génère souvent plusieurs émotions pour la famille ; le choc, le déni, la colère, le désespoir, la culpabilité et la peur de perdre le proche. Il arrive souvent alors que la famille développe un comportement inhabituel. Les familles sont très stressées à l'admission d'un de leurs proches aux soins intensifs également parce que le taux de mortalité est significatif. Il se situe en général entre 12 et 17 % (Obringer et al., 2012 ; Verhaeghe, 2005).

C'est pourquoi il est important d'intégrer les proches dans le processus de soin ; c'est bénéfique non seulement pour eux mais également pour le patient lui-même.

Il existe une liste de 45 besoins qui a été établie par Molter (1979) dans « the critical care family inventory » (CCFNI). Elle est divisée en 4 catégories ; besoins cognitifs, émotionnels, sociaux et pratiques.

Pour les besoins cognitifs ce qui ressort le plus surtout pour les familles dont le patient est dans le coma, c'est la nécessité de recevoir des informations claires et adaptées pour pouvoir comprendre la situation. Les proches voudraient recevoir des informations autant de la part des médecins que des infirmiers, une communication sur le pronostic et sur le traitement prodigués par l'ensemble du personnel soignant, les soins de la journée, des explications sur l'environnement / le service, ce qu'ils peuvent faire eux-mêmes pour le patient,...

Selon plusieurs études, les besoins émotionnels ainsi que les cognitifs sont classés comme les 10 besoins les plus importants. Concernant les besoins émotionnels, il s'agit de l'espoir et du réconfort. La famille a besoin de savoir qu'elle sera contactée en cas de changement majeur dans l'état de santé et que le patient recevra les meilleurs soins possibles.

Les besoins sociaux ont été scorés comme moins importants que les autres. Néanmoins, la proximité du patient avec sa famille reste nécessaire et surtout quand l'état de celui-ci est critique. C'est pourquoi des heures de visites réduites et le manque d'infrastructure adaptée pour recevoir la famille vont impacter ce besoin.

Finalement le besoin pratique, le moins important de tous, est le besoin de confort de la famille, il est matériel et non matériel. Le côté non matériel inclut des heures de visites flexibles, une aide en cas de problèmes familiaux et une directive de ce qu'ils peuvent faire au chevet du patient. Le côté matériel est surtout lié à l'infrastructure du service et de l'hôpital comme avoir une salle d'attente, une cafétéria, des chaises, des toilettes proches des services,...

Deux besoins oubliés dans le CCFNI sont le besoin de protéger le patient et les autres et le besoin de rassurer et soutenir le patient. Ils ont ce besoin de sentir qu'ils font du bien au malade par des gestes simples ou simplement leur présence.

Une étude a été menée en 1996 par Jamerson pour essayer de voir plus précisément par quels stades passaient les familles des patients aux soins intensifs. Quatre phases sont ressorties, la première est la phase de « flottement » ou la famille est dans l'attente de pouvoir venir en réanimation, ne sachant quasiment rien de l'état du patient et n'ayant quasiment plus conscience de leurs propres besoins personnels. La deuxième est la recherche d'information à tout prix. Ensuite il y a celle du « tracking », la famille a besoin d'observer les soins apportés au patient. Finalement la dernière phase consiste à rassembler toutes les ressources sociales possibles pour soutenir le patient et le proche lui-même (Verhaeghe, 2005).

Tout ceci montre qu'il ne faut pas négliger l'entourage du patient ni l'importance de son rôle; « C'est en soignant ce partenariat avec l'entourage qu'on donnera toutes ses chances au patient de redevenir un vivant actif et autonome » (Vigué & Radiguer, 2020).

### C. Le personnel soignant

Toute personne a besoin de reconnaissance, de donner du sens à son travail, de se sentir bien dans son environnement et d'être en phase avec ses collègues. Sans cela le stress peut devenir néfaste et une accumulation de facteurs peut favoriser le développement d'un burnout (Haliday, 2018).

Pour les infirmiers, donner des soins à autrui est quelque chose de gratifiant, qui a beaucoup de valeurs mais qui néanmoins peut être stressant et fatiguant, encore plus dans un service de réanimation où l'état de santé des patients est instable. En plus de cela, s'ajoute la pénurie de personnel qui augmente nettement la charge de travail. Sur le plan financier, beaucoup ne peuvent pas se permettre de travailler en temps partiel, ce qui augmente la fatigue surtout avec les horaires qui varient énormément (Daniel & Smith, 2018).

Il est donc important pour les soignants d'être dans une équipe dans laquelle chacun se sent bien, peut s'exprimer et faire part de ses problèmes. Les familles et les patients ont également un rôle important à jouer en leur donnant de la reconnaissance et en les remerciant pour leurs soins (Labbée & Aucoin, 2020).

## **2.3 Le service de soins intensifs - Clinique Saint-Pierre d'Ottignies**

### **2.3.1 L'hôpital**

La Clinique Saint-Pierre d'Ottignies a été créée en 1937 par le Docteur Edouard Laduron et se trouve sur le site d'Ottignies depuis 1973. (CSPO, s.d.)

Elle a pour but comme tout hôpital de donner des soins de qualité à tous avec la meilleure infrastructure et technologie possible. La Clinique compte 425 lits et a près de 2000 employés tous départements confondus. Il y a une vingtaine d'unités de soins au sein de l'hôpital dont un service de soins intensifs.

(CSPO, 2022)

### **2.3.2 Le service des soins intensifs**

Le service de réanimation est un service de 15 lits qui accueille des patients toutes pathologies confondues mais ayant besoin d'une surveillance accrue que ce soit dans le cas d'une pathologie très sévère, d'une surveillance post-opératoire ou à la suite d'un traumatisme. Il y a 34 infirmiers dont une chef de service, deux adjoints et une kinésithérapeute ainsi qu'une secrétaire. En plus, il y a 6 médecins qui travaillent exclusivement dans ce service.

Les objectifs sont comme ceux de l'institution, fournir des soins de qualité aux patients. C'est un service de soins intensifs donc le but est également de tout faire pour les maintenir en vie tout en respectant au maximum leur dignité, leurs droits et leurs choix.

Si on observe la division du travail pour les infirmiers, ce serait plutôt une division horizontale faible car ils ont de nombreuses tâches diverses à exécuter, des soins aux patients qui sont multiples et qui vont varier en fonction de leurs états, de l'administratif pour tous les dossiers

avec de la facturation, de la commande de médicament à la pharmacie et du rangement dans les chambres. Au niveau vertical, ce serait plutôt une division forte car il y a des protocoles pour quasiment tout, ce sont les médecins qui font les feuilles de traitement et qui vont choisir les actes à effectuer même s'il y a toujours un raisonnement de la part de l'infirmier derrière. Grâce à son jugement clinique il peut proposer des améliorations, des solutions et des idées de traitement à mettre en place.

Concernant la coordination du travail qui règne dans ce service, c'est la standardisation des qualifications car il est conseillé d'avoir fait la spécialisation SIAMU pour pouvoir y travailler (un quota de spécialisés versus non spécialisés doit être respecté). Dans tous les cas, les attentes sont les mêmes pour tous ; il y a des compétences qui sont nécessaires pour travailler dans ce service, des compétences au niveau des actes techniques mais également au niveau théorique. (Thunus, 2020)

### 2.3.3 Le projet

Il y a 4 ans quand je suis arrivée, le service des soins intensifs avait des horaires beaucoup plus stricts et répartis sur deux périodes. C'était deux fois 30 minutes de 12H30 à 13H00 et de 18H30 à 19H00 sans limite du nombre de personnes. Un médecin du service avait comme projet d'élargir ces heures de visite, motivé par son vécu passé à l'hôpital Érasme à Bruxelles. En effet, les soins intensifs d'Érasme ont ouvert totalement leurs visites (24 heures sur 24) il y a peu et le retour est positif pour les trois groupes.

J'ai donc pris ce projet en main pour réaliser un mémoire interventionnel dans le cadre de mon master en santé publique. En effet, car je trouve la problématique intéressante et elle est en lien avec mon option « management et développement organisationnel ». De plus, le projet me concerne directement et va influencer mon futur dans ce service donc je trouve cela important de pouvoir avoir un impact sur ce qui va être mis en place tout en utilisant le fruit de mes recherches.

## **III. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

### **3.1 L'objectif de la recherche**

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact de l'élargissement des visites dans le service des soins intensifs de la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies tant du point de vue des soignants que des familles et des patients. Pour cela nous allons répondre à la question de recherche initiale « Quels seraient les avantages et les inconvénients tant pour les patients, que pour la famille et les soignants d'élargir les heures de visite dans notre service de soins intensifs ? ».

À l'aide de la littérature, il s'agit de trouver par la suite l'horaire qui convient le mieux aux trois acteurs. Après le mémoire, le projet va continuer afin de faire les adaptations nécessaires pour qu'un équilibre soit atteint et maintenu.

### **3.2 Méthodes**

#### **3.2.1 Description du projet**

J'ai tout d'abord réalisé une revue de la littérature afin d'avoir assez d'informations sur la problématique en utilisant plusieurs sites et moteurs de recherches comme Google Scholar, Sciences Direct et Pubmed. Les recherches ont été faites en français et en anglais pour diversifier un maximum les sources. Lors de cette étape et grâce à mon promoteur, nous avons reçu des documents de l'hôpital universitaire Érasme sur la mise en place de leurs nouveaux horaires et toutes les démarches qui ont été réalisées préalablement. Ils avaient créé un questionnaire pour le personnel soignant afin d'évaluer les nouveaux horaires.

A la suite de cela, un groupe projet a été créé au sein du service pour travailler sur le sujet et pour coordonner toute la mise en place de celui-ci. C'est un groupe de 5 personnes composé de mon promoteur, d'un des chefs adjoints du service et de trois autres infirmières, moi comprise. Avec ce groupe plusieurs éléments ont été réfléchis et des adaptations au sein du service ont été mises en place sur base de la littérature, du vécu d'autres hôpitaux et des expériences personnelles de chacun. D'abord, des nouveaux horaires de visite ont été choisis (16H00-19H00) dans le but d'épargner le début du shift de l'après-midi qui est généralement assez chargé et pour permettre aux proches de venir après leur travail. Ensuite nous avons créé une

charte à l'attention des familles (cfr. annexe 1) à afficher dans chaque chambre pour fluidifier le plus possible les visites, donner une ligne de conduite aux visiteurs et éviter d'augmenter considérablement la charge de travail des soignants. Dans la même optique, une affiche sur les appareillages présents autour du patient a été faite afin d'habituer les familles à l'environnement des soins intensifs et potentiellement les rassurer (cfr. annexe 2) . Celle-ci est affichée dans la salle d'attente et à terme défilera sur une grande télévision. L'ancien carnet d'accueil pour les visiteurs a été refait avec de nouvelles informations et l'ajout de la charte des familles (cfr. annexe 3). Notre unité est un service fermé, il faut donc un code pour pouvoir y entrer dans le but de protéger l'intimité des patients, d'éviter des visites inopportunes, de pouvoir gérer le flux des visiteurs selon la charge de travail du moment. Pour faciliter les visites pour les soignants, une ouverture automatique contrôlée par un téléphone portable a été mise en place, les infirmiers peuvent donc savoir qui est présent et leur ouvrir sans devoir se déplacer jusqu'au desk central. Une fois l'environnement adapté, le test des nouveaux horaires a pu démarrer, le 6 juin 2022, avec une évaluation prévue six mois plus tard.

### 3.2.2 Design de l'étude

La méthodologie de l'étude sera mixte car elle comprend une partie quantitative ainsi qu'une partie qualitative. Néanmoins la méthode sera différente en fonction des parties prenantes.

Pour les soignants, ce sera une étude longitudinale quasi-expérimentale et exclusivement quantitative. Le but de l'étude est de suivre un même groupe de soignants, ceux du service des soins intensifs de la Clinique Saint-Pierre, avant et après l'élargissement des heures de visite (temps 0 et temps 1). On parle d'étude quasi-expérimentale car il est impossible de randomiser les participants étant donné que ceux-ci sont choisis précisément pour leur fonction en lien avec l'étude. Le but étant de comparer ces deux groupes suite à l'exposition d'un facteur déterminé qui est dans ce cas-ci les horaires de visite. On peut également définir cette étude comme prospective car les données sont récoltées pendant la réalisation de l'étude.

Pour les familles et les patients, ce sera une étude transversale car il n'y a aucune comparaison de groupes, les données sont recueillies à un moment précis et exclusivement lors des nouveaux horaires de visites. Dans ce cas-ci, il y a une partie quantitative et une partie qualitative (Degryse, 2020).

### 3.2.3 Population et échantillonnage

La population étudiée comporte trois acteurs différents : les soignants, les patients et les familles mais tout se fait exclusivement dans la CSPO.

Les trois questionnaires ont été créés en collaboration avec mon promoteur et ont ensuite été validés par lui-même, la chef infirmière et 5 autres personnes qui l'ont relu pour voir si les questions étaient compréhensibles, neutres dans la formulation et adéquates pour la problématique. Pour créer ces questionnaires, nous nous sommes inspiré de celui écrit et utilisé par l'hôpital Érasme (cfr. annexe 4) ainsi que de celui provenant de la source « Beliefs and attitude of intensive care nurses toward visits and open visiting policies » qui évalue également l'élargissement des HV (Berti et al., 2007). Les trois questionnaires sont différents et propre à chaque acteur. Pour les soignants, un questionnaire identique sera distribué avant et après l'élargissement des visites pour pouvoir évaluer les deux horaires. Par contre pour les familles et patients, il y en a seulement un et qui sera donné uniquement pendant la période de l'horaire de visite en test. Ils prennent entre 5 et 10 minutes pour être complétés et sont anonymes.

#### A. Questionnaire soignants

Tous les soignants du service de réanimation pouvaient remplir les deux questionnaires, cela inclut les infirmiers, les médecins, les kinésithérapeutes et les aides-soignants.

Les deux questionnaires sont identiques dans le but de pouvoir comparer si les avis diffèrent ou restent pareils en fonction des heures de visite. Il contiennent d'abord une partie sociodémographique avec le genre, l'âge, le nombre d'années d'expérience à l'USI, la fonction, les horaires et le temps de travail. Ensuite il y a 36 questions avec des réponses sous forme d'une échelle de Likert à 3 points qui correspondent à « pas d'accord », « moyennement d'accord » et « tout à fait d'accord ». Les questions étaient réparties en trois catégories : l'utilité des visites, l'évaluation du système en place et les visites en général (cfr. annexe 5).

#### B. Questionnaire patients

La méthode d'échantillonnage est non probabiliste, les participants sont choisis sur base des critères d'inclusions et d'exclusions déterminés et surtout en fonction de leurs disponibilités qui va dépendre de leur état général. Les seuls patients exclus sont les mineurs et ceux qui sont

incapables de répondre dû à leur état de conscience ou leur état psychologique. Pour le reste, il y a toutes les pathologies confondues et pas de jours d'hospitalisation minimum.

Pour les patients, il commence également par une partie sociodémographique très courte, il est seulement demandé la tranche d'âge et le nombre de jours d'hospitalisation à l'USI. Ensuite il y a également des questions avec la même échelle de Likert à trois points. Il y a 4 questions générales et 6 questions qui comparent l'ancien horaire et le nouveau en sachant que la majorité n'a jamais connu l'ancien.

Pour finir, il y a 2 questions ouvertes qualitatives concernant le nombre de visiteurs à autoriser par jour et la tranche horaire qu'ils préfèrent (cfr. annexe 6).

### C. Questionnaire familles

La méthode est également non probabiliste et le seul critère d'exclusion était le nombre de répondants par malade. Nous avons choisi maximum 2 proches par patient dans le but de diversifier un maximum les réponses. La durée d'hospitalisation n'était pas un critère d'exclusion.

Pour les familles, la partie sociodémographique est un peu plus longue. On demande la tranche d'âge, le nombre de jours d'hospitalisation du patient à l'USI, l'état de conscience de celui-ci et le lien de parenté. Ensuite, il y a à nouveau des questions avec l'échelle de Likert qui sont pratiquement identiques à celle des patients mais tournées vers le proche. Il y a aussi les mêmes questions qualitatives avec en plus une question sur le carnet d'accueil pour les visiteurs (cfr. annexe 7).

### D. Avis direction

Une demande a été envoyée à la direction de l'hôpital avant de distribuer les questionnaires à toutes les parties prenantes. Les accords du directeur général ainsi que de la direction du département infirmiers ont tous deux été reçus respectivement le 5 et 6 mai 2022 (cfr. Annexe 8 et 9).

#### 3.2.4 Recueil des données

La collecte des données complète s'est étendue du 9 mai 2022 au 16 décembre 2022. Les questionnaires étaient disponibles en version papier pour les 3 groupes et sous format

électronique uniquement pour les soignants. Toutes les données ont été centralisées sur Google Form, les formats papiers ont donc été retranscrits.

### A. Les soignants

Le premier questionnaire qui concernait les heures de visite déjà en vigueur dans le service (12H30-13H00 & 18H30-19H00) a été déposé dans la cuisine du service début mai 2022 après avoir reçu les accords de distribution. L'équipe a été prévenue par mail et dans le service avec un mot d'explication. Celui-ci était au départ seulement disponible en version papier et ensuite également en version électronique sur Google Form pour toucher un maximum de personnes.

Le projet des nouvelles heures de visite (16H00-19H00) a ensuite été mis en place début juin 2022.

Le deuxième questionnaire a été distribué début octobre 2022 pour rentrer dans la période des six mois d'évaluation. La même démarche de distribution a été observée à la différence que celui-ci était directement disponible en version électronique.

Pour les deux il a fallu entre 1 et 2 mois pour récolter toutes les réponses avec de nombreux rappels. Cela s'explique par la charge de travail au sein du service qui ne laisse pas toujours le temps pour remplir le questionnaire et ceux qui ne travaillent pas n'y pensent pas toujours.

Nous avons récolté au total 27 réponses pour le T0 qui correspond à l'horaire 12H30-13H00 & 18H30-19H00 et 34 réponses pour le T1 qui correspond à l'horaire 16H00-19H00.

### B. Les patients et familles

Pour ces deux groupes il y avait seulement un questionnaire, il n'y a aucune comparaison entre T0 et T1, c'est une évaluation globale des horaires de visite. La période de collecte s'est uniquement faite pendant la phase test des HV. Au total, nous avons eu 50 répondants pour les familles et 25 pour les patients.

La collecte fut assez compliquée étant donné que les HV se font uniquement pendant le shift du soir, cela réduit énormément ma présence sur place et donc la possibilité de donner et récolter des questionnaires. Étant donné la charge de travail conséquente dans le service, mes collègues n'avaient pas le temps ou ne pensaient pas à distribuer les questionnaires.

### 3.2.5 Analyse des données

Les données des deux groupes ont été à chaque fois récupérées de Google Form sous un format Microsoft® Office Excel pour ensuite les mettre dans le logiciel de statistiques SPSS®.

#### A. Données soignants

L'aide des assistants de l'UCL était nécessaire pour ces démarches statistiques. Suivant leurs conseils, les deux groupes ont été traités comme des échantillons indépendants car il n'y avait pas assez de données paires. En effet l'échantillon de soignants est trop faible pour que les résultats soient concluants.

Nous avons ensuite créé un code book (cfr. annexe 10) et nous avons réparti les différentes questions sous différents concepts. Lors de la création du questionnaire nous avons classé les questions sous 3 thèmes mais ceux-ci ne correspondent pas à des problématiques. De plus il y a trop de questions pour qu'elles soient traitées seules. Les variables ont alors été recodées sous forme numérique avec une légende dans le code book. Les variables inversées ont été recodées pour éviter de fausser les résultats. Ensuite nous avons testé la fiabilité des concepts avec l'alpha de Cronbach qui permet de donner une idée sur la cohérence des résultats obtenus. Plus la valeur est proche de 1, plus grande sera la fiabilité interne et même s'il n'existe pas de seuil conventionnel, la plupart des études fixe la valeur seuil à 0,70. Entre 0,7 et 0,5 c'est discutable et en deca de 0,50 ce n'est pas acceptable (Daoud et al., 2021 ; Moussa, 2008). Dans ce cas-ci, 4 concepts ont un score acceptable voire bon entre 0,7 et 0,87 sauf l'utilité qui est discutable avec 0,62 (cfr. Annexe 11). Il y a donc 4 concepts qui sont validés et 12 questions seront traitées seules car elles ne rentrent dans aucun groupe.

A la suite de cela les données sociodémographiques des 2 échantillons ont été analysées avec des statistiques descriptives via des distributions de fréquence et des graphiques à barres en pourcentages. La normalité de chaque concept a été testée avec le test de Kolmogorov-Smirnov, l'histogramme, le QQ-plot et le boxplot. Pour ceux qui suivaient une distribution normale, les moyennes ont été comparées avec un test T de Student avec variances égales ou différentes et pour ceux qui ne suivaient pas une distribution normale, un test de Mann-Whitney a été utilisé.

Pour les 12 questions restantes, des tests statistiques catégoriels ont été réalisés. Des tests de Chi-carré ont été effectués avec un calcul de l'effectif théorique minimum pour reprendre soit Pearson soit Fisher.

Nous parlerons de résultats significatifs pour ceux ayant un niveau d'incertitude inférieur à 5% ( $p < 0,05$ ) (Speybroeck, 2021).

## B. Données patients et familles

Pour ces questionnaires, toutes les données sociodémographiques et celles de l'échelle de Likert ont été traitées par des statistiques descriptives avec une distribution de fréquence et des graphiques à barres en pourcentages.

Les questions ouvertes qualitatives ont été analysées avec une observation des fréquence des réponses. Il y avait finalement très peu de données car soit les personnes n'ont pas répondu (car une réponse négative à la question précédente était nécessaire pour donner son avis), soit les personnes n'ont pas pris la peine de fournir des explications en plus.

## **IV. RESULTATS**

### **4.1 Les soignants**

#### **4.1.1 Données sociodémographiques**

Dans le tableau 1 qui concerne les soignants, nous pouvons voir que nos deux échantillons contiennent une majorité de femmes avec 70,4% et 76,5%. L'âge médian est d'environ 32 ans pour les deux groupes. Nous pouvons voir que les années d'expériences aux soins intensifs ne sont pas très élevées avec une médiane de 7 années. Il y a plusieurs explications à ce phénomène : il y a eu une vague de nouveaux engagés qui rajeunissent le groupe, il y a un espace entre le groupe des « jeunes » et celui des « plus âgés » qui se rapprochent de la retraite suite à de nombreux départs et enfin, c'est en majorité les plus jeunes qui ont répondu aux questionnaires.

Au niveau des fonctions ce sont les infirmiers qui ont répondu en majorité et quelques médecins qui sont toujours en minorité. L'unique kinésithérapeute du service a seulement répondu au deuxième questionnaire. Pendant la période de récolte des données, l'unique aide-soignant du service est parti à la retraite ce qui explique que nous n'ayons aucune réponse à ce niveau-là.

Concernant les horaires de travail, entre 88,2% et 96,3% des soignants font des jours et des nuits que ce soit les infirmiers ou les médecins qui doivent également faire des gardes. Dans le service seuls les infirmiers qui sont en temps réduit pour causes médicales ne font pas de nuits. Il y a également quelques personnes qui ne font que des nuits mais elles n'ont pas répondu aux questionnaires car elles ne voient jamais les visites sauf dans certains cas particuliers comme des fins de vies ou des entrées de patients dans un état critique.

Au niveau des régimes de travail, la majorité sont en temps plein, entre 63% (T0) et 64,7% (T1). C'est intéressant d'avoir leurs avis en majorité car ils côtoient les familles le plus souvent et par conséquent représentent la parole des soignants la plus proche de la réalité. Cependant il reste utile de contrebalancer cela avec l'avis des temps réduits qui sont un peu moins influencés par la pression du travail, le stress et la fatigue accumulée. Parmi les temps partiel, on trouve une majorité à 80%, certains à 50% et finalement quasiment pas de 75%.

Tableau 1 : Données sociodémographiques des soignants

| Données soignants                     | Soignants T0<br>(n= 27)<br>n (%) | Soignants T1<br>(n= 34)<br>n (%) |
|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Sexe</b>                           |                                  |                                  |
| Homme                                 | 8 (29,6%)                        | 8 (23,5%)                        |
| Femme                                 | 19 (70,4%)                       | 26 (76,5%)                       |
| <b>Âge*</b> (en années)               | 32 (27-32)                       | 31,5 (27-31,5)                   |
| <b>Années d'expérience à l'USI*</b>   | 7 (3-7)                          | 5 (3,7-5)                        |
| <b>Fonction</b>                       |                                  |                                  |
| Infirmier                             | 22 (81,5%)                       | 29 (85,3%)                       |
| Médecin                               | 5 (18,5%)                        | 4 (11,8%)                        |
| Aide-soignant                         | 0                                | 0                                |
| Kiné                                  | 0                                | 1 (2,9%)                         |
| <b>Horaire de travail</b>             |                                  |                                  |
| Jour                                  | 1 (3,7%)                         | 4 (11,8%)                        |
| Nuit                                  | 0                                | 0                                |
| Jour et nuit                          | 26 (96,3%)                       | 30 (88,2%)                       |
| <b>Régime de travail hebdomadaire</b> |                                  |                                  |
| Temps plein                           | 17 (63%)                         | 22 (64,7%)                       |
| Temps partiel 50%                     | 2 (7,4%)                         | 6 (17,6%)                        |
| Temps partiel 75%                     | 1 (3,7%)                         | 1 (2,9%)                         |
| Temps partiel 80 %                    | 7 (25,9%)                        | 5 (14,7%)                        |

\*Médiane (P25-P50)

#### 4.1.2 Impact de l'élargissement des visites

Dans le tableau 2, les p-valeurs significatives démontrent qu'il y a une différence dans l'avis des soignants entre T0 lors de l'ancien horaire (12H30-13H00 & 18H30-19H00) et T1 lors du nouveau (16H-19H) pour l'impact des visites pour les patients ( $p=0,001$ ), l'impact des visites pour les familles ( $p<0,001$ ) et pour la coordination des soins ( $p<0,001$ ). Nous pouvons même dire que la différence est hautement significative pour ces deux derniers.

L'impact des visites pour les patients s'est légèrement péjoré avec l'élargissement des horaires. Cela veut dire que les soignants trouvent qu'en augmentant le temps de visite, les patients ont moins de temps pour se reposer, leur intimité est moins préservée et à force cela peut devenir délétère.

Par contre, l'impact des visites pour les familles s'est fortement amélioré. Avec l'élargissement des HV les familles ont plus de temps pour profiter avec leur proche, elles peuvent recevoir le temps dont elles ont besoin avec les médecins. Par la même occasion, cela réduit la charge du médecin de garde qui devait voir toutes les familles lors de la tranche horaire du soir en T0. Avec tout cela elles sont moins anxieuses.

A l'inverse du concept précédent, la coordination des soins a fortement chuté en T1. Cet horaire perturbe beaucoup le travail des soignants car il interfère avec les soins, il empêche la planification de ceux-ci et il fait perdre énormément de temps dans la communication avec la famille. De plus, il y a des familles qui ne respectent pas les règles, ni même les heures de visites.

Finalement l'utilité des visites n'est pas significativement différente entre T0 et T1 donc nous ne pouvons pas dire que les nouvelles HV ont influencé le jugement des soignants d'une quelconque manière à ce propos.

Il n'y aucune différence significative entre la période T0 et T1 concernant les 8 questions rassemblées dans la catégorie « divers » et les 2 autres dans celles des « différents points de vue ». Les avis ne sont donc pas différents après l'élargissement des visites.

Tableau 2 : Statistiques soignants pour des variables numériques et catégorielles

|                                                                           | <b>Soignants T0<br/>(n= 27)<br/>Moyenne<br/>(SD)</b> | <b>Soignants T1<br/>(n = 34)<br/>Moyenne<br/>(SD)</b> | <b>p-value</b>   | <b>Test<br/>statistique</b>          |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|
| <b>Variables numériques</b>                                               |                                                      |                                                       |                  |                                      |
| <b>Utilité des visites de manière générale</b><br>(U_tot : 5 composantes) | 2,44 (0,40)                                          | 2,38 (0,33)                                           | 0,379            | Selon Mann-Whitney                   |
| <b>Impact des visites pour les patients</b><br>(IVP_tot : 6 composantes)  | 2,50 (0,25)                                          | 2,20 (0,41)                                           | <b>0,001</b>     | Selon test T<br>variances<br>égales  |
| <b>Impact des visites pour les familles</b><br>(IVF_tot : 4 composantes)  | 1,57 (0,50)                                          | 2,42 (0,42)                                           | <b>&lt;0,001</b> | Selon Mann-Whitney                   |
| <b>Coordination des soins</b><br>(CDS_tot : 9 composantes)                | 2,41 (0,36)                                          | 1,71 (0,40)                                           | <b>&lt;0,001</b> | Selon test T<br>variances<br>égales  |
| <b>Variables catégorielles</b>                                            |                                                      |                                                       |                  |                                      |
| <b>Divers : les visites en général</b>                                    |                                                      |                                                       |                  | Selon Chi <sup>2</sup><br>de Pearson |
| D1                                                                        | 1,59 (0,63)                                          | 1,35 (0,54)                                           | 0,547            |                                      |
| D2                                                                        | 1,74 (0,65)                                          | 1,74 (0,66)                                           | 1,000            |                                      |
| D3                                                                        | 1,11 (0,32)                                          | 1,09 (0,28)                                           | 1,000            |                                      |
| D4                                                                        | 2,41 (0,88)                                          | 2,18 (0,86)                                           | 0,428            |                                      |
| D5                                                                        | 1,67 (0,78)                                          | 1,41 (0,74)                                           | 0,651            |                                      |
| D6                                                                        | 2,89 (0,32)                                          | 2,71 (0,57)                                           | 0,493            |                                      |
| D7                                                                        | 2,93 (0,26)                                          | 2,74 (0,44)                                           | 0,112            |                                      |
| D8                                                                        | 3 (0)                                                | 3 (0)                                                 | /                | Selon Chi <sup>2</sup><br>de Pearson |
| <b>PV : les différents points de vue</b>                                  |                                                      |                                                       |                  |                                      |
| PV 1                                                                      | 2,19 (0,87)                                          | 2,12 (0,76)                                           | 0,901            |                                      |
| PV 2                                                                      | 1,81 (0,73)                                          | 1,71 (0,71)                                           | 0,871            |                                      |
| PV 3                                                                      | 1,56 (0,57)                                          | 1,68 (0,68)                                           | 0,366            |                                      |
| PV 4                                                                      | 2,37 (0,56)                                          | 2,24 (0,74)                                           | 0,212            |                                      |

## 4.2 Les patients

### 4.2.1 Données sociodémographiques

Concernant les patients, plus de 60% des répondants ont plus de 60 ans, 24% ont entre 51 et 60 ans et le reste se répartit entre 31 et 50 ans.

Au niveau des jours d'hospitalisation la majorité des répondants (76%) a passé seulement entre 1 et 5 jours dans le service. Cinq personnes (20%) déclarent être restées entre 6 à 8 jours et une personne (4%) plus de 14 jours. Nous n'avons aucun répondant ayant un séjour entre 9 et 14 jours. Les courts séjours sont souvent des surveillances post-opératoires ou des infarctus qui restent entre 24 et 48H en fonction de leur état, des patients qui compliquent peu fréquemment. Ces patients sont donc plus disponibles pour être interrogés contrairement à ceux qui restent plus longtemps et qui sont souvent dans un état critique et incapables de répondre à un questionnaire. Il faut réunir à être présent dans le petit laps de temps où ils vont mieux juste avant de remonter dans un service général, ce qui rend la collecte d'informations difficile.

Nous avons posé une question au patient pour savoir si trois visiteurs par jour semblait être un nombre suffisant. Cela convient à 22 personnes (88%) et les autres, qui ne partagent pas cet avis (12%), voudraient 2 ou 3 personnes de plus car ils ont une grande famille.

Enfin, le questionnaire se terminait par une question ouverte pour que chacun puisse proposer l'horaire qui lui conviendrait le mieux. La majorité des réponses (36%) était la même tranche horaire que celle en test dans le service donc 16H-19H. Les deux autres propositions qui suivent avec 12% et 8% restent très proches également de cet horaire; 16H-20H et 16H30-19H.

Tableau 3 : Données sociodémographiques et statistiques descriptives des données qualitatives des patients

| Données Patients (n=25)                 | n (fréquence) | pourcentage |
|-----------------------------------------|---------------|-------------|
| <b>Tranche d'âge</b>                    |               |             |
| Moins de 20 ans                         | 0             | 0 %         |
| 20-30 ans                               | 0             | 0 %         |
| 31-40 ans                               | 3             | 12 %        |
| 41-50 ans                               | 1             | 4 %         |
| 51-60 ans                               | 6             | 24 %        |
| Plus de 60 ans                          | 15            | 60 %        |
| <b>Jours d'hospitalisation à l'USI</b>  |               |             |
| 1-5 jours                               | 19            | 76 %        |
| 6-8 jours                               | 5             | 20 %        |
| 9-11 jours                              | 0             | 0 %         |
| 12-14 jours                             | 0             | 0 %         |
| Plus de 14 jours                        | 1             | 4 %         |
| <b>3 personnes par jour en visite ?</b> |               |             |
| Oui                                     | 22            | 88 %        |
| Non                                     | 3             | 12 %        |
| <b>Si non, combien ?</b>                |               |             |
| /                                       | 22            | 88 %        |
| 5                                       | 2             | 8 %         |
| 6                                       | 1             | 4 %         |
| <b>Quel est le meilleur horaire ?</b>   |               |             |
| 13H-14H30 & 16H30-18H                   | 1             | 4 %         |
| 14H-16H & 17H-19H                       | 1             | 4 %         |
| 14H-18H                                 | 1             | 4 %         |
| 14H-19H                                 | 1             | 4 %         |
| 15H-18H                                 | 1             | 4 %         |
| 15H-19H                                 | 1             | 4 %         |
| 15H-19H30                               | 1             | 4 %         |
| 15H30-19H30                             | 1             | 4 %         |
| 16H-18H30                               | 1             | 4 %         |
| 16H-19H                                 | 9             | 36 %        |
| 16H-20H                                 | 3             | 12 %        |
| 16H30-18H30                             | 1             | 4 %         |
| 16H30-19H                               | 2             | 8 %         |
| 24H sur 24H                             | 1             | 4 %         |

#### 4.2.2 Point de vue sur les heures de visites

Dans le tableau 4, nous retrouvons les résultats des réponses des patients concernant leurs avis général sur les visites et sur une comparaison fictive des deux horaires.

Les deux premières questions des statistiques patients (tableau 4; Q1 et Q2) traitent toutes les deux de la limitation du temps de visite et du nombre de visiteurs. Un seul patient est en désaccord mais pour le reste les avis restent légèrement partagés entre « tout à fait d'accord » et « moyennement d'accord » avec tout de même une majorité pour le premier. Ensuite pour la suivante (Q3), les avis se rejoignent (96% « tout à fait d'accord ») pour dire qu'en élargissant les horaires cela permet d'avoir plus de visites et donc cela diminue le risque de solitude. Et enfin pour la dernière question (Q4) de ce premier bloc, les patients pensent en majorité (88%) que les familles sont utiles lors des heures des repas pour aider si cela est nécessaire.

Concernant la comparaison fictive des deux horaires, nous avons commencé avec des questions sur l'horaire qu'ils expérimentaient à ce moment-là et ensuite avec l'ancien horaire qu'ils n'avaient normalement pas connu. Nous pouvons observer (tableau 4; Q5-Q6) que la plupart des personnes trouvent cet horaire de visite suffisamment long et se sentent apaisées avec celui-ci (72% et 76%). Certains ne sont pas complètement d'accord (24% et 20%) et un patient pour chaque question n'est pas du tout d'accord. Par contre les avis sont un peu plus tranchés quant à l'importance des visites (Q7), 88% ne sont pas d'accord avec le fait que la plage horaire n'a aucune importance.

Pour l'ancien horaire, les réponses sont plutôt diversifiées. Plus de la moitié des répondants sont d'accord pour dire qu'ils ne sont pas en faveur de cet horaire car il ne le trouve pas assez long (Q8) et ne se sentent pas en paix avec (Q9) dans 68% et 64% des cas. Néanmoins il y a quand même 28% qui sont moyennement d'accord par rapport à la longueur et 32% par rapport à l'apaisement. Finalement, pour la question des repas (Q10), une minorité de patients ne veulent pas de visite pendant ces périodes là (16%) mais 68% ne sont pas contre.

Tableau 4 : Statistiques descriptives des patients

| Statistiques<br>Patients (n=25)                       | Tout à fait d'accord<br>n (%) | Moyennement<br>d'accord<br>n (%) | Pas d'accord<br>n (%) |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| <b>Les visites</b>                                    |                               |                                  |                       |
| Q1                                                    | 13 (52%)                      | 11 (44%)                         | 1 (4%)                |
| Q2                                                    | 16 (64%)                      | 9 (36%)                          | 0 (0%)                |
| Q3                                                    | 24 (96%)                      | 1 (4%)                           | 0 (0%)                |
| Q4                                                    | 22 (88%)                      | 3 (12%)                          | 0 (0%)                |
| <b>Phase test 16H00-19H00</b>                         |                               |                                  |                       |
| Q5                                                    | 18 (72%)                      | 6 (24%)                          | 1 (4%)                |
| Q6                                                    | 19 (76%)                      | 5 (20%)                          | 1 (4%)                |
| Q7                                                    | 2 (8%)                        | 1 (4%)                           | 22 (88%)              |
| <b>Ancien horaire (12H30-13H00 &amp; 18H30-19H00)</b> |                               |                                  |                       |
| Q8                                                    | 1 (4%)                        | 7 (28%)                          | 17 (68%)              |
| Q9                                                    | 1 (4%)                        | 8 (32%)                          | 16 (64%)              |
| Q10                                                   | 17 (68%)                      | 4 (16%)                          | 4 (16%)               |

## 4.3 Les familles

### 4.3.1 Données sociodémographiques

Pour les familles, nous avons le double de répondants dont la majorité (44%) est âgé de plus de 60 ans. 22% ont entre 41 et 50 ans, 20% entre 51 et 60 ans et les 7 derniers répondants ont moins de 40 ans.

Pour le temps d'hospitalisation de leur proche aux soins intensifs, 27 répondants (54%) attestent d'une durée entre 1 et 5 jours. Cette durée de séjour était également majoritaire chez les patients, ce qui n'est pas étonnant car souvent pour ces courts séjours nous donnions les questionnaires aux deux en même temps. Ensuite, 20% étaient à plus de 14 jours, ce qui est complètement différents des réponses des patients mais comme expliqué précédemment ceux-ci n'étaient certainement pas capables de répondre alors que les familles le pouvaient. Neuf personnes (18%) mentionnent 6 à 8 jours d'hospitalisation ce qui est quasiment semblable en terme de pourcentage avec les patients. Et finalement, les 8% restant se répartissent sur les deux dernières tranches.

L'état de conscience du patient était demandé et il apparaît que la plupart des patients (60%) étaient à ce moment-là, conscients et capable de parler. Treize personnes (26%) sont conscientes mais incapable de parler soit parce qu'ils sont toujours intubés ou trachéotomisés mais non sedatés soit ils sont fraîchement extubés, soit il y a une autre explication. Ce sont des personnes qui peuvent être compliquées à comprendre si elle n'ont pas récupéré la force d'écrire. Enfin 14% étaient dans le coma et donc incapables de s'exprimer.

Concernant les liens de parenté, celui qui revient le plus (40%) c'est le statut d'époux/épouse avec celui de fils ou de la fille (28%).

Comme pour les patients, 88% des répondants trouvaient que trois personnes par jour étaient un nombre suffisant. Pour les autres, certains voudraient 4 ou 5 personnes voire même aucune limite.

Il y avait une question sur l'utilité du carnet pour les visiteurs. Cela ne concernait pas l'élargissement des visites, c'était une question utile pour le service afin d'en évaluer la pertinence. Parmi les 50 personnes interrogées, 47 (94%) trouvaient le carnet utile.

Finalement comme pour les patients, chacun avait l'opportunité de proposer le meilleur horaire de visite. Plus de la moitié des familles (52%) ont proposé le même horaire en phase test 16H-19H. Le deuxième horaire revenu le plus en fréquence (10%) est 17H-19H30.

Tableau 5 : Données sociodémographiques et statistiques descriptives des données qualitatives des familles

| Données Familles (n=50)                                  | n (fréquence) | pourcentage |
|----------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| <b>Tranche d'âge</b>                                     |               |             |
| Moins de 20 ans                                          | 1             | 2 %         |
| 20-30 ans                                                | 3             | 6 %         |
| 31-40 ans                                                | 3             | 6 %         |
| 41-50 ans                                                | 11            | 22 %        |
| 51-60 ans                                                | 10            | 20 %        |
| Plus de 60 ans                                           | 22            | 44 %        |
| <b>Jours d'hospitalisation à l'USI pour votre proche</b> |               |             |
| 1-5 jours                                                | 27            | 54 %        |
| 6-8 jours                                                | 9             | 18 %        |
| 9-11 jours                                               | 3             | 6 %         |
| 12-14 jours                                              | 1             | 2 %         |
| Plus de 14 jours                                         | 10            | 20 %        |
| <b>État de conscience de votre proche</b>                |               |             |
| Dans le coma                                             | 7             | 14 %        |
| Conscient mais incapable de parler                       | 13            | 26 %        |
| Conscient et capable de parler                           | 30            | 60 %        |
| <b>Lien de parenté</b>                                   |               |             |
| Époux/Épouse                                             | 20            | 40 %        |
| Compagnon/Compagne                                       | 4             | 8 %         |
| Fils/Fille                                               | 14            | 28 %        |
| Frère/Sœur                                               | 5             | 10 %        |
| Père/Mère                                                | 4             | 8 %         |
| Beau-père/Belle-mère                                     | 1             | 2 %         |
| Ami/Amie                                                 | 2             | 4 %         |
| <b>3 personnes par jour en visite ?</b>                  |               |             |
| Oui                                                      | 44            | 88 %        |
| Non                                                      | 6             | 12 %        |
| <b>Si non, combien ?</b>                                 |               |             |
| / (rien répondu)                                         | 44            | 88 %        |
| 4                                                        | 3             | 6 %         |
| 5                                                        | 2             | 4 %         |
| Aucune limite                                            | 1             | 2 %         |
| <b>Carnet visiteurs, utile ?</b>                         |               |             |
| Oui                                                      | 47            | 94 %        |
| Non                                                      | 3             | 6 %         |
| <b>Quel est le meilleur horaire ?</b>                    |               |             |
| 12H-13H & 17H-19H                                        | 1             | 2 %         |
| 12H30-13H30 & 17H-18H30                                  | 1             | 2 %         |
| 15H-16H30 & 18H-19H30                                    | 1             | 2 %         |
| 14H-18H                                                  | 1             | 2 %         |

|             |    |      |
|-------------|----|------|
| 15H-19H     | 1  | 2 %  |
| 16H-18H     | 1  | 2 %  |
| 16H-18H30   | 1  | 2 %  |
| 16H-19H     | 26 | 52 % |
| 16H-20H     | 2  | 4 %  |
| 16H30-19H30 | 2  | 4 %  |
| 17H-19H     | 2  | 4 %  |
| 17H-19H30   | 5  | 10 % |
| 17H-20H     | 1  | 2 %  |
| 17H30-19H30 | 2  | 4 %  |
| 24H sur 24H | 3  | 6 %  |

#### 4.3.2 Point de vue sur les heures de visites

Comme expliqué avant, les questionnaires patients et familles sont quasiment les mêmes à l'exception de deux questions qui sont différentes ainsi que les tournures de phrase qui ont été adaptées aux répondants.

La limite du temps (Q1) et du nombre de personne (Q2) dans le but de préserver l'énergie du patient est en grande majorité approuvée par les familles (86% - 78%) et aucun n'a marqué son désaccord. Néanmoins, ils reconnaissent qu'avoir une grande tranche de visite permet d'éviter que le patient se sente seul (88%). Enfin, elles pensent quasiment toutes (94%) que mettre les heures de visite pendant les repas permet d'aider les patients si cela s'avère utile.

Pour l'horaire en test, 16H-19H nous pouvons voir que la majorité des gens le trouve assez long (Q5; 88%) avec une personne (2%) qui n'est pas du tout d'accord et cinq qui sont mitigées (10%). Ils trouvent également pour la plupart que c'est assez simple à intégrer à sa vie personnelle et professionnelle (Q6; 84%). Concernant le sentiment d'apaisement face à cet horaire (Q7), les réponses sont exactement les mêmes que pour la question de la durée (Q5).

Pour l'ancien horaire, les tendances statistiques s'inversent surtout pour la Q8 et Q10. La longueur des visites (Q8) n'est pas du tout suffisante pour 72% des familles, reste acceptable pour 11 personnes (22%) et semble convenir à trois personnes (6%). À nouveau les statistiques sont pratiquement les mêmes pour l'apaisement (Q10) que pour la longueur des visites à 2% près. Enfin, pour la conciliation vie privée, vie professionnelle et cet horaire, les avis (Q9) sont partagés. La majorité (52%) ne trouvent pas cela conciliable mais 34% ne sont pas de cet avis.

Tableau 6 : Statistiques descriptives des familles

| Statistiques<br>Familles (n=50)                       | Tout à fait d'accord<br>n (%) | Moyennement<br>d'accord<br>n (%) | Pas d'accord<br>n (%) |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| <b>Les visites</b>                                    |                               |                                  |                       |
| Q1                                                    | 43 (86%)                      | 7 (14%)                          | 0 (0%)                |
| Q2                                                    | 39 (78%)                      | 11 (22%)                         | 0 (0%)                |
| Q3                                                    | 44 (88%)                      | 6 (12%)                          | 0 (0%)                |
| Q4                                                    | 47 (94%)                      | 3 (6%)                           | 0 (0%)                |
| <b>Phase test 16H00-19H00</b>                         |                               |                                  |                       |
| Q5                                                    | 44 (88%)                      | 5 (10%)                          | 1 (2%)                |
| Q6                                                    | 42 (84%)                      | 7 (14%)                          | 1 (2%)                |
| Q7                                                    | 44 (88%)                      | 5 (10%)                          | 1 (2%)                |
| <b>Ancien horaire (12H30-13H00 &amp; 18H30-19H00)</b> |                               |                                  |                       |
| Q8                                                    | 3 (6%)                        | 11 (22%)                         | 36 (72%)              |
| Q9                                                    | 17 (34%)                      | 7 (14%)                          | 26 (52%)              |
| Q10                                                   | 3 (6%)                        | 12 (24%)                         | 35 (70%)              |

## V. DISCUSSION

### 5.1 Les soignants

Le point de vue des soignants a changé sur plusieurs points après l'élargissement des visites mais pas à propos de l'utilité. Néanmoins, nous pouvons tout de même dire que l'avis général tend à reconnaître une certaine utilité aux visites (moyenne de 2,44 T0 et 2,38 T1)<sup>1</sup>. De fait, les proches peuvent aider l'équipe en réalisant des soins de bases comme les soins ORL, aider pour donner à manger, distraire la personne, faire des massages, tout cela en respectant les consignes du personnel pour éviter de nuire au patient (Martin, 2010).

Concernant l'impact des visites pour les patients, l'avis des soignants est moins positif après l'élargissement des horaires. En effet la moyenne des avis diminue au T1 mais reste tout de même au-dessus de la médiane qui est de 2, score central dans notre échelle de Likert (moyenne de 2,50 T0 et 2,20 T1)<sup>1</sup>. Avec une plage horaire plus grande, il y a donc plus de risque de diminuer leur temps de repos, de leur donner plus de stress, de diminuer leur confort et de porter atteinte à l'intimité de la personne. Malgré ces risques, l'impact des visites pour les patients tend tout de même plus vers un impact positif.

Ce qui a également diminué au T1 et de manière considérable, c'est la coordination des soins. Effectivement, la moyenne chute fortement et se retrouve même en dessous de la médiane (moyenne de 2,41 T0 et 1,71 T1)<sup>1</sup>. L'élargissement des HV n'est pas idéal pour avoir une coordination des soins efficace au sein du service. Cet horaire interfère plus avec les soins infirmiers, il complique la planification de ceux-ci et il peut augmenter les distractions et donc le risque d'erreur. De plus, il y a une majoration du temps consacré aux familles notamment pour la communication d'informations mais également pour le rappel des consignes (ne pas détacher un patient intubé, ne pas sortir de la chambre, ne pas donner à manger ou à boire sans permission,...).

A l'inverse des deux autres, l'impact des visites pour les familles s'est nettement amélioré (moyenne de 1,57 T0 et 2,42 T1)<sup>1</sup> avec l'allongement des horaires. Les soignants reconnaissent que leur anxiété est moindre, qu'elles ont plus de temps à consacrer à leur proche malade et qu'elles ont le temps de poser toutes leurs questions au corps médical afin d'être rassurées.

---

<sup>1</sup> Cfr. Tableau 2 : statistiques soignants pour des variables numériques et catégorielles

Si nous regardons les autres questions de l'étude, nous pouvons voir qu'il n'y a aucun changement significatif dans l'avis des soignants après la phase test. Par contre, nous pouvons quand même constater plusieurs choses intéressantes. Les soignants partagent quasiment tous la même opinion sur le fait que ce n'est pas le patient qui doit décider du nombre de visiteurs qu'il peut avoir dans sa chambre (D3 ; moyenne 1,11 T0 et 1,09 T1)<sup>1</sup> mais il semble envisageable que cela se fasse en partenariat avec les soignants (D4 ; moyenne 2,41 T0 et 2,18 T1)<sup>1</sup>. Jusqu'à présent c'étaient les soignants qui fixaient le nombre dans le service, trois personnes maximum en chambre et par jour mais peut-être que les choses peuvent être adaptées en fonction de chaque patient avec tout de même une limite sur la journée (D5 ; moyenne 1,67 T0 et 1,41 T1)<sup>1</sup>.

Dans la littérature il est mentionné que c'est important de bien expliquer les règles définies par l'équipe, qu'elles soient précises pour éviter des ambiguïtés afin qu'elles soient respectées par tous. De plus il est bien de choisir un représentant par famille qui s'occupera de diffuser les informations sur l'état du patient aux autres, c'est pratique pour les grandes familles qui ne peuvent pas venir tous les jours quand le nombre de visiteurs est limité (Vigué & Radiguer, 2020). Comme expliqué plus haut, une charte avait été créée avec des règles claires pour veiller à ce que tout se passe le mieux possible pour les trois parties, patients, familles et soignants. Dans cette charte, il est mentionné que si les familles ne respectent pas les règles et deviennent contraignantes pour le personnel, celui-ci peut alors réduire les heures de visites. Cette situation a été exposée dans le questionnaire et une grande majorité semble en accord avec cela (D6 ; moyenne 2,89 T0 et 2,71 T1)<sup>1</sup>.

Ensuite tous sans exception pensent que les heures doivent être adaptées lorsque le patient est en fin de vie (D8 ; moyenne de 3 T0&T1)<sup>1</sup>.

Les dernières questions de l'enquête avaient pour but de savoir quel était le meilleur horaire selon les soignants, d'abord d'un point de vue uniquement personnel et ensuite du point de vue des trois groupes réunis. Il paraît clair que si le personnel ne devait penser qu'à ses propres intérêts, ce serait l'horaire le plus court qui serait retenu (PV1 versus PV2)<sup>1</sup>. Au plus court est la période de visite, au moins ils doivent consacrer de temps aux familles et au moins celles-ci ont l'opportunité d'enfreindre les règles et de façon inconsciente nuire au patient. Selon une étude en Flandres, les infirmiers admettent que les visites ont un effet bénéfique pour le patient et pour sa famille ; cependant les trois quarts ne désirent pas élargir les visites (Durand-Gasselín, 2010). La famille est pourtant importante pour le processus de guérison du patient. Par exemple certaines formes graves et aiguës de Covid19 pouvaient rendre le patient

délirant, ce qui augmente alors sa durée d'hospitalisation aux soins intensifs ainsi que son taux de mortalité. Selon plusieurs recherches, la présence des familles et l'élargissement des heures de visites ont permis de réduire ce risque de délire et d'améliorer sa santé mentale sur le long terme (Munshi et al., 2021). Il est donc évident qu' en tant qu'être humain qui s'occupe de prendre soin d'autres personnes, les malades mais également ses proches, il faut prendre en compte leurs besoins comme celui d'avoir des contacts avec ses proches. C'est donc l'horaire le plus large qui convient le mieux si les trois parties prenantes sont prises ensemble (PV4 versus PV3)<sup>1</sup>.

## 5.2 Les patients

Le point de vue des patients concernant le besoin de se reposer en comparaison avec le besoin de voir ses proches n'est pas catégorique. En effet 52% (Q1)<sup>2</sup> pensent qu'en limitant les visites ils auront plus de temps pour récupérer. Les autres répondants ne partagent pas totalement cet avis ; il s'agirait donc de faire au cas par cas, individualiser les visites car la famille fait tout de même partie des besoins essentiels du patient.

Tout comme les soignants, les patients pensent, certains plus que d'autres, qu'il est nécessaire de limiter le nombre de visiteurs sur une journée mais, dans leur cas, pour éviter de s'épuiser (Q2)<sup>2</sup>. De plus, 88% des répondants étaient en accord avec le quota de 3 personnes par jour actuellement en vigueur dans le service<sup>3</sup>.

La comparaison fictive des deux horaires démontre que les patients sont clairement en faveur de l'horaire élargi. Cela concorde avec l'avis des soignants sur l'horaire le plus adéquat pour les patients. Il offre une durée suffisante qui procure un sentiment d'apaisement chez le malade même si il pourrait être plus long pour certains. Les propositions d'horaires faites par les patients, pour ceux qui étaient encore plus long que la phase test, allaient de 4H à 24H<sup>3</sup>.

Enfin, nous avons l'affirmation avec 88%<sup>2</sup> des voix que les visites sont importantes pour les patients et font partie de leurs besoins.

---

<sup>2</sup> Cfr. Tableau 4 : Statistiques descriptives des patients

<sup>3</sup> Cfr. Tableau 3 : Données sociodémographiques et statistiques descriptives des données qualitatives des patients

## 5.3 Les familles

A l'inverse des patients, l'avis des familles est assez clair sur le besoin de laisser du temps de repos en limitant la durée ainsi que le nombre de visites<sup>4</sup>. Par ailleurs la majorité (88%) est également en accord avec la règle de 3 visiteurs par jour<sup>5</sup>.

Lors de la comparaison des deux horaires, c'est à nouveau « 16H-19H » qui remporte les préférences. Il est suffisamment long aux yeux des proches, permet de diminuer leur anxiété concernant les visites et semble assez conciliable avec la vie professionnelle et personnelle de chacun<sup>6</sup>. Certes certaines personnes voudraient davantage allonger la période pour avoir 4H voire 24H de visite mais ce n'est absolument pas la majorité<sup>5&6</sup>.

Un article mentionne aussi l'importance d'avoir un livret d'informations pour le service avec tous les renseignements importants comme les heures de visites, le noms des médecins, le numéro de téléphone du service, l'organisation de celui-ci,... Toutes ces informations permettraient de diminuer un peu le stress des familles (Vigué & Radiguer, 2020). Le carnet existait déjà avant dans le service, il a été modifié pour l'élargissement des heures de visites et quasiment la totalité des familles approuve son existence.

## 5.4 Comparaison avec la littérature

### 5.4.1 La littérature et les soignants

En Europe, la plupart des services de soins intensifs ont des heures de visites limitées pour laisser au patient des moments de repos et pour permettre aux soignants d'offrir des soins optimaux. Pourtant selon les études, ce qui conviendrait le mieux pour le besoin des patients et des familles ce serait d'avoir des visites ouvertes sans restrictions. En effet, les visites réduisent l'anxiété des patients donc diminuent également le risque de complication. Le bon fonctionnement de celles-ci dépend essentiellement des soignants, de leurs croyances et de leurs attitudes. Une étude a été réalisée en 2007 auprès des infirmiers de 17 hôpitaux flamands, ce qui représente 30 services de soins intensifs et 531 infirmiers. Parmi ces hôpitaux, tous sauf un ont des heures de visites limitées réparties sur 2 ou 3 périodes allant en général de 30 à 45 minutes et avec une restriction de 2 à 3 personnes. La majorité adapte ses horaires dans le cas d'une fin de vie et quand la famille a des difficultés pour se présenter dans les heures imparties.

---

<sup>4</sup> Cfr. Tableau 5 : Données sociodémographiques et statistiques descriptives des données qualitatives des familles

<sup>5</sup> Cfr Tableau 6 : Statistiques descriptives des familles

La plupart des infirmiers pensent également que les visites sont bénéfiques pour le patient et que les familles peuvent l'aider à interpréter certaines informations et à mieux cerner la personnalité du patient. Néanmoins, 60% pense que le confort du patient ainsi que son rétablissement ne vont pas de pair avec une ouverture complète des visites. Cela empêcherait plutôt les infirmiers de faire une prise en charge de qualité notamment à cause des interférences directes avec les soins et du temps dépensé pour donner des informations aux familles. D'autres facteurs qui poussent également à limiter les visites sont l'espace réduits des chambres, l'intimité des autres patients, la volonté de limiter le bruit au sein du service,... (Berti et al., 2007).

Une enquête réalisée quelques années plus tard, en 2010 auprès de 57 hôpitaux belges, montre encore que tous ont des heures de visites réduites. Le temps de visite varie cette fois-ci de 30 à 180 minutes mais c'est toujours 2-3 personnes maximum qui peuvent se présenter par jour (Vandijck et al., 2010).

Tout cela rejoint fortement les opinions récoltées via le questionnaire soignants, les bienfondés des visites sont reconnus mais la démarche d'ouverture reste compliquée à envisager et à entreprendre.

Les points négatifs issus de la présence des familles relevés par les infirmiers sont d'avoir constamment des visiteurs dans le service, de recevoir énormément de questions, de se sentir contrôlés, de devoir parfois se justifier sur des actes ou des traitements, de craindre une potentielle négligence de la sécurité et de l'intimité des patients (Khaleghparast et al., 2016). Ces interactions rajoutent du travail en plus et elles pourraient les distraire de leur mission première, le soin du patient. De plus dans le cas de situations familiales compliquées, les choses sont encore plus difficiles pour les soignants car il y peut y avoir des conflits à gérer (McAdam et al., 2008).

Ce qui influence considérablement le poids des visites, c'est le manque de personnel et de ressources. Un shift peut déjà être compliqué dû à l'instabilité de certains malades, si vous ajoutez à cela le manque d'un infirmier, les familles peuvent alors devenir un poids pour l'équipe et empêcher une prise en charge adéquate. Dans certains hôpitaux, il y a des personnes qui s'occupent d'accueillir les proches, de leur fournir quelques renseignements sur l'hôpital et sur les pratiques du service mais malheureusement tous ne bénéficient pas de cet avantage. C'est pourquoi le comportement des infirmiers et leur tolérance envers les familles va fortement dépendre du niveau d'activité. Si le service est très calme, les soignants seront beaucoup plus laxistes sur les règles (Farrell et al., 2005).

#### 5.4.2 La littérature et les patients & familles

Chaque famille sera différente, certaines peuvent avoir un impact négatif pour le patient dans le cas de conflits familiaux ou tout simplement être anxiogènes car elles-mêmes sont très stressées. D'autres peuvent avoir un rôle thérapeutique, elles vont complètement apaiser le patient et peuvent même faciliter la création d'un lien avec l'équipe soignante (Farrell et al., 2005 ; Vigué & Radiguer, 2020).

Plusieurs études montrent malgré tout que la plupart des proches sont un grand soutien pour les patients aux soins intensifs. Ils leur permettent de rester connectés avec la réalité et leurs donnent un sentiment de protection dans une situation justement dépourvue de tout cela. Ils ressentent le besoin d'apporter un soutien et d'être auprès du malade même si finalement, ils se sentent assez inutiles. Pour pallier à cela, il suffit simplement de leur donner quelques tâches même simples, comme les soins ORL, faire des massages, pour prendre soin de l'être aimé (Engström & Söderberg, 2004).

Pour rester un soutien et éviter de sombrer dans l'anxiété et le stress, les familles ont également besoin d'être rassurées et de recevoir des informations sur l'état de santé de leur proches. (Duizings, 2019). Or, elles ont généralement beaucoup de difficultés à comprendre tous les termes médicaux. Il est donc important de privilégier un langage simple, compréhensible, adapté à chacun et surtout qui reste cohérent. Le plus efficace est de combiner l'oral et l'écrit (comme donner un petit fascicule sur le service) et le discours médecins et infirmiers. De plus, les infirmiers sont beaucoup plus présents au chevet du patient et par conséquent de la famille. Ils ont donc la position idéale pour communiquer avec eux et surtout voir s'ils ont compris les informations reçues. Le tout n'est pas de simplement donner les informations, il faut aussi évaluer la compréhension (Scott et al., 2019). Le besoin d'être rassuré est comblé par les monitoring qui leur donnent un sentiment de sécurité ainsi que la présence des soignants à proximité car ils peuvent toujours poser des questions s'ils en ont encore après le passage du médecin. Ce qui les apaise également, c'est de pouvoir joindre le service à n'importe quel moment et quand les soignants expliquent leurs actes, pourquoi ils le font et à quoi servent les différents appareillages présents dans l'environnement du malade (Engström & Söderberg, 2004).

L'état du patient aura aussi une influence. Si celui-ci est dans le coma, sédaté ou agité, la famille aura probablement besoin de plus de soutien de la part de l'équipe (Martin, 2010).

De plus, certaines recommandations françaises expliquent l'importance d'avoir des heures de visites qui coïncident un maximum avec la vie professionnelle et personnelle. Il est nécessaire d'accorder du temps aux proches pour discuter ensemble du processus de décision concernant le patient et ce dans un lieu adapté. Au sein du service, nous avons le parloir qui est utilisé pour ce genre de discussion et il y a également une salle d'attente à l'entrée où les familles peuvent patienter pendant les soins (SRLF, 2021).

Finalement selon la littérature, lorsqu'on évalue la qualité d'un service de réanimation, il faut prendre en compte la satisfaction des familles au même titre que les soins donnés au patient. Un passage par le service de réanimation n'est pas anodin et peut avoir des conséquences pour le patient ainsi que son entourage. C'est pourquoi il est important d'avoir des heures de visites élargies afin de les recevoir dans de bonnes conditions et leur donner le temps dont elles ont besoin (Durand-Gasselin, 2010 ; Vigué & Radiguer, 2020). Il faudrait arriver à trouver un juste milieu entre des visites limitées et totalement ouvertes afin de pouvoir donner des soins de qualités tout en étant dans la compassion et l'humanité (Khaleghparast et al., 2016).

Olsen et al. (2009) affirment que les proches et le malade préfèrent avoir plusieurs plages horaires de visites réparties sur la journée. Il faudrait donc trouver un compromis qui tient compte non seulement des besoins du patient, de la famille et des soignants.

## **VI. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE**

Il existe un biais d'échantillonnage lié à l'échantillon des familles et des patients qui ne représente pas complètement la diversité de la population que nous pouvons retrouver aux soins intensifs. De ce fait la puissance statistique des réponses est limitée. En effet, seulement un petit quota d'individus a pu être interrogé, 25 patients et 50 proches. Cela demande un investissement conséquent de revenir à chaque fois dans le service pendant les heures de visites et, étant donné la charge de travail considérable dans les hôpitaux en ce moment, les autres membres de l'équipe ne voulaient pas gérer cela en plus. De plus comme expliqué précédemment, l'état du patient ne permet pas toujours d'obtenir des réponses et certaines familles ne sont pas dans une optique de s'occuper de cela quand la situation du malade est critique. En outre, les échantillons étudiés se sont limités aux soins intensifs de la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies. Ce biais ne permet pas aux résultats d'être généralisés à l'ensemble de la population.

La collecte des données pour ces deux groupes a duré environ 6 mois, ce qui limite également le nombre de répondants. Pour la réalisation de ce mémoire la période d'analyse ne pouvait pas être plus longue.

Il existe un second biais qui est celui de non-réponse. Les individus sélectionnés qui étaient les soignants du service des soins intensifs de la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies n'ont pas tous répondu aux deux questionnaires sur les visites. Pourtant plusieurs stratégies ont été utilisées pour éviter cela comme les nombreux rappels par mail, par écrit (dans le service) et oralement ainsi que la création de différents supports de réponse (questionnaires papiers dans le service et en ligne sur Google Form) pour toucher un maximum de personne et pouvoir le remplir chez soit également. Malgré ces efforts, le biais n'a pas pu être complètement éliminé donc les résultats reflètent l'avis de la plupart des soignants du service mais pas la totalité.

## VII. PERSPECTIVES

Au niveau scientifique, il serait intéressant de refaire cette étude dans d'autres services de soins intensifs en Belgique qui ont également des heures de visite limitées et ce, sur une plus longue période. Cela permettrait de comparer les avis du personnel soignant à plus grande échelle à propos de l'utilité des visites et de ses différents impacts. De plus, l'échantillon des patients et familles serait plus grand et les résultats pourraient alors probablement être généralisés.

Au niveau organisationnel au sein du service, certaines modifications sont en cours ou vont être mises en place dans les prochains mois. A la suite des résultats des différents questionnaires, les horaires ont été un peu modifiés pour que les soignants, qui reconnaissent malgré tout la nécessité des visites, puissent aussi s'y retrouver. Pour rétablir l'équilibre et après un sondage de l'équipe, les visites se font maintenant de 15H à 16H30 et de 18H à 19H30. Le but était de garder la durée totale mais séparés sur deux plages pour éviter les moments prévus pour les soins infirmiers. Par ailleurs, les visites se terminant plus tard, cela peut potentiellement faciliter l'organisation des proches pour venir après leur travail. Ensuite afin d'aider au respect des règles et d'apaiser le personnel, la charte va être affichée en plus grand dans les chambres pour qu'elle soit plus visible. Des fiches signalétiques vont également être créées et affichées en format A3 dans les chambres pour attirer l'attention des familles sur les consignes importantes à respecter et éviter ainsi de nuire au patient (ne pas détacher la personne, ne pas donner à boire ni à manger sans autorisation,...). Un carnet d'accueil sera systématiquement remis dans les fardes lors de la réfection des chambres suite au départ d'un patient pour éviter d'oublier de le donner aux familles suivantes lors de leur première venue. Enfin, une nouvelle « case » sera ajoutée aux feuilles de traitement pour noter les choses importantes à propos des familles (heures de visites particulières, heures réduites, 4 personnes autorisées,...) pour pouvoir garder une cohérence au sein de l'équipe.

D'autres perspectives peuvent être envisagées comme la mise en place d'un journal de bord pour le patient et sa famille qui serait complété par les infirmiers et kinésithérapeutes quand la charge de travail le permet. Le but serait de noter les événements importants de la journée quand le patient est inconscient afin de peut-être diminuer l'anxiété des familles, de favoriser la création d'un lien avec les soignants malgré le turn over et de les impliquer dans son parcours. A force, le journal permet aussi une meilleure compréhension des soins et aide à mieux vivre la situation. (Sfar & SRLF, 2010 ; SRLF, 2021 ; Verhaeghe, 2005).

La littérature mentionne l'utilité d'avoir une personne dédiée aux familles. Elle s'occupe des visites, donne les renseignements nécessaires mais va également les rassurer et leur apporter du soutien. Elle joue le rôle d'intermédiaire entre le service de réanimation et les familles des patients, ce qui permet de laisser plus de temps aux soignants pour s'occuper de leurs patients (Vigué & Radiguer, 2020).

Finalement, pourquoi ne pas introduire un système d'appels par vidéo conférence avec une tablette appartenant au service (un outil fortement utilisé durant le Covid19) qui pourrait être prêtée aux familles pour les personnes qui ne savent pas se présenter durant les heures de visites, qui habitent loin ou tout simplement quand le nombre maximum de visiteurs est atteint. Dans l'idée d'avoir une personne responsable des visites, il serait peut-être envisageable que celle-ci s'occupe aussi de réaliser des appels à la demande de certains proches qui ne savent pas venir. La technologie fait de plus en plus partie intégrante de notre monde donc c'est une idée dont on pourrait évaluer sa faisabilité (Tabah et al., 2022).

## VIII. CONCLUSION

Au fur et à mesure du temps, une place de plus en plus importante a été octroyée à l'entourage du patient dans les services de réanimation. Pourtant, les heures de visites restent pour la plupart assez strictes alors que la famille aide à la guérison du malade pendant son séjour hospitalier mais également à sa sortie. Il est essentiel d'intégrer la famille dans le processus de soins.

Dans le cadre de notre étude, l'objectif premier était de révéler les avantages et inconvénients perçus par toutes les parties prenantes, à savoir les soignants, les patients et les familles suite à l'élargissement des heures de visites dans le service de soins intensifs de la CSPO.

Nous avons découvert que l'impact pour les proches était globalement très positif, pour les patients également plutôt positif également avec quelques points d'attention et pour les soignants à l'inverse plutôt négatif. Les familles sont moins anxieuses, ont plus de temps avec leur proche et peuvent plus aisément discuter avec les soignants ce qui répond à leurs besoins cognitifs, sociaux et leur besoins d'apporter du soutien. Les patients sont favorables aux visites plus longues dans le but de combler leur besoin de soutien émotionnel et d'avoir des contacts familiaux mais celles-ci peuvent perturber leur besoin de confort physique (repos notamment) ainsi que le besoin d'intimité. Enfin les soignants sont quant à eux conscients de l'utilité et des bienfaits des visites mais la coordination des soins en est fortement perturbée. Ils perdent beaucoup de temps dans la communication d'informations et dans le rappels des règles ce qui augmente considérablement la charge de travail, sans parler de la pénurie actuelle d'infirmières. Tout ceci vient affecter leur besoin de se sentir bien dans leur environnement et de donner un sens à leur travail.

Le second objectif était de trouver un horaire pour le service qui harmonise au maximum les besoins de chacun.

Au vue de ces résultats, l'horaire en test (16H-19H) a donc été remodifié. Nous avons donc choisi un horaire qui garde la même durée mais qui sera séparés en deux temps (15H-16H30 & 18H-19H30). D'une part, cela permet d'éviter les heures des tours infirmiers et d'autre part cela favorise le repos du patient et le respect de son intimité. De plus, il y a aussi deux plages horaires, ce qui est recommandé. La charte a été agrandie et des fiches signalétiques ont été affichées dans les chambre pour maximiser le respect des règles pour les familles. Nous espérons que toutes ces modifications vont améliorer l'opinion des soignants à propos des visites tout en gardant les bénéfices perçus par les familles et patients.

## IX. BIBLIOGRAPHIE

ADHIKARI N.K.J., FOWLER R.A., BHAGWANJEE S., RUBENFELD G.D.(2010). « Critical care and the global burden of critical illness in adults » , *The Lancet*, 376(9749), p. 1339-1346. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)60446-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60446-1).

Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée , *M.B.*, 19 juin 1998.

ARO I., PIETILÄ A-M., VEHVILÄINEN-JULKUNEN K. (2012). « Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey » , *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), p.1847-1858. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x>.

BERTI D., FERDINANDE P., MOONS P. (2007). « Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy » , *Intensive Care Medicine*, 33(6), p. 1060-1065. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0599-x>.

BERWICK D.M., KOTAGAL M. (2004). « Restricted Visiting Hours in ICUs » , *JAMA*, 292(6), p. 736. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/jama.292.6.736>.

BLOT F., MINET M. (2004). « Un service de réanimation ouvre ses portes aux enfants » , *Rev Francoph Psycho-Oncologie*, 3(3), p. 146-150. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s10332-004-0029-z>.

CSPO. (sans date). *Un petit tour dans l'histoire de la clinique*. Disponible sur : <https://www.cspo.be/sites/default/files/Icones%20pdf/Historique.pdf>.

CSPO. (2022). *Bienvenue*. Disponible sur : [https://www.cspo.be/sites/default/files/Feuilles%20infos%20patients/Livret%20Bienvenue%202022\\_définitif\\_sanstrait.PDF](https://www.cspo.be/sites/default/files/Feuilles%20infos%20patients/Livret%20Bienvenue%202022_définitif_sanstrait.PDF)

DANIEL K.M., SMITH C.Y. (2018). « Present and future needs for nurses », *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(1), p. 1-5. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/jabr.12122>.

DAOUD A., OTHMAN A.A.E., EBOHON O.J., BAYYATI A. (2021). « Quantifying materials waste in the Egyptian construction industry: A critical analysis of rates and factors », *Ain Shams Engineering Journal*, 12(4), p. 4275-4289. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.asej.2021.02.039>.

DEGRYSE J.M. (2020). WFSP 2105 Cours introduction à l'épidémiologie. Faculté de Santé Publique UCLouvain.

DUIZINGS C. (2019). *Étude quasi-expérimentale sur l'élargissement des heures de visites en oncologie au Centre Hospitalier Régional de Liège*. Mémoire de master en sciences de la santé publique, Université de Liège, Liège.

DURAND-GASSELIN J. (2010). « Quelle place pour les familles en réanimation ? » , *Réanimation*, 19(3), p. 258-264. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2010.03.004>.

ENGSTRÖM A., SÖDERBERG S. (2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 299-308. Disponible sur: <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.05.009>

EVARD S. (2017). ) “Dans le cadre de notre projet humanisation des soins : réflexion sur la volonté d'élargir les heures de visites dans notre unité de Soins Intensifs” [Powerpoint]. Disponible sur: <https://www.chubrugmann.be/fr/news/20171205-criticalday-evrard.pdf>.

FARRELL M. B., JOSEPH D. H., SCHWARTZ-BARCOTT D. (2005). « Visiting Hours in the ICU: Finding the Balance among Patient, Visitor and Staff Needs » , *Nursing Forum*, 40(1), p. 18-28. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2005.00001.x>.

GOENEN M. (2005). Soins intensifs en Belgique. *Réanimation*, 14 (1), 21-23. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2004.09.005>.

HALIDAY H. (2018). Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels. *Éthique & Santé*, 15 (2), 118-124. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2018.03.003>

KHALEGHPARAST S., JOOLAE S., GHANBARI B., MALEKI M., PEYROVI H.,  
BAHRANI N. (2016). « A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units » , *Global Journal of Health Science*, 8(6), p. 267. Disponible sur : <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p267>.

LABBÉE D., AUCOIN S. (2020). La famille au chevet du patient en salle de réanimation : comment les infirmières le vivent-elles réellement ? *Soins d'urgence*, 1 (1), 42-47. Disponible sur : <https://aiiuq.qc.ca/wp-content/uploads/2020/05/MAI- RevueAIUQ-recherche.pdf>

LEDERER M.A., GOODE T., DOWLING J. (2005). Origins and Development: The critical care family assistance program. *Chest journal*, 128 (3), 65-75. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16174809/>.

MARTIN C. (2010). « Mieux vivre la réanimation » , *Annales Francaises D'Anesthesie Et De Réanimation*, 29(4), p. 321-330. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2010.03.001>.

MCADAM J.L., ARAI S., PUNTILLO K. (2008). « Unrecognized contributions of families in the intensive care unit » , *Intensive Care Medicine*, 34(6), p. 1097-1101. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1066-z>.

MCKINLEY S., NAGY S., STEIN-PARBURY J., BRAMWELL M., HUDSON J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing* 18, 27-36. Disponible sur: <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>

MOLTER N.C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 8 (2), p.332-339. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/253712/>

MOUSSA S. (2008). *L'alpha de Cronbach et l'estimation de son intervalle de confiance : L'étude de deux approches*. Disponible sur : [https://www.researchgate.net/profile/SalimMoussa2/publication/333308913\\_L%27alpha\\_de\\_Cronbach\\_et\\_l%27estimation\\_de\\_son\\_intervalle\\_de\\_confiance\\_L%27etude\\_de\\_deux\\_approches/links/5ce60d32458515712ebb8bb1/Lalpha-de-Cronbach-et-lestimation-de-son-intervalle-de-confiance-Letude-de-deux-approches.pdf](https://www.researchgate.net/profile/SalimMoussa2/publication/333308913_L%27alpha_de_Cronbach_et_l%27estimation_de_son_intervalle_de_confiance_L%27etude_de_deux_approches/links/5ce60d32458515712ebb8bb1/Lalpha-de-Cronbach-et-lestimation-de-son-intervalle-de-confiance-Letude-de-deux-approches.pdf).

MUNSHI L., EVANS G., RAZAK F. (2021). « Pourquoi l'interdiction des visites dans les hôpitaux durant l'actuelle pandémie de COVID-19 devrait être assouplie » , *Canadian Medical Association Journal*, 193(14), p. E505-E507. Disponible sur : <https://doi.org/10.1503/cmaj.202636-f>.

NOORDERMEER K., RIJPSTRA T. A., NEWHALL D., PELLE A. J., VAN DER MEER N. J. M. (2013). « Visiting Policies in the Adult Intensive Care Units in the Netherlands: Survey among ICU Directors » , *ISRN Critical Care*, 2013, p. 1-6. Disponible sur: <https://doi.org/10.5402/2013/137045>.

OBRINGER K., HILGENBERG C., BOOKER K.J. (2012). « Needs of adult family members of intensive care unit patients » , *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), p. 1651-1658. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x>.

OLSEN K. D., DYSVIK E., HANSEN B. S. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*, 25(4), 190-198. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2009.04.004>

POMEY M-P, GHADIRI D, KARAZIVAN P, FERNÁNDEZ N, CLAVEL N. (2015).

Patients as partners: A qualitative study of patients' engagement in their health care , *PLOS ONE*, 10 (4), p.1-19. Disponible sur: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122499>.

ROGER C., MINERVINI A., BOUSQUET P., LOUART G., CASANO F., CUVILLON A., MULLER L et al. (2010). Élargissement des plages horaires de visites dans une unité de réanimation : l'avis des proches , *Annales Francaises d'Anesthesie et de Réanimation*, 29 (6), p.431- 435. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2010.03.018>.

SCOTT P., THOMSON P., SHEPERD A. (2019). Families of patients in ICU : A Scoping review of their needs and satisfaction with care , *Nursing open*, 6, p. 698-712. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/nop2.287>.

SMIDA O., MERINO E., LEFRANT N., RUIMI L., CHAIZE M., KENTISH-BARNES et al. (2012). *Parler aux familles des patients de réanimation : ce que les infirmiers ont à dire*.

Disponible

sur: [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/parler\\_aux\\_familles\\_des\\_patients\\_de\\_reanimation\\_ce\\_que\\_les\\_infirmiers\\_ont\\_a\\_dire.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/parler_aux_familles_des_patients_de_reanimation_ce_que_les_infirmiers_ont_a_dire.pdf).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION (Sfar)., SOCIÉTÉ DE RÉANIMATION DE LANGUE FRANÇAISE (SRLF) . (2010). Mieux vivre la réanimation. *Annales Francaises d'Anesthesie Et de Réanimation*, 29 (4), p.321-330. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2010.03.001>

SOUMAGNE N., LEVRAT Q., FRASCA D., DAHYOT C., PINSARD M., DEBAENE B et al. (2011). « Enquête de satisfaction de familles de patients hospitalisés en réanimation » , *Annales Francaises D Anesthesie Et De Reanimation*, 30(12), p. 894-898. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.05.015>.

SPEYBROECK N. (2021). WESP 2104 Inférence statistique bivariée. Faculté de Santé Publique UCLouvain.

SPREEN A.E., SCHUURMANS M.J. (2011). « Visiting policies in the adult intensive care units : A complete survey of Dutch ICUs » , *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), p. 27-30. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.10.002>.

SRLF. (2016). Éthique. *Réanimation*, 25 (S1), 22-25. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s13546-015-1141-8>

SRLF. (2021). *Recommandations pour les visites des proches en réanimation*. Disponible sur : <https://www.srlf.org/article/recommandations-visites-proches-reanimation>.

TABAH A., ELHADI M., BALLARD E., CORTEGIANI A., CECCONI M., UNOKI T *et al.* (2022). « Variation in communication and family visiting policies in intensive care within and between countries during the Covid-19 pandemic: The COVISIT international survey » , *Journal of Critical Care*, 71, p. 154050. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2022.154050>.

THUNUS S. (2020). WESP 1007 Cours introduction aux théories des organisations. Faculté de Santé Publique UCLouvain.

VANDIJCK D., LABEAU S., GEERINCKX C., DE PUYDT E., BOLDERS A.C., CLAES B et al. (2010). « An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units : A multicenter survey » , *Heart & Lung*, 39(2), p. 137-146. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.06.001>.

VERHAEGHE S., DEFLOOR T., VAN ZUUREN F., DUIJNSTEE M., GRYPDONCK M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (4), 501-509. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x>

VIGUÉ B., RADIGUER F. (2020). « Dialogue avec l’entourage des patients en réanimation » , *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 24(5), p. 250-258. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2020.09.002>.

WHITTON S., PITTIGLIO L. (2011). « Critical Care Open Visiting Hours » , *Critical care nursing quarterly*, 34(4), p. 361-366. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/cnq.0b013e31822c9ab1>.

## X. ANNEXES

### Annexe 1 : Charte des familles

## Charte des familles aux soins intensifs



En tant que proches d'un patient hospitalisé aux soins intensifs (USI), vous êtes de précieux partenaires pour l'équipe soignante. Votre soutien, votre compréhension et votre présence sont essentiels pour aider et accompagner votre proche durant son hospitalisation dans notre service.

Nous vous donnons la possibilité de venir auprès de lui tous les jours entre **16H00 et 19H00**. Cependant, dans un souci de respect et de collaboration, certaines règles doivent être respectées :

-  Veuillez toujours nous prévenir de votre arrivée via la sonnette se trouvant à l'entrée de notre service.
-  Veuillez désigner, ou idéalement faire désigner par le patient, une personne référente pour l'ensemble des proches. Celle-ci s'engage à être un relais entre l'équipe soignante et la famille pour transmettre l'information.
-  Le nombre de visiteurs est limité à 3 personnes en même temps au chevet du patient.
-  Veuillez respecter le repos du patient.
-  Pour des raisons de confidentialité et d'intimité, veuillez ne pas venir nous chercher dans d'autres chambres. Nous vous demandons de ne pas rester dans le couloir ni d'attendre devant les chambres. Au besoin, vous pouvez utiliser la sonnette (bouton rouge) pour nous appeler.
-  Veuillez respecter le calme dans l'unité et évitez de multiplier les trajets dans le service.
-  Certaines mesures d'hygiène sont à respecter : la désinfection des mains dans tous les cas (avant d'entrer dans la chambre et en sortant), et parfois d'autres mesures particulières dans le cas d'un isolement. Nous sommes là pour vous renseigner.
-  Veuillez ne pas donner à boire ni à manger à votre proche sans l'accord des soignants.
-  Les soignants ont parfois besoin d'accéder rapidement et fréquemment au patient. Nous vous demanderons alors de quitter la chambre et de patienter en salle d'attente. Les soins restent notre priorité.
-  Le personnel soignant est très sollicité, nous vous demandons de faire preuve de respect et de patience. Nous voyons les alarmes et nous n'oublions pas vos appels.

En cas de non-respect de ces règles et/ou d'un comportement inadéquat, de même qu'à la demande du patient, nous pourrions être amenés à limiter les visites.

Si vous rencontrez le moindre problème dans la compréhension de la charte ou avez une requête particulière, n'hésitez pas à vous adresser au personnel soignant.

Malgré la technicité qui entoure votre proche, vous pouvez lui parler, le toucher et le rassurer. Votre présence et votre soutien lui seront d'un grand réconfort.

Nous vous remercions pour votre collaboration.

L'équipe des soins intensifs

## Annexe 2 : Environnement du patient

### L'environnement du patient aux soins intensifs



- |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 La solution hydro alcoolique est à utiliser à votre arrivée/départ                                                                                                                                  | 5 Les cathéters et perfusions sont des tuyaux placés dans un vaisseau sanguin afin d'administrer des médicaments via des pousses-seringues et de monitorer certains paramètres |
| 2 L'optiflow : permet de délivrer une grande quantité d'oxygène                                                                                                                                       | 6 L'alimentation peut se faire au moyen d'une sonde nasogastrique qui passe par le nez et arrive dans l'estomac                                                                |
| 3 Le respirateur permet de remplacer ou de soutenir la fonction respiratoire                                                                                                                          | 7 L'appareil d'hémofiltration filtre le sang afin de suppléer la fonction des reins                                                                                            |
| 4 Le monitoring permet la surveillance continue des différents paramètres vitaux (rythme cardiaque, tension artérielle, oxygénation...). L'écran de votre proche est visible partout dans le service. | 8 Matelas motorisé pour éviter les escarres                                                                                                                                    |

Ces différents appareils sont tous munis d'alarmes sonores d'intensité variable. La surveillance de celles-ci est effectuée de manière continue par le personnel soignant même si celui-ci ne se trouve pas dans la chambre.

## Annexe 3 : Carnet d'accueil pour les visiteurs

### Charte des familles aux soins intensifs

En tant que proches d'un patient hospitalisé aux soins intensifs (USI), vous êtes de précieux partenaires pour l'équipe soignante. Votre soutien, votre compréhension et votre présence sont essentiels pour aider et accompagner votre proche durant son hospitalisation dans notre service.

Nous vous donnons la possibilité de venir auprès de lui tous les jours entre **16H30 et 19H30**. Cependant, dans un souci de respect et de collaboration, certaines règles doivent être respectées :

-  Veuillez toujours nous prévenir de votre arrivée via la sonnette se trouvant à l'entrée de notre service.
-  Veuillez désigner, ou idéalement faire désigner par le patient, une personne référente pour l'ensemble des proches. Celle-ci s'engage à être un relais entre l'équipe soignante et la famille pour transmettre l'information.
-  Le nombre de visiteurs est limité à 3 personnes en même temps au chevet du patient.
-  Veuillez respecter le repos du patient.
-  Pour des raisons de confidentialité et d'intimité, veuillez ne pas venir nous chercher dans d'autres chambres. Nous vous demandons de ne pas rester dans le couloir ni d'attendre devant les chambres. Au besoin, vous pouvez utiliser la sonnette (bouton rouge) pour nous appeler.
-  Veuillez respecter le calme dans l'unité et évitez de multiplier les trajets dans le service.
-  Certaines mesures d'hygiène sont à respecter : la désinfection des mains dans tous les cas (avant d'entrer dans la chambre et en sortant), et parfois d'autres mesures particulières dans le cas d'un isolement. Nous sommes là pour vous renseigner.
-  Veuillez ne pas donner à boire ni à manger à votre proche sans l'accord des soignants.
-  Les soignants ont parfois besoin d'accéder rapidement et fréquemment au patient. Nous vous demandons alors de quitter la chambre et de patienter en salle d'attente. Les soins restent notre priorité.
-  Le personnel soignant est très sollicité, nous vous demandons de faire preuve de respect et de patience. Nous voyons les alarmes et nous n'oublions pas vos appels.

En cas de non-respect de ces règles et/ou d'un comportement inadéquat, de même qu'à la demande du patient, nous pourrions être amenés à limiter les visites.  
Si vous rencontrez le moindre problème dans la compréhension de la charte ou avez une requête particulière, n'hésitez pas à vous adresser au personnel soignant.  
Malgré la technicité qui entoure votre proche, vous pouvez lui parler, le toucher et le rassurer. Votre présence et votre soutien lui seront d'un grand réconfort.

Nous vous remercions pour votre collaboration.

L'équipe des soins intensifs

### Service de soins intensifs

Route 699



Dr. M. Vinetti - Chef de service  
Dr. N. De Schryver  
Dr. B. Gressens  
Dr. N. Parisi  
Dr. E. Ponzetto  
Dr. N. Serck

Mme S. Pirson - Infirmière chef  
Mme M. Daniluk - Infirmière chef-adjointe  
M. M. Waterkeyn - Infirmier chef-adjoint

**Visites:**  
16H30 – 19H30

**Visites –  
Permanence médicale:**  
16H30-18H00

**Téléphone:**  
24H/24H  
010/43.72.51

**Service social:**  
010/43.72.02

**Service médiation :**  
010/43.67.16

### Comment obtenir des nouvelles ?

Madame, Monsieur,

Un de vos proches est hospitalisé dans l'unité de Soins Intensifs. Il est normal que vous soyez inquiets par ce nouvel environnement. Ce carnet vise à vous apporter quelques informations. Toute notre équipe est là pour vous informer, vous épauler et répondre à vos questions.

Vous pouvez joindre le service 24H/24H, l'infirmière responsable de votre proche pourra vous donner certaines informations. Toutefois, celles-ci seront limitées et strictement réservées à la famille proche afin de préserver le secret médical.

Nous sommes généralement très occupés donc le temps que nous passons au téléphone diminue notre temps auprès des patients, c'est pourquoi nous vous demandons de désigner une personne référente qui se chargera de nous contacter et de relayer les informations au reste de la famille.

### Comment se déroulent les visites ?

Nous vous demandons de respecter scrupuleusement les heures de visite. En cas d'empêchement exceptionnel, veuillez prendre contact avec l'infirmier(e).

Il est possible que vous deviez attendre avant d'être autorisé à entrer dans l'unité, il y a parfois des imprévus ou des examens qui mobilisent notre personnel soignant. Nous viendrons vous chercher en salle d'attente dès que possible.

Dans certaines situations, les enfants peuvent venir en visite. Veuillez pour cela prendre contact avec l'infirmier(e) afin d'organiser un accompagnement adéquat.

### Votre proche et son environnement :

De nombreux appareils entourent le patient pour le surveiller et ceux-ci sont pour la plupart munis d'alarmes sonores d'intensité variable. La surveillance de celles-ci est effectuée de manière continue par le personnel même si celui-ci ne se trouve pas dans la chambre. Lorsqu'une alarme se déclenche, soyez assurés que les soignants sont au courant et y répondront dans les plus brefs délais.

Dans certains cas, le patient reçoit des antidouleurs puissants, des calmants ou des anesthésiants pour améliorer son confort et sa sécurité. Il est donc parfois nécessaire d'utiliser une contention (attacher les poignets par exemple) pour protéger votre proche lors de réaction transitoire de confusion ou d'agitation. En retirant certains appareillages, il risque de se mettre en danger.

### Soutenir votre proche

Dans certaines circonstances, la communication est difficile, cependant n'hésitez pas à toucher votre proche car, même confus ou inconscient, il peut percevoir votre présence qui ne pourrait que l'apaiser, le soulager et le réconforter.

Effets personnels à prévoir :

- Savon liquide
- Déodorant, eau de Cologne
- Brosse ou peigne
- Brosse à dent et dentifrice
- Rasoir électrique ou jetable
- Prothèses dentaires ou auditives

## Annexe 4 : Questionnaire de l'hôpital Érasme

### Questionnaire relatif aux heures de visite

Cher(e)s collègues, cher(e)s ami(e)s,

L'équipe de projet des soins intensifs travaille actuellement sur les heures de visite des patients admis dans nos unités de soins intensifs. De plus en plus d'endroits proposent un élargissement des heures de visite. Cet élargissement des visites a un impact positif sur le patient et sa famille. Toutefois, à nos yeux, élargissement des heures n'est pas synonyme de travailler sans aucune règle ou limite et n'implique pas non plus une présence permanente de proches dans la chambre du patient. Les règles déjà en vigueur actuellement (soins stériles, intimité du patient et de tous les patients...) restent évidemment de mise.

Il nous semble important de recueillir vos avis sur ce sujet. C'est pourquoi, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire. Nous garantissons bien entendu l'anonymat des réponses. Le questionnaire vous prendra environ 10 minutes pour le compléter.

Nous vous remercions d'avance

L'équipe de projet des soins intensifs

|                                     |                                                            |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Données socio démographiques</b> |                                                            |
| Sexe                                | <input type="checkbox"/> Féminin                           |
|                                     | <input type="checkbox"/> Masculin                          |
| Age                                 | ..... Années                                               |
| Années d'expérience à l'USI         | ..... Années                                               |
| Fonction :                          | <input type="checkbox"/> Infirmier                         |
|                                     | <input type="checkbox"/> Médecin                           |
|                                     | <input type="checkbox"/> Aide-soignant                     |
|                                     | <input type="checkbox"/> Kiné                              |
|                                     | <input type="checkbox"/> Secrétaire/personnel de l'accueil |
|                                     | <input type="checkbox"/> Autre : .....                     |
| Horaire de travail :                | <input type="checkbox"/> Jour                              |
|                                     | <input type="checkbox"/> Nuit                              |
|                                     | <input type="checkbox"/> Jour et nuit                      |
| Régime de travail hebdomadaire :    | <input type="checkbox"/> Temps plein                       |
|                                     | <input type="checkbox"/> Temps partiel                     |
|                                     | Si temps partiel : .....h/sem                              |
| Dans quelle USI travaillez-vous ?   | .....                                                      |

Veillez cocher pour chaque item votre degré d'accord ou de désaccord correspondant au mieux à votre perception.



| <b>Effets des visites sur le patient, la famille et l'organisation des soins</b> |                                                                                                                   |                                 |                          |                                    |                          |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|                                                                                  | <b>Items</b>                                                                                                      | <b>Tout à fait en désaccord</b> | <b>en désaccord</b>      | <b>ni d'accord ni en désaccord</b> | <b>d'accord</b>          | <b>Tout à fait d'accord</b> |
| 1                                                                                | Les visites ont un effet bénéfique sur le patient                                                                 | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 2                                                                                | Les visites empêchent le repos des patients                                                                       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 3                                                                                | Les visites causent un stress physiologique aux patients (hypertension, tachycardie, polypnée, ...)               | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 4                                                                                | Les visites sont associées à un risque d'altération hémodynamique                                                 | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 5                                                                                | Un élargissement des heures de visite est important pour le rétablissement des patients                           | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 6                                                                                | Les visites causent un stress psychologique aux patients                                                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 7                                                                                | Les visiteurs peuvent aider le patient à mieux comprendre les informations                                        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 8                                                                                | Un élargissement des heures de visite porte atteinte à l'intimité du patient                                      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 9                                                                                | Un élargissement des heures de visite apporte plus de confort aux patients                                        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 10                                                                               | Un élargissement des heures de visite diminue l'anxiété des familles                                              | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 11                                                                               | Un élargissement des heures de visite fatigue les familles car elles se sentent forcées de rester près du patient | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 12                                                                               | Un élargissement des heures de visite interfère avec les soins.                                                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 13                                                                               | Un élargissement des heures de visite rend les infirmiers nerveux car ils ont peur de faire une erreur            | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 14                                                                               | Un élargissement des heures de visite fait en sorte que les infirmiers se sentent contrôlés                       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 15                                                                               | Un élargissement des heures de visite entrave une planification adéquate des soins                                | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| 16                                                                               | Un élargissement des heures de visite entrave les moments de détente entre soignants                              | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

|    |                                                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17 | Un élargissement des heures de visite fait en sorte que les infirmiers prennent plus de temps pour fournir des informations aux familles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Un élargissement des heures de visite augmente le risque d'erreur                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Les visites sont un soutien utile pour les soignants                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Un élargissement des heures de visite contribue à l'amélioration des soins centrés sur le patient                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Veuillez cocher pour chaque item votre degré d'accord ou de désaccord correspondant au mieux à votre perception.

| Attitudes envers les visites |                                                                                                                   |                          |                          |                             |                          |                          |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Items                        |                                                                                                                   | Fortement en désaccord   | en désaccord             | ni d'accord ni en désaccord | d'accord                 | fortement d'accord       |
| 21                           | Les visites peuvent être ouvertes à chacun en accord avec le patient                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22                           | Le nombre de visiteurs dans un intervalle de 24h ne doit pas être limité                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24                           | La durée des visites ne doit pas être limitée                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26                           | Le nombre de personnes visitant le patient en même temps ne doit pas être limité                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27                           | Un élargissement des heures de visite doit être effectuée dans notre unité                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28                           | Des heures de visite strictes doivent être adaptées lorsque la famille a des difficultés à respecter la politique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29                           | Des heures de visite strictes doivent être adaptées lorsque le patient a des besoins émotionnels                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30                           | Quand le patient est capable, il/elle peut décider de la durée, du moment, et du nombre de visiteurs              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|    |                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | La politique relative aux heures de visite doit être adaptée en fonction de la culture/origine ethnique du patient | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 | L'heure stricte de début est importante mais la durée des visites peut être flexible                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 | La politique relative aux heures de visite doit être flexible durant les premières 24h                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 | La politique relative aux heures de visite doit être adaptée lorsque le patient est mourant                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Annexe 5 : Questionnaire pour les soignants

Modèle de visite  
12H30-13H00 & 18H30-19H



### Questionnaire d'évaluation sur les heures de visite dans notre service de soins intensifs : Soignants

Cher(e)s collègues,

Comme certains le savent déjà, je fais mon mémoire sur la problématique des heures de visite dans notre service de soins intensifs. Mon sujet est en lien avec l'essai d'élargissement des heures de visite que nous allons bientôt mettre en place. Dans cette optique, j'ai créé un rapide questionnaire à remplir une première fois avant le test et une seconde fois après afin de récolter vos avis et savoir quel horaire convient le mieux à notre service.

L'analyse se fait sur l'horaire de visite en vigueur pour l'instant; 12H30 - 13H & 18H30 - 19H.  
Les questionnaires seront anonymes.

Merci d'avance

Alison et la team projet « visites »

#### Informations personnelles

|                                  |                                        |  |
|----------------------------------|----------------------------------------|--|
| Sexe                             | <input type="checkbox"/> Féminin       |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> Masculin      |  |
| Age                              | ..... Années                           |  |
| Années d'expérience à l'USI      | ..... Années                           |  |
| Fonction :                       | <input type="checkbox"/> Infirmier     |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> Médecin       |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> Aide-soignant |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> Kiné          |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |  |
| Horaire de travail :             | <input type="checkbox"/> Jour          |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> Nuit          |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> Jour et nuit  |  |
| Régime de travail hebdomadaire : | <input type="checkbox"/> Temps plein   |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> Temps partiel |  |
|                                  | Si temps partiel : .....%              |  |

Modèle de visite  
12H30-13H00 & 18H30-19H

L'utilité des visites de manière générale :  
merci d'entourer la réponse avec laquelle vous êtes le plus en accord.

| Items                                                                                                                                        | Tout à fait d'accord | Moyennement d'accord | Pas d'accord |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| Les visites sont généralement bénéfiques pour le patient                                                                                     | 3                    | 2                    | 1            |
| Les visites sont importantes pour le rétablissement du patient                                                                               | 3                    | 2                    | 1            |
| Les proches peuvent aider les patients à mieux comprendre certaines informations                                                             | 3                    | 2                    | 1            |
| Les proches peuvent aider les patients qui ont été inconscients à se resituer dans le temps                                                  | 3                    | 2                    | 1            |
| Les proches peuvent aider lors des repas quand cela est nécessaire                                                                           | 3                    | 2                    | 1            |
| Les proches peuvent aider pour certains soins de base (bain de bouche/brossage des dents, peigner les cheveux, raser, mettre de la crème...) | 3                    | 2                    | 1            |
| Les visites sont un soutien pour les soignants                                                                                               | 3                    | 2                    | 1            |

Modèle de visite  
12H30-13H00 & 18H30-19H

Évaluation du système de visite déjà en place :  
merci d'entourer la réponse avec laquelle vous êtes le plus en accord.

| Items                                                                                                                                                          | Tout à fait d'accord | Moyennement d'accord | Pas d'accord |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| Cet horaire de visite laisse du temps au patient pour se reposer                                                                                               | 3                    | 2                    | 1            |
| Les visites causent un stress physiologique au patient (hypertension, tachycardie, polypnée,...)                                                               | 3                    | 2                    | 1            |
| Cet horaire de visite permet de préserver l'intimité du patient                                                                                                | 3                    | 2                    | 1            |
| Cet horaire de visite apporte du confort au patient                                                                                                            | 3                    | 2                    | 1            |
| Cet horaire de visite diminue l'anxiété des familles                                                                                                           | 3                    | 2                    | 1            |
| Cet horaire de visite permet aux familles de mieux profiter des moments avec leurs proches sans qu'elles se sentent forcées de rester pendant plusieurs heures | 3                    | 2                    | 1            |
| Cet horaire de visite n'interfère pas avec les soins infirmiers (les heures des tours)                                                                         | 3                    | 2                    | 1            |
| Cet horaire de visite n'empêche pas une planification adéquate des soins                                                                                       | 3                    | 2                    | 1            |
| Cet horaire permet aux soignants de travailler sans pression et n'entraîne pas d'erreur                                                                        | 3                    | 2                    | 1            |
| Cet horaire permet aux soignants de travailler sans distraction lors des soins et n'entraîne pas d'erreur                                                      | 3                    | 2                    | 1            |
| Les soignants ne se sentent pas contrôlés par les familles lors de leurs soins                                                                                 | 3                    | 2                    | 1            |
| Les soignants ne perdent pas de temps dans la communication d'informations aux familles durant les heures de visite                                            | 3                    | 2                    | 1            |
| Cet horaire de visite ne permet pas aux médecins présents la journée de                                                                                        |                      |                      |              |

Modèle de visite  
12H30-13H00 & 18H30-19H

|                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| se répartir les informations à donner aux différentes familles donc il augmente la charge de travail du médecin de garde                                                                                    | 3 | 2 | 1 |
| Cet horaire de visite donne assez de temps au médecin pour voir toutes les familles correctement (en leur donnant le temps dont elles ont besoin)                                                           | 3 | 2 | 1 |
| Ces heures de visite ne perturbent pas les moments de détente des soignants (quand c'est possible d'en avoir)                                                                                               | 3 | 2 | 1 |
| Généralement, les familles respectent cet horaire de visite (arrivée et départ)                                                                                                                             | 3 | 2 | 1 |
| Les familles respectent les consignes données par les soignants (et le carnet), ne font rien sans avoir demandé la permission (exemple : détacher un intubé, donner à manger à un patient encore à jeun...) | 3 | 2 | 1 |
| En dehors des visites, les familles appellent pour avoir des nouvelles (au téléphone) au minimum deux fois par jour                                                                                         | 3 | 2 | 1 |
| La plupart du temps, il y a au moins deux personnes différentes de la famille qui appellent chaque jour pour avoir des informations par téléphone à propos d'un proche                                      | 3 | 2 | 1 |

Modèle de visite  
12H30-13H00 & 18H30-19H

Les visites de manière générale :  
merci d'entourer la réponse avec laquelle vous êtes le plus en accord.

| Items                                                                                                                                                                  | Tout à fait d'accord | Moyennement d'accord | Pas d'accord |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| Le nombre de visiteurs présents en même temps dans la chambre du patient ne doit pas être limité par les soignants mais par le patient uniquement                      | 3                    | 2                    | 1            |
| Le nombre de visiteurs présents en même temps dans la chambre du patient doit être limité par les soignants et le patient (ensemble)                                   | 3                    | 2                    | 1            |
| Le nombre de visiteurs dans un intervalle de 24H ne doit pas être limité                                                                                               | 3                    | 2                    | 1            |
| Pour les familles qui ne respectent pas les règles et qui posent un problème aux yeux de l'équipe, les heures de visites doivent être strictes et réduites (18H30-19H) | 3                    | 2                    | 1            |
| Un autre horaire de visite peut être de manière exceptionnelle proposé aux familles qui ne savent absolument pas venir dans les heures imparties                       | 3                    | 2                    | 1            |
| La politique relative aux heures de visite doit être adaptée lorsque le patient est en fin de vie                                                                      | 3                    | 2                    | 1            |
| Pour vous, c'est l'horaire de visite 12H30-13H00 & 18H30-19H00 qui convient le mieux (point de vue soignant seulement)                                                 | 3                    | 2                    | 1            |
| Pour vous, c'est l'horaire de visite 12H30-13H00 & 18H30-19H00 qui convient le mieux (point de vue patient-famille-soignant)                                           | 3                    | 2                    | 1            |
| Pour vous, c'est l'horaire de visite 16H00-19H00 qui convient le mieux (point de vue soignant seulement)                                                               | 3                    | 2                    | 1            |
| Pour vous, c'est l'horaire de visite 16H00-19H00 qui convient le mieux (point de vue patient-famille-soignant)                                                         | 3                    | 2                    | 1            |

## Annexe 6 : Questionnaire pour les patients

Heures de visite en vigueur  
16H00-19H00



### Questionnaire d'évaluation sur les heures de visite dans notre service de soins intensifs : Patients

Merci d'entourer la réponse qui vous correspond ou de répondre sur les pointillés

Quel est votre tranche d'âge ?

moins de 20 ans      20-30 ans      31-40 ans      41-50 ans      51-60 ans      plus de 60 ans

Depuis combien de jours êtes-vous hospitalisé aux soins intensifs ?

1 – 5      6 – 8      9-11      12-14      plus de 14 jours

Lors des visites, il peut y avoir maximum 3 personnes par jour, trouvez-vous cela suffisant ?

Oui – Non

Sinon combien ? .....

Pourquoi ? .....

Merci d'entourer la réponse avec laquelle vous êtes le plus en accord.

Voici une liste d'avantages et d'inconvénients sur le fait de limiter les heures de visite (16H00-19H00) ainsi que le nombre de personnes en même temps dans la chambre.

| Items                                                                                                                                       | Tout à fait d'accord | Moyennement d'accord | Pas d'accord |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| Limiter le temps de visite vous laisse la possibilité pour vous reposer                                                                     | 3                    | 2                    | 1            |
| Un nombre de personne limité par jour évite de vous épuiser                                                                                 | 3                    | 2                    | 1            |
| Au plus la tranche horaire est grande, au plus cela laisse l'opportunité à vos proches de venir donc moins de risque de vous sentir seul(e) | 3                    | 2                    | 1            |
| Les visites durant les repas permettent aux familles d'aider pour donner à manger aux patients (quand cela est nécessaire)                  | 3                    | 2                    | 1            |

Heures de visite en vigueur  
16H00-19H00

Merci d'entourer la réponse avec laquelle vous êtes le plus en accord ou de répondre sur les pointillés

Nous allons comparer notre ancien horaire de visite et le nouvel horaire qui est actuellement en phase d'essai. Vous n'avez probablement jamais vécu notre ancien horaire de visite mais vous pouvez vous projeter pour répondre aux questions.

| Items                                                                                   | Tout à fait d'accord | Moyennement d'accord | Pas d'accord |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| <i>Phase test: visite 16H00-19H00</i>                                                   |                      |                      |              |
| Est-ce suffisamment long pour vous ?                                                    | 3                    | 2                    | 1            |
| Est-ce que vous vous sentez apaisé avec cette plage horaire ?                           | 3                    | 2                    | 1            |
| Les visites ne sont pas importantes pour vous donc la plage horaire ne vous affecte pas | 3                    | 2                    | 1            |
| <i>Ancien horaire : visite 12H30-13H00 &amp; 18H30-19H00</i>                            |                      |                      |              |
| Est-ce suffisamment long pour vous ?                                                    | 3                    | 2                    | 1            |
| Est-ce que vous vous sentez apaisé avec cette plage horaire ?                           | 3                    | 2                    | 1            |
| Est-ce que cela vous convient que les visites soient principalement pendant les repas ? | 3                    | 2                    | 1            |

Selon vous, quelle serait la meilleure tranche horaire pour les visites ?

.....

## Annexe 7 : Questionnaire pour les familles

Heures de visite en vigueur  
16H00-19H00



### Questionnaire d'évaluation sur les heures de visite dans notre service de soins intensifs : Familles

Merci d'entourer la réponse qui vous correspond ou de répondre sur les pointillés

Quel est votre tranche d'âge ?

moins de 20 ans      20-30 ans      31-40 ans      41-50 ans      51-60 ans      plus de 60 ans

Depuis combien de jours votre proche est-il hospitalisé aux soins intensifs ?

1 – 5      6 – 8      9-11      12-14      plus de 14 jours

Quel est l'état de conscience de votre proche ?

dans le coma      conscient mais incapable de parler      conscient et capable de parler

Quel est votre lien de parenté avec le patient hospitalisé aux soins intensifs ?

Epoux/Epouse      Compagnon/Compagne      Fils/Fille      Frère/Sœur      Beau-père/Belle-mère  
Ami      Autre : .....

Lors des visites vous pouvez être maximum 3 par jour, trouvez-vous cela suffisant ?

Oui – Non      Sinon combien ? .....  
Pourquoi ? .....

Vous avez reçu un petit carnet explicatif sur notre service. Est-ce que vous trouvez ce carnet utile ?

Oui – Non      Pourquoi ? .....

Autres informations souhaitées ? .....

Merci d'entourer la réponse avec laquelle vous êtes le plus en accord.

Voici une liste d'avantages et d'inconvénients sur le fait de limiter les heures de visite (16H00-19H00) ainsi que le nombre de personnes en même temps dans la chambre.

| Items                                                                                                                                          | Tout à fait d'accord | Moyennement d'accord | Pas d'accord |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| Limiter le temps de visite laisse du temps au patient pour se reposer                                                                          | 3                    | 2                    | 1            |
| Un nombre de personne limité par jour évite d'épuiser le patient                                                                               | 3                    | 2                    | 1            |
| Au plus la tranche horaire est grande, au plus cela laisse l'opportunité aux proches de venir donc moins de risque de solitude pour le patient | 3                    | 2                    | 1            |
| Les visites durant les repas permettent aux familles d'aider pour donner à manger aux patients (quand cela est nécessaire)                     | 3                    | 2                    | 1            |

Heures de visite en vigueur  
16H00-19H00

Merci d'entourer la réponse avec laquelle vous êtes le plus en accord ou de répondre sur les pointillés

Nous allons comparer notre ancien horaire de visite et le nouvel horaire qui est actuellement en phase d'essai. Vous n'avez probablement jamais vécu notre ancien horaire de visite mais vous pouvez essayer de vous projeter pour répondre aux questions.

| Items                                                                                      | Tout à fait d'accord | Moyennement d'accord | Pas d'accord |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| <i>Phase test : visite 16H00-19H00</i>                                                     |                      |                      |              |
| Est-ce suffisamment long pour vous ?                                                       | 3                    | 2                    | 1            |
| Est-ce facilement conciliable avec votre vie personnelle et professionnelle ?              | 3                    | 2                    | 1            |
| Est-ce que vous vous sentez apaisé avec cette plage horaire pour venir voir votre proche ? | 3                    | 2                    | 1            |
| <i>Ancien horaire : visite 12H30-13H00 &amp; 18H30-19H00</i>                               |                      |                      |              |
| Est-ce suffisamment long pour vous ?                                                       | 3                    | 2                    | 1            |
| Est-ce facilement conciliable avec votre vie personnelle et professionnelle ?              | 3                    | 2                    | 1            |
| Est-ce que vous vous sentez apaisé avec cette plage horaire pour venir voir votre proche ? | 3                    | 2                    | 1            |

Selon vous, quelle serait la meilleure tranche horaire pour les visites ?

.....

## Annexe 8 : Accord directeur général

### RE: Projet visite USI - questionnaires

PIERRE Philippe <philippe.pierre@cspo.be>

Jeu 05-05-22 18:01

À : VAN MARCKE DE LUMMEN Alison <Alison.VANMARCKEDELUMMEN@cspo.be>; SERONT Myriam <myriam.seront@cspo.be>

Cc : SERCK Nicolas <Nicolas.SERCK@cspo.be>; PIRSON Sandrine <sandrine.pirson@cspo.be>

Bonjour,

Pour accord

Philippe Pierre

---

**De :** VAN MARCKE DE LUMMEN Alison <Alison.VANMARCKEDELUMMEN@cspo.be>

**Envoyé :** mercredi 4 mai 2022 16:03

**À :** SERONT Myriam <myriam.seront@cspo.be>; PIERRE Philippe <philippe.pierre@cspo.be>

**Cc :** SERCK Nicolas <Nicolas.SERCK@cspo.be>; PIRSON Sandrine <sandrine.pirson@cspo.be>

**Objet :** Projet visite USI - questionnaires

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de santé publique, j'ai choisi de travailler sur un projet déjà existant dans notre service de soins intensifs ; " l'élargissement de nos heures de visites" et dirigé par le Docteur Serck.

Nous allons bientôt démarrer la période d'essai avec les nouvelles heures de visites (16H30-19H30) et pour ce faire j'ai réalisé plusieurs questionnaires à distribuer aux soignants de notre service, aux familles et aux patients conscients. Le but de ces questionnaires est premièrement d'évaluer notre ancien horaire de visite et le nouveau, selon le point de vue des soignants. Deuxièmement, les autres questionnaires vont permettre d'apporter un point de vue en plus, non négligeable, pour pouvoir choisir l'horaire qui convient le mieux à notre service.

Je vous met les questionnaires en pièce jointe afin d'avoir votre accord avant de les distribuer.

Merci d'avance,  
Bien à vous,

## Annexe 9 : Accord direction du département infirmier

### RE: Projet visite USI - questionnaires

SERONT Myriam <myriam.seront@cspo.be>

Ven 06-05-22 15:26

À : VAN MARCKE DE LUMMEN Alison <Alison.VANMARCKEDELUMMEN@cspo.be>

Cc : SERCK Nicolas <Nicolas.SERCK@cspo.be>; PIRSON Sandrine <sandrine.pirson@cspo.be>; PIERRE Philippe <philippe.pierre@cspo.be>; GENET Magali <magali.genet@cspo.be>

Bonjour Alison,

Je marque mon accord.

C'est un beau sujet de mémoire, utile qui plus est.

Je vous souhaite pleine réussite dans votre projet.

Bien à vous,



**Myriam SERONT**

*Directrice*

**Département Infirmier**

**CLINIQUE ST-PIERRE**

Avenue Reine Fabiola 9

1340 OTTIGNIES

[myriam.seront@cspo.be](mailto:myriam.seront@cspo.be)

+32 (10) 43 7358

---

**De :** VAN MARCKE DE LUMMEN Alison <Alison.VANMARCKEDELUMMEN@cspo.be>

**Envoyé :** mercredi 4 mai 2022 16:03

**À :** SERONT Myriam <myriam.seront@cspo.be>; PIERRE Philippe <philippe.pierre@cspo.be>

**Cc :** SERCK Nicolas <Nicolas.SERCK@cspo.be>; PIRSON Sandrine <sandrine.pirson@cspo.be>

**Objet :** Projet visite USI - questionnaires

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de santé publique, j'ai choisi de travailler sur un projet déjà existant dans notre service de soins intensifs ; " l'élargissement de nos heures de visites" et dirigé par le Docteur Serck.

Nous allons bientôt démarrer la période d'essai avec les nouvelles heures de visites (16H30-19H30) et pour ce faire j'ai réalisé plusieurs questionnaires à distribuer aux soignants de notre service, aux familles et aux patients conscients. Le but de ces questionnaires est premièrement d'évaluer notre ancien horaire de visite et le nouveau, selon le point de vue des soignants. Deuxièmement, les autres questionnaires vont permettre d'apporter un point de vue en plus, non négligeable, pour pouvoir choisir l'horaire qui convient le mieux à notre service.

Je vous met les questionnaires en pièce jointe afin d'avoir votre accord avant de les distribuer.

## Annexe 10 : Code book pour les statistiques soignants

### Codebook|statistiques soignants

**Temps** : Quel horaire de visite est évalué ?

1 : Premier horaire 12H30-13H & 18H30-19H00

2 : Deuxième horaire 16H00-19H00

**Sexe** : 0 : Féminin

1 : Masculin

**Age** en années

**Années d'expériences** en années

**Fonction** : 1 : Infirmier

2 : Médecin

3 : Aide-soignant

4 : Kiné

**Horaire de travail** : 1 : Jour

2 : Nuit

3 : Jour et nuit

**Régime de travail** : 1 : Temps plein

2 : Temps partiel 50 %

3 : Temps partiel 70 %

4 : Temps partiel 75 %

5 : Temps partiel 80 %

**Échelle de Likert** : 1 : Pas d'accord

2 : Moyennement d'accord

3 : Tout à fait d'accord

Regroupement des différentes questions sous différents concepts (numérique)

→ moyennes par concept avec fiabilité Cronbach alpha



| <b>U_Total</b>   | <b>Utilité des visites de manière générale (moyenne des 5 composantes)</b>                                                                                                                       |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| U1               | Les proches peuvent aider les patients à mieux comprendre certaines informations                                                                                                                 |
| U2               | Les proches peuvent aider les patients qui ont été inconscients à se resituer dans le temps                                                                                                      |
| U3               | Les proches peuvent aider lors des repas quand cela est nécessaire                                                                                                                               |
| U4               | Les proches peuvent aider pour certains soins de base (bain de bouche/brossage des dents, peigner les cheveux, raser, mettre de la crème...)                                                     |
| U5               | Les visites sont un soutien pour les soignants                                                                                                                                                   |
| <b>IVP_Total</b> | <b>Impact des visites pour les patients (moyenne des 6 composantes)</b>                                                                                                                          |
| IVP 1            | Les visites sont généralement bénéfiques pour le patient                                                                                                                                         |
| IVP 2            | Les visites sont importantes pour le rétablissement du patient                                                                                                                                   |
| IVP 3            | Cet horaire de visite laisse du temps au patient pour se reposer                                                                                                                                 |
| IVP 4            | Les visites causent un stress physiologique au patient (hypertension, tachycardie, polypnée,...)                                                                                                 |
| IVP 5            | Cet horaire de visite permet de préserver l'intimité du patient                                                                                                                                  |
| IVP 6            | Cet horaire de visite apporte du confort au patient                                                                                                                                              |
| <b>IVF_Total</b> | <b>Impact des visites pour les familles (moyenne des 4 composantes)</b>                                                                                                                          |
| IVF 1            | Cet horaire de visite diminue l'anxiété des familles                                                                                                                                             |
| IVF 2            | Cet horaire de visite permet aux familles de mieux profiter des moments avec leurs proches sans qu'elles se sentent forcées de rester pendant plusieurs heures                                   |
| IVF 3            | Cet horaire de visite donne assez de temps aux médecins pour voir toutes les familles correctement (en leur donnant le temps dont elles ont besoin)                                              |
| IVF 4            | Cet horaire de visite ne permet pas aux médecins présents la journée de se répartir les informations à donner aux différentes familles donc il augmente la charge de travail du médecin de garde |
| <b>CDS_Total</b> | <b>Coordination des soins (moyenne des 9 composantes)</b>                                                                                                                                        |
| CDS 1            | Cet horaire de visite n'interfère pas avec les soins infirmiers (les heures des tours)                                                                                                           |
| CDS 2            | Cet horaire de visite n'empêche pas une planification adéquate des soins                                                                                                                         |

|       |                                                                                                                                                                                                             |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CDS 3 | Cet horaire permet aux soignants de travailler sans pression et n'entraîne pas d'erreur                                                                                                                     |
| CDS 4 | Cet horaire permet aux soignants de travailler sans distraction lors des soins et n'entraîne pas d'erreur                                                                                                   |
| CDS 5 | Les soignants ne se sentent pas contrôlés par les familles lors de leurs soins                                                                                                                              |
| CDS 6 | Les soignants ne perdent pas de temps dans la communication d'informations aux familles durant les heures de visite                                                                                         |
| CDS 7 | Ces heures de visite ne perturbent pas les moments de détente des soignants (quand c'est possible d'en avoir)                                                                                               |
| CDS 8 | Généralement, les familles respectent cet horaire de visite (arrivée et départ)                                                                                                                             |
| CDS 9 | Les familles respectent les consignes données par les soignants (et le carnet), ne font rien sans avoir demandé la permission (exemple : détacher un intubé, donner à manger à un patient encore à jeun...) |

**NB :** Au plus la moyenne des différentes composantes d'un même concept se rapproche d'un score de 3, au plus l'impact sera positif, l'utilité sera affirmée ou la coordination des soins sera efficace. Et à l'inverse, au plus le score se rapproche de 1, au plus l'impact sera négatif, l'utilité contestée ou la coordination des soins inefficace.

#### Regroupement des différentes questions sous deux catégories (catégoriel)

→ pas de moyenne, à regarder séparément

| <b>D</b>  | <b>Divers : Les visites en général</b>                                                                                                                                 |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D 1       | En dehors des visites, les familles appellent pour avoir des nouvelles (au téléphone) au minimum deux fois par jour                                                    |
| D 2       | La plupart du temps, il y a au moins deux personnes différentes de la famille qui appellent chaque jour pour avoir des informations par téléphone à propos d'un proche |
| D 3       | Le nombre de visiteurs présents en même temps dans la chambre du patient ne doit pas être limité par les soignants mais par le patient uniquement                      |
| D 4       | Le nombre de visiteurs présents en même temps dans la chambre du patient doit être limité par les soignants et le patient (ensemble)                                   |
| D 5       | Le nombre de visiteurs dans un intervalle de 24H ne doit pas être limité                                                                                               |
| D 6       | Pour les familles qui ne respectent pas les règles et qui posent un problème aux yeux de l'équipe, les heures de visites doivent être strictes et réduites (18H30-19H) |
| D 7       | Un autre horaire de visite peut être de manière exceptionnelle proposé aux familles qui ne savent absolument pas venir dans les heures imparties                       |
| D 8       | La politique relative aux heures de visite doit être adaptée lorsque le patient est en fin de vie                                                                      |
| <b>PV</b> | <b>Les différents points de vue</b>                                                                                                                                    |
| PV 1      | Pour vous, c'est l'horaire de visite 12H30-13H00 & 18H30-19H00 qui convient le mieux (point de vue soignant seulement)                                                 |
| PV 2      | Pour vous, c'est l'horaire de visite 16H00-19H00 qui convient le mieux (point de vue soignant seulement)                                                               |
| PV 3      | Pour vous, c'est l'horaire de visite 12H30-13H00 & 18H30-19H00 qui convient le mieux (point de vue patient-famille-soignant)                                           |
| PV 4      | Pour vous, c'est l'horaire de visite 16H00-19H00 qui convient le mieux (point de vue patient-famille-soignant)                                                         |

### **Annexe 11 : Score alpha de Cronbach**

| <b>CONCEPT</b> | <b>NOMBRE D'ELEMENTS</b> | <b>ALPHA DE CRONBACH</b> |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| U_TOTAL        | 5                        | 0,623                    |
| IVP_TOTAL      | 6                        | 0,694                    |
| IVF_TOTAL      | 4                        | 0,814                    |
| CDS_TOTAL      | 9                        | 0,870                    |

\*Réalisé dans le programme SPSS

