



Canadian Foundation for
**Healthcare
Improvement**

BEAUCOUP PLUS QU'UNE SIMPLE VISITE

**EXAMEN DES POLITIQUES EN MATIÈRE DE
VISITES DANS CERTAINS HÔPITAUX DE
SOINS ACTIFS AU CANADA**

Novembre 2015

Erratum

Une version antérieure de ce rapport présentait des notes moyennes provinciales/territoriales erronées quant à l'utilité de l'information des sites web (Tableau 6). Cette version a été corrigée et le Tableau 6 illustre à présent correctement les notes moyennes de chaque province/territoire pour l'utilité de l'information des sites web. Tout texte descriptif concernant les conclusions de ce tableau est exact et demeure inchangé.

Reconnaissance et avis de non-responsabilité

Ce rapport a été élaboré et rédigé par Elina Farmanova, Maria Judd, Christine Maika et Graeme Wilkes de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). Les auteurs remercient Nancy White, ancienne gestionnaire, Soins à domicile et de longue durée, Institut canadien d'information sur la santé, pour sa collaboration à la définition de la méthodologie utilisée dans le cadre de cet examen et Suzanne Y. Mattei de New Yorkers for Patient & Family Empowerment, Inc., pour ses précieux conseils sur ce projet. Les auteurs expriment également leur gratitude à Jenni Bouchard, Paula Khoury et Karen Nicole Smith pour leur contribution à ce rapport.

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé est un organisme sans but lucratif qui a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes. La FCASS est financée dans le cadre d'une entente avec le gouvernement du Canada. Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario)
K1Z 8R1

Table des matières

Résumé	4
Avant-propos	6
Introduction.....	7
Définitions utilisées dans ce rapport	10
Méthodes	12
Outils et notes	13
Politiques de visites accommodantes	13
Disponibilité et utilité de l'information sur les politiques de visites	14
Unités de soins actifs et services de médecine et chirurgie générales	14
Constatations	15
Dans quelle mesure les politiques de visites sont-elles accommodantes.....	16
Disponibilité et utilité de l'information des sites Web	19
Validation des heures de visites affichées	21
Comparaison avec l'étude américaine	21
Discussion.....	22
Conclusion et prochaines étapes	26
Annexes	27
Annexe A – Feuille de notation pour l'ouverture des politiques de visites dans les services de médecine et chirurgie générales	27
Annexe B – Feuille de notation pour la disponibilité et l'utilité pour les visiteurs de la communication sur le Web de l'information sur les politiques de l'hôpital en matière de visites	28
Annexe C – Liste des hôpitaux inclus dans l'échantillon de l'étude	29

Résumé

La campagne *Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles* est un projet triennal lancé par l'Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC) – un organisme sans but lucratif établi aux États-Unis – en vue de modifier la notion de « visiteurs » associée aux proches pour les considérer plutôt comme des partenaires de soins dans les hôpitaux d'Amérique du Nord. En 2014, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) a conclu un partenariat avec l'IPFCC pour mener au Canada la campagne *Meilleurs ensemble*. Les politiques sur la présence des familles permettent aux patients de désigner des membres de la famille, ou d'autres soignants, qui puissent participer à leurs soins et jouir d'un accès illimité à leurs proches durant leur hospitalisation. Les politiques sur la présence des familles font donc une distinction entre les membres de la « famille » – dont les visites sont illimitées et sans restriction – et d'autres « visiteurs » auxquels s'appliquent les politiques en matière de visites.

Ce rapport donne un aperçu des politiques sur les visites dans certains hôpitaux de soins actifs au Canada, échantillonnés entre février et avril 2015. Au total, 114 hôpitaux de soins actifs représentatifs de toutes les provinces et des territoires ont été inclus dans cette étude. L'échantillon compte 55 grands hôpitaux communautaires, 55 hôpitaux universitaires, deux hôpitaux communautaires de taille moyenne, un hôpital communautaire de soins de courte durée et un petit hôpital. Étant donné l'absence de grands hôpitaux dans les territoires du Canada, nous avons inclus un hôpital de taille moyenne et du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, et un petit hôpital du Nunavut.

La méthode d'enquête choisie visait à déterminer et à évaluer l'information publiquement accessible aux familles qui souhaitent visiter leurs proches pendant leur hospitalisation. À l'aide d'une méthodologie adaptée d'une étude existante¹, les sites Web des hôpitaux ont été numérisés et notés en fonction de la mesure dans laquelle leurs politiques sont accommodantes pour les membres de famille et les visiteurs ainsi que de l'utilité de l'information sur les heures et les politiques de visites. Nous avons fait deux appels à chaque hôpital pour valider les heures de visites affichées sur les sites Web; nous n'avons pas cherché à obtenir de nouveaux renseignements ni de clarification au téléphone. La présente étude établit pour la première fois :

1. l'ouverture des politiques des hôpitaux de soins actifs du Canada en matière de visites, affichées sur les sites Web des établissements pour informer les patients, les familles et les citoyens;
2. si les politiques sur les visites sont affichées sur les sites Web de l'hôpital et si cette information est utile aux membres de famille et aux visiteurs;
3. si l'information fournie au téléphone par les standardistes ou les enregistrements audio de l'hôpital sont conformes aux heures de visites affichées sur le site Web de l'hôpital.

Nous avons repéré au total 36 hôpitaux canadiens dont les politiques en matière de visites sont « accommodantes ». Bien que ces politiques n'aillent pas toutes jusqu'à assurer la « présence pleine et entière de la famille », ces établissements font montre d'un leadership dans ce domaine louable

¹ New Yorkers for Patient & Family Empowerment and the New York Public Interest Research Group. (2012). *Sick, scared and separated from loved ones: A report on NYS hospital visiting policies and how patient centered approaches can promote wellness and safer healthcare*. Extrait de <http://patientandfamily.org/educational-information/sick-scared-separated-from-loved-ones-hospital-visiting-policies/>

qui témoigne de leur engagement à créer des milieux propices aux soins centrés sur les patients et les familles. Cependant, les politiques de visites en vigueur, dont celles qui sont ouvertes, ne sont peut-être pas communiquées adéquatement au personnel, aux visiteurs et aux familles, et, par conséquent, leur application peut ne pas être uniforme. La cohérence des politiques sur les visites des différents hôpitaux pourraient réduire et éventuellement éliminer les disparités sur le plan de l'expérience des soins ainsi que la nécessité pour le personnel de déroger, au cas par cas, aux politiques de visites qui sont moins accommodantes.

Toutefois, changer les politiques sur les visites n'est pas chose aisée. Pour faire accepter des politiques plus accommodantes, il faut que s'amorce un dialogue entre le personnel, les patients, les familles, les soignants et la collectivité dans son ensemble. Il faudra un changement en profondeur pour que soit reconnu le rôle essentiel que les familles, les amis des patients ou les partenaires de soins désignés peuvent jouer dans les soins au patient et pour que l'on considère les membres des familles non plus comme de simples « visiteurs », mais comme des partenaires de soins et des alliés en matière de qualité des services de santé et de sécurité des patients.

La FCASS encourage les hôpitaux du Canada à envisager la mise en œuvre et la communication des politiques sur la présence des familles comme mesure concrète visant à offrir des services de santé davantage axés sur les patients et les familles. Les hôpitaux qui envisagent de changer leurs politiques sont encouragés à souscrire à la campagne *Meilleurs ensemble* menée par la FCASS, comme l'ont fait les hôpitaux qui ont déjà commencé le processus de changement et qui se préparent à adopter des politiques sur la présence des familles. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter www.fcass-cfhi.ca/MeilleursEnsemble.

Avant-propos

Ce rapport a été préparé par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) dans le cadre de la campagne *Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles*. Il s'agit d'une campagne triennale lancée par l'Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC) – un organisme sans but lucratif établi aux États-Unis – en vue de modifier le concept de familles pour les considérer non plus comme des « visiteurs » mais des partenaires de soins dans les hôpitaux d'Amérique du Nord. En 2014, la FCASS a conclu un partenariat avec l'IPFCC pour mener au Canada la campagne *Meilleurs ensemble* qui a pour but de favoriser la présence des familles auprès des patients ainsi que la participation des familles et des aidants naturels aux soins de santé.

La FCASS est un organisme sans but lucratif, financé par le gouvernement du Canada, qui a pour mandat d'accélérer l'amélioration des services de santé. La FCASS joue un rôle crucial à l'échelle pancanadienne en soutenant l'innovation dans la prestation des services de santé, en aidant les équipes de divers secteurs de compétence à travailler ensemble à des priorités communes, en leur offrant l'occasion de partager et de mettre en œuvre des solutions éclairées par des données probantes dans les régions, les provinces et les territoires.

La campagne *Meilleurs ensemble* est la plus récente initiative de la FCASS pour favoriser la participation des patients et des citoyens à l'amélioration des services de santé, en faisant fond sur ses Projets sur la participation du patient (2010-2013) et le projet collaboratif Agir en partenariat avec les patients et les familles pour l'amélioration de la qualité (2014-2015). L'expérience de la FCASS et les données probantes dont elle dispose laissent entendre qu'une participation efficace des patients et des familles peut éventuellement être un levier de transformation pour catalyser des améliorations dans les soins axés sur le patient et la famille ainsi que dans d'autres domaines de la qualité. Les politiques sur la présence des familles sont une innovation sur le plan de la conception organisationnelle et l'amélioration des services qui peut avoir de profondes répercussions sur la culture des organismes de prestation des services de santé et générer des soins centrés sur le patient et la famille. Nous espérons que cette campagne de soutien permettra aux dirigeants des établissements hospitaliers de s'engager dans des échanges sur la modification des politiques afin de favoriser la présence et la participation des familles.

Ce rapport, qui présente un survol des politiques en matière de visites dans certains hôpitaux de soins actifs au Canada, est représentatif des établissements échantillonnés entre février et avril 2015. Il met en lumière les politiques des hôpitaux exemplaires du pays qui ont déjà créé des politiques et des pratiques favorisant la présence et la participation des familles. Outre ce rapport, la FCASS a mis en place un certain nombre de ressources susceptibles de fournir aux dirigeants des hôpitaux canadiens les outils et le soutien dont ils ont besoin pour encourager la participation des patients, des familles et des prestataires de soins, et pour adopter des politiques sur la présence des familles qui accueillent les familles à titre de partenaires de soins.

Pour en savoir davantage, voir www.fcass-cfhi.ca/MeilleursEnsemble.

Introduction

Au cours des dernières années, les organismes de santé au Canada et dans les pays dont le système de santé est comparable au nôtre ont mis l'accent sur l'amélioration de la qualité des services de santé qu'ils fournissent. En 2001, l'Institute of Medicine a publié un rapport capital selon lequel les soins axés sur le patient constituent l'un des six objectifs de la qualité². D'autres institutions internationales, comme le Fonds du Commonwealth, lui ont emboîté le pas et défini les soins de qualité comme étant des soins efficaces, sûrs, coordonnés et centrés sur le patient, tandis que les soins axés sur la centralité du patient consistent en des « soins qui tiennent compte des besoins et des préférences de ce dernier »³.

Les soins centrés sur les patients portent sur plusieurs aspects des services de santé, dont des mesures telles que la communication, la continuité des soins, la participation des patients et la prise en considération des préférences de ces derniers. Compte tenu de ces mesures et d'autres paramètres, le Fonds du Commonwealth a classé le Canada au huitième rang parmi 11 pays comparables en matière de soins centrés sur le patient⁴. Il y a manifestement place à l'amélioration au pays à ce chapitre.

La pratique des soins axés sur le patient et la famille est cautionnée par les services de santé de tous les niveaux. Des rapports qui ont fait date tels que *Patient First Review Commissioner's Report to the Saskatchewan Minister of Health* de la Saskatchewan contiennent des recommandations visant à améliorer le système de santé de la province grâce à l'adoption d'un « système de santé véritablement centré sur le patient et la famille ». Le plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, intitulé *Priorité aux patients*, s'appuie sur le premier plan d'amélioration du système de santé publié en 2012 et jette les bases des soins axés sur les patients en Ontario⁵. Dans la pratique, Services de santé Alberta a créé un service de la participation et de l'expérience des patients ainsi qu'un cadre et une équipe en vue d'orienter et de soutenir la prise en compte du point de vue et de l'expérience des patients et des familles dans les initiatives d'amélioration entreprises à l'échelle provinciale. En Colombie-Britannique, une charte des soins primaires, *Primary Health Care Charter – A Collaborative Approach*, rendue publique en 2007, souligne que le principe des « patients comme partenaires » est un élément essentiel de la transformation des services de santé. Les auteurs réclament la mise en place d'une infrastructure afin d'opérationnaliser ce principe. Agrément Canada a rehaussé ses normes sur les soins axés sur les patients et renforcé la terminologie lors de l'agrément des organismes de santé⁶. Un nombre croissant d'organismes de santé ont déterminé que les soins centrés sur les patients et les familles représentent une priorité stratégique. Des organisations professionnelles ont appuyé également les soins axés sur le patient et la famille en élaborant des lignes directrices pour la pratique clinique exemplaire, par exemple celles que l'on doit à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario⁷.

² Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, vol. 6, National Academy Press, Washington, DC.

³ The Commonwealth Fund (2014). *Mirror, mirror on the wall, 2014 Update : How the U.S. Health Care System Compares Internationally*. The Commonwealth Fund. Consulté le 28 août 2015. <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>

⁴ *Ibid.*

⁵ http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change/

⁶ Accreditation Canada. (2015). *Backgrounder: Client-and family-centered care in the Qmentum Program*. Consulté le 3 novembre 2015. <http://www.cfhi-fccas.ca/sf-docs/default-source/patient-engagement/accreditation-canada.pdf>.

⁷ RNAO. (2011). *Person-and Family-Centered Care Clinical Best Practice Guidelines*. Consulté le 29 octobre 2015. <http://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>.

L'organisation américaine Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC) a élargi le débat sur les soins centrés sur le patient afin de tenir compte de l'important rôle que jouent les membres de famille, les aidants naturels et d'autres personnes de soutien dans les soins aux patients. L'IPFCC définit les soins centrés sur le patient et la famille comme « une approche de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services de santé qui s'inscrit dans des partenariats mutuellement avantageux regroupant des prestataires de services de santé, des patients et leur famille »⁸. Offrir ce type de soins suppose que l'on reconnaisse que la présence et la participation des familles sont essentielles à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

La reconnaissance accrue de l'importance des soins axés sur les patients et les familles a incité bon nombre d'organismes de santé à encourager la présence des membres de famille et d'autres soignants ainsi que leur participation à la prestation des soins⁹. Partout en Amérique du Nord, des hôpitaux et d'autres établissements de santé ont commencé à mettre en place des politiques qui favorisent la présence de la famille aux différentes étapes du traitement d'un patient. Les politiques sur la présence des familles constituent une mesure concrète que les organismes de santé peuvent adopter pour offrir des services de santé axés sur les patients et les familles. Ces politiques permettent aux patients de désigner des membres de la famille, ou d'autres soignants, qui puissent participer à leur soins et jouir d'un accès illimité à leurs proches durant leur hospitalisation. Les politiques sur la présence des familles font une nette distinction entre les « visiteurs » traditionnels et les membres de la famille qui jouent un rôle incomparable à titre de partenaires de soins.

L'hospitalisation en soins actifs peut être un événement majeur dans la vie des patients et de leurs proches. Non seulement les patients sont-ils vulnérables en raison de leur condition clinique, mais ils présentent un état mental et émotif fragile. Ils ont besoin du soutien des personnes qui les connaissent le mieux. L'adoption de politiques sur les visites suffisamment ouvertes ou accommodantes pour accueillir à l'hôpital les familles et les aidants naturels peut faciliter la présence et la participation des membres désignés de la famille ou d'autres partenaires de soins, leur permettre de rester au chevet des patients et de prendre part aux soins du patient selon les préférences de ce dernier.

L'adoption de politiques accommodantes en matière de visites (ou sur la présence des familles) est une mesure essentielle pour favoriser l'intégration et la participation du patient, de sa famille et d'autres partenaires au processus de soins. Un changement profond s'impose pour que l'on reconnaisse le rôle de premier plan des familles et des partenaires de soins, entre autres, dans les soins prodigués aux patients et que l'on cesse de considérer les proches comme de simples « visiteurs » et non des partenaires de soins à part entière. Pour favoriser ce changement, les dirigeants des établissements hospitaliers devraient se pencher sur les politiques de visites en vigueur dans toutes les unités, y compris dans les salles d'urgence et les services de soins intensifs¹⁰ et les évaluer en regard des données probantes et des préférences des patients.

Un nombre croissant de données probantes plaident en faveur de la présence des familles, en particulier dans les unités de soins intensifs. La présence des familles et leur participation aux soins sont bénéfiques pour les patients, les membres de la famille et les soignants, l'établissement hospitalier et les prestataires de services de santé, car elles permettent de diminuer les taux de

⁸ IPFCC (2010). *Frequently Asked Questions*. Consulté le 28 août 2015. <http://www.ipfcc.org/faq.html>

⁹ Jiang, S., Warre, R., Qiu, X., O'Brien, K. et S.K. Lee. (2014). « Parents as practitioners in preterm care », *Early Human Development*, vol. 90, n° 11, p.781-785. doi:10.1016/j.earlhumdev.2014.08.019 [doi]

¹⁰ Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P. et coll. (2009). « Transforming healthcare: A safety imperative », *Quality and Safety in Health Care*, vol.18, n° 6, p. 424-428.

réadmission, d'améliorer l'adhésion au traitement thérapeutique, de maintenir les fonctions cognitives chez les personnes âgées et de prévenir les chutes¹¹. Aux États-Unis, sept hôpitaux qui ont adopté des politiques sur la présence des familles ont enregistré une réduction de 35 % de l'incidence des chutes chez les personnes âgées et de 62 % des blessures dues aux chutes dans le cadre d'un projet de 18 mois et dans les huit mois suivant l'intervention¹². De plus, selon un rapport sur la sécurité des patients publié en 2014 par le U.S. Department of Health and Human Services (HSS – ministère américain de la Santé et des Services sociaux), les taux de réadmission ont diminué de 17,5 % en six ans et le taux d'incidents préjudiciables, de 9 % en deux ans dans les établissements de santé qui ont mis en place des politiques sur la présence des familles¹³.

Il est probable que les politiques sur les visites qui ne sont pas accommodantes et ne prévoient pas la participation des membres de famille aux soins d'un patient augmentent l'anxiété et l'insatisfaction tant des patients gravement malades que de leur famille¹⁴, risquent d'entraîner un plus grand nombre d'erreurs de médication et de chutes, et soumettent les patients à des soins erratiques pendant leur séjour à l'hôpital. Aux États-Unis, les démarches entreprises par l'IPFCC en ce sens ont porté fruit dans une certaine mesure; bien qu'un sondage mené en 2008 dans 606 hôpitaux américains révèle que près des trois quarts des hôpitaux et 90 % des unités de soins intensifs limitent l'accès aux patients¹⁵, une étude réalisée en 2014 par l'American Hospital Association indique que 42 % des établissements hospitaliers ont des politiques restrictives en matière de visites. Cette diminution semble indiquer qu'au cours des six dernières années il y a eu aux États-Unis une tendance de plus en plus marquée en faveur de la libéralisation des politiques sur les visites¹⁶.

Au Canada, les médias ont récemment laissé entendre qu'un nombre croissant d'hôpitaux ont aussi commencé à lever les restrictions sur les heures de visites pour adopter des politiques qui favorisent la présence des membres de famille et leur participation aux soins¹⁷. Il ressort du débat actuel sur les services de santé et des conclusions préliminaires d'une étude menée en 2014 sur les heures de visites affichées dans 128 hôpitaux de l'Ontario¹⁸ que les politiques sur les visites illimitées ne sont toujours pas la norme au pays. Aucune étude n'a encore porté sur la mesure dans laquelle les politiques des hôpitaux canadiens en matière de visites sont accommodantes pour les familles et d'autres soignants.

La présente étude comble cette lacune. Elle repose sur un examen pancanadien des politiques de visites affichées sur les sites Web des hôpitaux et communiquées par téléphone. La méthodologie arrêtée permet d'obtenir d'importants renseignements sur la manière dont les politiques sont mises en pratique au sein de l'établissement et communiquées aux visiteurs et aux membres de famille auxquels elles s'appliquent. L'enquête a porté sur 114 des plus grands hôpitaux de soins actifs au

¹¹ Institute for Patient- and Family-Centered Care. « Données » sur la présence et la participation des familles. (s.d.). Extrait le 14 juillet 2015 de http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/patient-engagement/better-together-facts-and-figures_fr.pdf?sfvrsn=2

¹² DuPree, E., Fritz-Campiz, A. et D. Musheno. (2014). « A new approach to preventing falls with injuries », *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 29, n° 2, p. 99-102.

¹³ U.S. Department of Health and Human Services (2014). *New HHS data shows major strides made in patient safety*. Washington D.C., U.S. Department of Health and Human Services. <http://innovation.cms.gov/Files/reports/patient-safety-results.pdf>

¹⁴ Lee, M.D., Friedenber, A.S., Mukpo, D.H., Conray, K., Palmisciano, A. et coll. (2007). « Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement », *Crit Care Med*, vol. 35, n° 2, p. 497-501.

¹⁵ Liu, V. et coll. (2013). « Visitation policies and practices in US ICUs », *Critical Care*, vol. 17, n° 2, R71.

¹⁶ Remarque : l'étude de 2014 n'est pas une répétition de celle de 2008; l'interprétation des résultats doit donc être faite avec prudence.

¹⁷ Sources diverses : 1) Réseau anglais de Radio-Canada, radio. Émission : *White Coat Black Art*. Segment : « Visiting Hours », 11 octobre 2014; 2) Sher, J. (2014). « Improved Access Helps With Health », article du journal *The London Free Press*, 21 septembre 2014; 3) Grant, K. (2014). « Hospitals are parting with visiting hours as they move toward more patient-centred care », *The Globe and Mail*, 27 juillet 2014.

¹⁸ O'Reilly, R. et coll. (2014). « Canadian hospitals begin to open up visiting hours », *Healthy Debate*. Consulté le 13 juillet 2015. <http://healthydebate.ca/2015/03/topic/visiting-hours>

Canada, dans lesquels, selon les estimations, plus de 70 % des Canadiens reçoivent des soins actifs¹⁹. Les constatations aident à déterminer d'importantes données de référence qui faciliteront les comparaisons éventuelles et permettront de suivre les changements dans les politiques sur les visites au fil du temps.

La présente étude établit pour la première fois :

1. l'ouverture des politiques des hôpitaux de soins actifs du Canada en matière de visites, affichées sur les sites Web des établissements pour informer les patients, les familles et les citoyens;
2. si les politiques sur les visites sont affichées sur les sites Web de l'hôpital et si cette information est utile aux membres de famille et aux visiteurs;
3. si l'information fournie au téléphone par les standardistes ou les enregistrements audio de l'hôpital sont conformes aux heures de visites affichées sur le site Web de l'hôpital.

Définitions utilisées dans ce rapport

Politiques sur la présence des familles

Une politique sur la présence des familles est un ensemble de normes qui favorisent un milieu sûr, sécuritaire, propice à la guérison, qui soutient les patients et leur famille durant l'hospitalisation et fait bon accueil à la présence et à la participation des personnes qui jouent un rôle important dans le bien-être physique et émotionnel des patients ainsi que dans la prestation des soins. Ces politiques permettent aux patients de désigner des membres de la famille, ou d'autres soignants, qui puissent participer à leur soins et jouir d'un accès illimité à leurs proches durant leur hospitalisation. En règle générale, les politiques sur la présence des familles font une distinction entre la « famille » et d'autres « visiteurs ».

Famille

Au regard des politiques sur la présence des familles, le terme « famille » doit être pris dans son acception la plus large. Le patient, le parent, le tuteur légal ou le représentant personnel détermine qui constitue la « famille » et qui doit participer au processus de soins. Les membres de famille ne sont pas nécessairement des parents par le sang, mais plutôt des personnes qui sont importantes dans la vie du patient et peuvent lui prodiguer des soins. Cela signifie qu'un patient peut désigner une ou plusieurs personnes avec qui il n'a aucun lien de parenté légal. En pédiatrie, les membres de famille sont déterminés par le parent ou le tuteur légal du patient. Lorsque le patient n'est pas en mesure de définir qui constitue la famille, le plus proche parent ou le subrogé fournit la définition de « famille ». S'il existe une directive préalable dûment élaborée, le mandataire du patient peut déterminer qui constitue la famille.

Visiteur

Dans le contexte des politiques sur la présence des familles, toute personne qui ne joue pas un rôle important dans les soins continus du patient est considérée comme un « visiteur ».

¹⁹ CIHI. (2013). *Proportion of Canadian treated in Acute Care by Hospital Size, 2012/13*,. CIHI., Ottawa (Ontario).

Politiques sur les visites

Bien que la notion de présence des familles ne soit pas nouvelle, la terminologie utilisée sur les sites Web des hôpitaux pour communiquer l'information relative aux visites aux patients reprend principalement ce vocable (« visites »). Aux fins de la présente étude, nous définissons le terme politique au sens large, c'est-à-dire l'information sur les visites faites par les familles et d'autres visiteurs. Cela englobe, sans s'y limiter, les heures de visites ainsi que d'autres renseignements comme les suivants :

- le nombre de visiteurs admis en même temps dans la chambre d'un patient;
- la mesure dans laquelle les membres de la famille immédiate du patient sont considérés comme des « visiteurs »;
- toute exigence ou limite relative aux enfants visiteurs (selon les définitions, les enfants font partie de la catégorie d'âge des moins de 12 ans aux moins de 16 ans);
- les normes de sécurité telles que les directives sur les aliments ou les boissons apportés de l'extérieur dans la chambre des patients ou les cadeaux pouvant entraîner des réactions allergiques; les instructions pour les visiteurs pris de malaise et les rappels sur la désinfection des mains lorsqu'ils se trouvent à l'hôpital et avant d'entrer dans la chambre d'un patient;
- toute ligne directrice sur la participation de la famille et des visiteurs au processus de soins.

Politiques accommodantes

Les « politiques accommodantes » sont celles qui peuvent faciliter les visites à l'hôpital de la famille ou des aidants naturels d'un patient. Elles seront plus ou moins accommodantes selon qu'elles sont ouvertes, souples ou limitatives par rapport aux éléments suivants :

- les heures de visites dans les services de médecine et chirurgie générales ou d'autres unités;
- le moment où les visites sont permises (le matin, en soirée, les fins de semaine, les jours fériés);
- la durée des visites (p. ex. deux heures ou moins);
- le nombre de visiteurs autorisés en même temps (p. ex. deux seulement);
- l'âge des visiteurs, en particulier dans le cas des enfants;
- si le terme « visiteur » englobe ou non les membres de la famille immédiate du patient;
- la mesure dans laquelle l'établissement hospitalier acceptera les demandes de visites en dehors des heures habituelles.

Politiques souples

On entend par politiques souples celles qui sont passablement flexibles tant pour ce qui est de la durée des visites que du moment de la journée où celles-ci sont permises ainsi qu'en ce qui a trait à la terminologie utilisée pour faire part des règlements relatifs aux visites. Une politique flexible n'est pas nécessairement ouverte ou accommodante. Ainsi, les heures de visites peuvent être étendues (de 10 h à 21 h, par exemple, au lieu de 11 h à 19 h²⁰) et le choix de visiteurs laissé à la discrétion du patient. Souvent, les visites en dehors des heures habituelles sont autorisées. De telles politiques peuvent permettre également les visites d'une personne autre qu'un membre de la

²⁰ Tiré du compte rendu d'un projet d'amélioration de la Communauté d'apprentissage et d'innovation de l'IHI sur l'amélioration des résultats pour les patients gravement malades et les plus à risque : *Flexible ICU Visitation Hours Improve Family Involvement in Care*. Disponible à <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/FlexibleICUVisitationImproveFamilyInvolvement.aspx>

famille, un partenaire domestique ou un conjoint, mais ne garantissent pas la pleine participation de cette personne au processus de soins.

Politiques ouvertes

Il n'est pas inusité de qualifier d'« ouvertes » les politiques qui autorisent les visites 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ces politiques « visent à laisser la porte ouverte aux visiteurs que les patients choisissent de recevoir²¹ ». Une politique ouverte permet au patients de déterminer qui peut lui rendre visite.

Méthodes

La FCASS a mené, de février à avril 2015, une étude des politiques sur les visites dans les services de médecine et chirurgie générales de grands hôpitaux de soins actifs au Canada. La méthodologie choisie visait à déterminer et à évaluer l'information publiquement accessible aux familles qui souhaitent visiter leurs proches pendant leur hospitalisation. Les sites Web des hôpitaux ont été examinés et notés en fonction de :

1. la mesure dans laquelle leurs politiques sont ouvertes et accommodantes pour les membres de famille et les visiteurs;
2. la disponibilité et l'utilité de l'information sur les heures et les politiques de visites.

Nous avons fait deux appels à chaque hôpital pour valider les données affichées sur les sites Web; nous n'avons pas cherché à obtenir de nouveaux renseignements ni de clarification au téléphone.

La méthode d'enquête s'inspire d'une étude menée en 2012 sur les politiques de visites affichées dans des hôpitaux de soins actifs l'État de New York²². Les sites Web de ces hôpitaux ont été évalués en fonction, d'une part, de la disponibilité et de l'utilité de l'information publiquement accessible aux visiteurs et, d'autre part, de l'ouverture et de la souplesse des heures de visites dans les services de médecine et chirurgie générales. On a fait des appels téléphoniques pour valider les données recueillies sur les sites Web.

Une base de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) répertoriant, en 2013, 696 hôpitaux de soins actifs au Canada, intitulée « Votre système de santé : En détail » a été utilisée pour déterminer les hôpitaux inclus dans l'étude. L'ICIS a recours à la méthode des groupes semblables pour identifier les établissements de soins actifs qui sont assez similaires pour être classés parmi les « grands » hôpitaux. Cette classification est fondée sur le volume de patients et la complexité des soins dont ils ont besoin, et non sur le nombre de lits. Pour être considéré comme un « grand » hôpital, un établissement hospitalier devait répondre à deux des trois critères suivants, c'est-à-dire compter plus de 8 000 patients hospitalisés, plus de 10 000 cas pondérés ou plus de 50 000 jours d'hospitalisation.

Étant donné l'absence de grands hôpitaux au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, nous avons inclus deux hôpitaux de taille moyenne et un petit hôpital dans l'étude pour faire en sorte qu'elle couvre l'ensemble du pays. Les hôpitaux du Québec autrefois classés comme « CSSS » (Centre de santé et de services sociaux) dans la base de données de l'ICIS ont été remplacés

²¹ New Yorkers for Patient & Family Empowerment and the New York Public Interest Research Group. (2012). *Sick, scared and separated from loved ones: A report on NYS hospital visiting policies and how patient centered approaches can promote wellness and safer healthcare*. Extrait de <http://patientandfamily.org/educational-information/sick-scared-separated-from-loved-ones-hospital-visiting-policies/>

²² New Yorkers for Patient & Family Empowerment and the New York Public Interest Research Group. (2012). *Sick, scared and separated from loved ones: A report on NYS hospital visiting policies and how patient centered approaches can promote wellness and safer healthcare*. Extrait de <http://patientandfamily.org/educational-information/sick-scared-separated-from-loved-ones-hospital-visiting-policies/>

par des hôpitaux généraux admissibles régis par les anciens CSSS. Les établissements spécialisés tels que les hôpitaux neurologiques, les instituts thoraciques et les instituts de cardiologie ainsi que les centres de soins de longue durée ont été exclus de l'étude.

Malgré nos efforts pour donner une image fidèle des politiques sur les visites en vigueur dans les hôpitaux canadiens, l'étude ne tient sans doute pas compte de tous les petits changements et des réformes d'envergure qui ont eu lieu dans certains hôpitaux et certaines régions et provinces en 2015.

Outils et notes

L'information sur les politiques de visites affichée sur les sites Web des hôpitaux a été évaluée à l'aide de deux feuilles de notation, adaptées de l'étude new-yorkaise, qui contiennent 10 questions (voir les annexes A et B). Les hôpitaux ont reçu deux notes, entre 0 et 10 pour l'ouverture des politiques de visites et pour la disponibilité et l'utilité de l'information des sites Web sur les politiques de visites. Afin de faciliter l'interprétation, les notes ont été classées en cinq catégories se rapprochant de l'échelle de Likert en cinq points. Ces catégories représentent les hôpitaux ayant des caractéristiques semblables pour ce qui est de leur politique de visites et de leur mode de communication sur leur site Web. Chaque note se situe dans une échelle où la limite inférieure correspond à l'autorisation d'un nombre moindre d'heures de visites et donc à une politique moins accommodante et à un site Web moins utile, alors que la limite supérieure dénote une tendance à une politique plus accommodante, un plus grand nombre d'heures et des sites Web plus utiles.

Politiques de visites accommodantes

Une politique accommodante se rapporte à la mesure dans laquelle elle facilite les visites à l'hôpital de la famille ou des aidants naturels d'un patient (voir la feuille de notation à l'annexe A). Les principaux facteurs sont les suivants :

- les heures de visites aux patients hospitalisés dans les unités de soins généraux ou les services de médecine et chirurgie générales;
- le moment où les visites ont lieu;
- la durée des visites;
- la mesure dans laquelle l'établissement hospitalier acceptera les demandes de visites à des heures non prévues dans les politiques en vigueur.

On a attribué à chaque hôpital des notes sur une échelle de 0 à 10 :

- 0-2, pas du tout accommodante;
- 3-4, légèrement accommodante;
- 5-6, plus ou moins accommodante;
- 7-8, accommodante;
- 9-10, très accommodante.

Les facteurs suivants peuvent aussi être pertinents aux politiques accommodantes :

- le nombre de visiteurs autorisés en même temps;
- l'âge des visiteurs, en particulier dans le cas des enfants;
- si le terme « visiteur » englobe ou non les membres de la famille immédiate du patient.

Disponibilité et utilité de l'information sur les politiques de visites

La disponibilité et l'utilité de l'information indiquent si l'hôpital a consacré un site ou une page Web à la description de sa politique de visites et, si c'est le cas, dans quelle mesure cette information est utile aux visiteurs éventuels (voir la feuille de notation à l'annexe B). Les principaux paramètres sont les suivants :

- la présence d'une page Web consacrée aux politiques de visites;
- la consultation et l'impression de l'information du site Web;
- le nombre de personnes autorisées à visiter un patient en même temps;
- les règlements sur les enfants visiteurs;
- les directives sur l'hygiène des mains, l'immunisation ainsi que pour les visiteurs pris de malaise ou malades, etc.;
- les directives sur les aliments, boissons apportés aux patients;
- les directives sur les cadeaux apportés aux patients (p. ex. éviter ce qui peut entraîner des réactions allergiques, comme les ballons en latex);
- les communications avec un patient par courriel, messages textes, etc.

Quatre questions de la feuille de notation portent sur la sécurité et évaluent si le site Web de l'hôpital fournit de l'information qui prépare les visiteurs à leur visite à l'hôpital. Cette information revêt une grande importance pour les membres de famille, les soignants et les visiteurs, car elle permet de pondérer les désirs du patient et les souhaits de ses proches avec leurs préoccupations légitimes concernant la prévention des infections et la sécurité des patients.

On a attribué à chaque site Web des notes sur une échelle de 0 à 10 :

- 0-2, pas utile du tout;
- 3-4, pas utile;
- 5-6, assez utile;
- 7-8, utile;
- 9-10, très utile.

Unités de soins actifs et services de médecine et chirurgie générales

Les soins actifs sont au cœur des recherches actuelles sur les politiques en matière de visites et de soins axés sur les familles^{23, 24, 25, 26}. Des études sur les unités de soins intensifs aux États-Unis et en Belgique révèlent que la présence et la participation des membres de famille sont essentielles au bien-être des patients gravement malades et à la prise de décisions quotidiennes sur les soins. La présence des familles augmente la satisfaction du patient et des membres de famille pour ce qui est de l'ensemble des soins et réduit à la fois la dépression, l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique^{15, 27}.

²³ Baharoon, S., Al Yafi, W., Al Qurashi, A., Al Jahdali, H., Tamim, H. et coll. (2014). « Family Satisfaction in Critical Care Units: Does an Open Visiting Hours Policy Have an Impact? », *J Patient Saf*, 18 août 2014. [Diffusion en ligne avant impression]

²⁴ Ciuffo, D., Hader, R. et C. Holly. (2011). « A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centered care », *Int J Evid Based Healthc*, vol. 9, n° 4, p. 362-387.

²⁵ da Silva Ramos, F.J., Fumis, R.R., Azevedo, J.C. et G. Schettino. (2013). « Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers », *Ann Intensive Care*, vol. 3, n° 34. doi: 10.1186/2110-5820-3-34.

²⁶ Liu, V., Read, J.L., Scruth, E. et E. Cheng. (2013). « Visitation policies and practices in US ICUs », *Crit Care*, vol. 17, n° 2, R71

²⁷ Vandijck, D.M., Labeau, S.O., Geerinckx, C.E., De Puydt, E., Bolders, A.C. et coll. (2010). « An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: a multicenter survey », *Heart Lung*, vol. 39, n° 2, p. 137-146.

La présente étude porte particulièrement sur les services de médecine et chirurgie générales des hôpitaux de soins actifs parce que ce sont habituellement ces unités qui fournissent quotidiennement le plus grand volume de soins (un plus grand nombre de personnes y sont traitées que dans tout autre service). Les hôpitaux de soins actifs englobent de nombreux domaines généraux outre le service d'urgence, les soins intensifs, les soins coronariens, la cardiologie, les unités néonatales de soins intensifs où l'état des patients malades peut s'exacerber au point qu'ils doivent être stabilisés et transférés dans une autre unité pour recevoir des traitements supplémentaires. Les patients des services de médecine et chirurgie générales reçoivent des soins continus pour la prise en charge d'affections telles que les maladies du foie et du rein, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et le diabète, entre autres. Généralement, les services de médecine et chirurgie générales soignent des patients adultes, mais certains traitent également les enfants ayant des problèmes de santé aigus et ceux qui ont subi une intervention chirurgicale. Selon l'état et les besoins du patient, les prestataires de services de santé, comme les infirmières, médecins, thérapeutes, travailleurs sociaux et nutritionnistes qui offrent leurs services, se retrouvent souvent au chevet du patient.

Constatations

Au total, 114 hôpitaux de soins actifs admissibles de toutes les provinces et tous les territoires canadiens ont été inclus dans l'étude (tableau 1)²⁸. L'échantillon comprend 55 grands hôpitaux communautaires, 55 hôpitaux universitaires, deux hôpitaux communautaires de taille moyenne, un hôpital communautaire de soins de courte durée et un petit hôpital. Étant donné l'absence de grands hôpitaux dans les territoires du Canada, nous avons inclus un hôpital de taille moyenne et du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, et un petit hôpital du Nunavut afin d'assurer la représentativité pancanadienne de l'étude.

Tableau 1. Nombre d'hôpitaux par province/territoire

Province/territoire	Nombre d'hôpitaux
Alberta	13
Colombie-Britannique	20
Manitoba	6
Nouveau-Brunswick	4
Terre-Neuve-et-Labrador	2
Territoires du Nord-Ouest	1
Nouvelle-Écosse	3
Nunavut	1
Ontario	41
Île-du-Prince-Édouard	1
Québec	15
Saskatchewan	6
Yukon	1
Total	114

²⁸ Voir à l'annexe C la liste des 114 hôpitaux inclus dans l'échantillon de l'étude.

Dans quelle mesure les politiques de visites sont-elles accommodantes?

Les politiques retenues ont été évaluées en fonction de leur ouverture, de leurs limites et de leur souplesse, c'est-à-dire de la mesure dans laquelle elles sont assez accommodantes pour tenir compte des cas particuliers. En premier lieu, les examinateurs ont vérifié si les hôpitaux ont affiché les heures de visites sur leur site Web ainsi que les critères utilisés pour définir les heures de visites et les politiques. D'après l'information des sites Web des hôpitaux, 104 des 114 établissements ont indiqué clairement les heures de visites. En communiquant cette information, les hôpitaux ont mis l'accent sur les heures de visites autorisées et sur la distinction entre les membres de famille et d'autres visiteurs dans l'application de la politique. Un hôpital de Terre-Neuve-et-Labrador recommande que les amis du patient communiquent avec sa famille pour déterminer le moment le plus convenable pour lui rendre visite.

Les heures de visites peuvent être ouvertes (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) ou très restrictives (de 18 h 30 à 20 h 30). Le matin, les visites sont fréquemment limitées. Environ 30 % des hôpitaux n'autorisent que des visites d'une heure le matin. Près de 83 % permettent plus de deux heures de visites le soir après 18 h, accommodant ainsi les visiteurs qui travaillent le jour. Vingt hôpitaux, dont neuf en Ontario, indiquent clairement qu'un parent ou un aidant naturel peut passer la nuit.

Les examinateurs ont cherché à établir combien d'hôpitaux font état des restrictions relatives aux visiteurs pouvant nuire à la sécurité et au bien-être des patients et sur quels critères ils se fondent pour ce faire. Les restrictions les plus fréquentes sont les suivantes :

- le nombre de visiteurs, habituellement pas plus de deux à la fois;
- les enfants doivent être accompagnés d'un adulte ou supervisés par un adulte;
- éviter les visites lorsqu'on est malade;
- se laver les mains avant d'entrer dans la chambre d'un patient;
- la distinction entre la famille et les autres visiteurs;
- le moment des visites, par exemple éviter les visites le matin, pendant les heures tranquilles du jour ou de la nuit;
- les restrictions liées à l'état du patient;
- la durée des visites (par exemple, des courtes visites de 15 minutes).

La plupart des hôpitaux imposent deux ou trois restrictions à la fois. Le plus souvent, les mesures restrictives portent sur le nombre de visiteurs, la non-admission des enfants visiteurs sans surveillance et la prévention des infections.

En règle générale, la souplesse des politiques de visites est prévue pour tenir compte de circonstances exceptionnelles, au cas par cas. Autrement dit, même si un hôpital a affiché certaines heures de visites, les examinateurs ont tenté d'évaluer si les sites Web de l'hôpital indiquaient qu'il autoriserait une certaine flexibilité dans une situation particulière.

Bien que l'on exhorte tous les hôpitaux à faire part des restrictions qu'ils imposent aux visiteurs avant leur arrivée à l'hôpital, nous n'avons pas examiné les données probantes sur bon nombre de ces restrictions, car cela dépasse la portée de la présente étude.

Dans l'ensemble, on a attribué aux politiques sur les visites une note moyenne de 4,64 sur une échelle de 10 en fonction de leur ouverture et de l'information diffusion à propos de leur souplesse. Cela signifie qu'en règle générale les politiques des hôpitaux en matière de visites ne sont que légèrement accommodantes. Il faut toutefois interpréter ces chiffres avec prudence, étant donné l'important écart de la notation (0-10) et la variabilité des notes au sein des provinces et territoires

et entre eux. En Alberta, au Manitoba et en Saskatchewan, il semble que les heures de visites soient plus uniformes (en général, de 11 h à 20 h 30) alors qu'en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec, les politiques varient et autorisent des visites de deux heures par jour (de 18 h 30 à 20 h 30) et des heures de visites libres (tableau 2).

Tableau 2. Ouverture des heures de visites

Province/territoire	Nombre d'hôpitaux	Note moyenne (heures de visites et souplesse)
Alberta	13	4,23
Colombie-Britannique	20	6,50
Manitoba	6	6,00
Nouveau-Brunswick	4	3,75
Terre-Neuve-et- Labrador	2	3,00
Territoires du Nord-Ouest	1	5,00
Nouvelle-Écosse	3	6,00
Nunavut	1	1,00
Ontario	41	4,46
Île-du-Prince-Édouard	1	0,0
Québec	15	3,60
Saskatchewan	6	3,50
Yukon	1	5,00

Deux hôpitaux ont obtenu une note parfaite (10) en raison de leurs politiques de visites très accommodantes; trois autres ont reçu une note élevée (9) et 25 ont eu une note de 8, soit la limite supérieure pour les politiques accommodantes (tableau 3). Cela signifie que ces hôpitaux ont adopté une politique de visites ouverte ou autorisent au moins 14 heures de visites par jour, dont au moins deux heures le matin. Les hôpitaux qui ont obtenu 7 ne figurent pas dans le tableau ci-dessous. Bien qu'elles soient considérées comme « accommodantes », leurs politiques de visites autorisent moins de 14 heures de visites comparativement aux hôpitaux qui ont obtenu une note de 8.

Tableau 3. Hôpitaux ayant obtenu une note de 8 à 10 pour l'ouverture des heures de visites et la diffusion aux unités (de médecine et chirurgie) de l'information sur la souplesse des politiques

Centre hospitalier	Province (ville)
Centre de santé IWK	Nouvelle-Écosse, Halifax
Hôpital pour enfants de l'Alberta	Alberta, Calgary
Hôpital Lions Gate	Colombie-Britannique, Vancouver-Nord
Hôpital de Sault-Sainte-Marie	Ontario, Sault-Sainte-Marie
Hôpital universitaire du Nord de la C.-B.	Colombie-Britannique, Prince George
Hôpital général de Chilliwack	Colombie-Britannique, Chilliwack
Hôpital général de Kelowna	Colombie-Britannique, Kelowna
Hôpital régional d'Abbotsford	Colombie-Britannique, Abbotsford
Langley Memorial Hospital	Colombie-Britannique, Langley
Royal Columbian Hospital	Colombie-Britannique, New Westminster
Peace Arch Hospital	Colombie-Britannique, White Rock
Hôpital régional de Penticton	Colombie-Britannique, Penticton
Hôpital St. Paul	Colombie-Britannique, Vancouver
Hôpital Mount Saint Joseph	Colombie-Britannique, Vancouver
Hôpital général régional de Nanaimo	Colombie-Britannique, Nanaimo
Hôpital Royal Jubilee	Colombie-Britannique, Victoria
Hôpital général de Victoria	Colombie-Britannique, Victoria
Hôpital Grace	Manitoba, Winnipeg
Centre des sciences de la santé	Manitoba, Winnipeg
Système de santé de Niagara	Ontario (six sites dans la municipalité régionale de Niagara)
Hôpital général de Kingston	Ontario, Kingston
Hôpital général de Toronto	Ontario, Toronto
Quinte Health Care	Ontario (sites de Trenton, Picton, Bancroft et Belleville)
Hôpital général de Montréal	Québec, Montréal
Hôpital Royal Victoria (transféré au site Glen)	Québec, Montréal
Queen Elizabeth II Health Sciences Centre	Nouvelle-Écosse, Halifax
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Ontario, Ottawa
Hôpital général de Guelph	Ontario, Guelph
Centre régional de santé Southlake	Ontario, Newmarket
Hôpital général de Brantford	Ontario, Brantford

En règle générale, la souplesse des politiques de visites est prévue pour tenir compte de circonstances exceptionnelles, au cas par cas. Autrement dit, même si un hôpital a affiché certaines heures de visites, les examinateurs ont tenté d'évaluer si les sites Web de l'hôpital indiquaient qu'il autoriserait une certaine flexibilité dans une situation particulière.

Selon les heures de visites affichées sur les sites Web des hôpitaux, on estime que 23% (26) des hôpitaux à l'étude utilisent pour décrire leurs politiques des termes tels que « ouvertes », « 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 », « en tout temps » ou « souples ». De ces 26 hôpitaux, 24 ont obtenu une note entre 8 et 10; le reste a reçu une note inférieure à 8. Bien que ces hôpitaux soient dignes de mention, il n'est pas toujours facile pour les familles de savoir clairement si les termes « ouverte », « souple » et « en tout temps » signifient que les visites sont autorisées au-delà des heures de visites affichées. La moitié des hôpitaux ayant obtenu une note de 8 ou plus, soit dans la limite supérieure des politiques accommodantes, sont situés en Colombie-Britannique; plusieurs établissements de

l'Alberta, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec et de la Nouvelle-Écosse ont aussi adopté des politiques accommodantes.

En revanche, 31 hôpitaux ont obtenu une note de 0 à 2, c'est-à-dire que leurs politiques de visites ne sont pas du tout accommodantes (tableau 4). De ce nombre, sept ont reçu une note de 0; 13, une note de 1 et les 11 autres, une note de 2. La plupart de ces hôpitaux autorisent des visites quotidiennes limitées, habituellement d'une durée de deux heures et uniquement en soirée.

Dans la majorité des cas (53 hôpitaux), on a attribué une note entre 3 et 7. De ce nombre, 28 hôpitaux ont reçu une note de 3-4 — légèrement accommodante; 19, une note de 5-6 — plus ou moins accommodante; et les six autres ont reçu une note de 7, soit dans la limite inférieure des politiques accommodantes. Les hôpitaux qui ont obtenu 7 autorisent généralement 12 heures de visites par jour, mais moins de 14, dont plus d'une heure le matin. La plupart des hôpitaux qui ont reçu une note de 5-6 permettent aussi 12 heures de visites par jour, mais uniquement une heure ou moins le matin. Enfin, la majorité des hôpitaux qui ont eu une note de 3-4 autorisent huit heures de visites par jour et une heure seulement en matinée, sinon aucune.

Tableau 4. Notes accordées pour l'ouverture des politiques de visites et la diffusion de l'information sur la souplesse des politiques aux unités de médecine et chirurgie général

Note pour l'ouverture des politiques de visites	Nombre d'hôpitaux	Note globale (%)
10	2	5 (4,39)
9	3	
8	25	31(27,19)
7	6	
6	8	19 (16,67)
5	11	
4	17	28 (24,56)
3	11	
2	11	31(27,19)
1	13	
0	7	
Total	114	100

Disponibilité et utilité de l'information des sites Web

Les sites Web des hôpitaux à l'étude ont été évalués en fonction de l'utilité de l'information pour les visiteurs en général, sur une échelle de 10 points. Même si, comme nous l'avons souligné précédemment, les restrictions peuvent être perçues comme des obstacles à l'accueil des familles, elles peuvent aussi servir de lignes directrices pour préparer les familles et les visiteurs à leur visite avant leur arrivée à l'hôpital. Huit des 114 hôpitaux n'avaient pas de page Web consacrée aux visiteurs. Bien qu'aucun établissement n'ait obtenu une note parfaite (10) et que trois seulement aient reçu une note de 9 (très utile), plus de 30 % (36) des hôpitaux ont eu une note de 7 ou 8 (utile) [tableau5].

Tableau 5. Notes attribuées pour l'utilité de l'information du site Web sur les politiques de visites

Note pour l'ouverture des politiques de visites	Nombre d'hôpitaux	Note globale (%)
10	0	
9	3	3 (2,63)
8	17	
7	19	36 (31,58)
6	20	
5	13	33 (28,95)
4	11	
3	23	34 (29,82)
2	3	
1	3	8 (7,02)
0	2	
Total	114	114

La note moyenne de 5,29 sur une échelle de 10 points indique que l'information du site Web est assez utile. Toutefois, il faut interpréter ces chiffres avec prudence étant donné l'important écart de la notation (0-9) et la variabilité des notes au sein des provinces et territoires et entre eux (tableau 6).

Tableau 6. Utilité de l'information des sites Web dans les provinces et les territoires

Province/territoire	Nombre d'hôpitaux	Note moyenne pour l'utilité de l'info du site web
Alberta	13	3,00
Colombie-Britannique	20	4,55
Manitoba	6	7,50
Nouveau-Brunswick	4	4,75
Terre-Neuve-et-Labrador	2	6,00
Territoires du Nord-Ouest	1	9,00
Nouvelle-Écosse	3	4,33
Nunavut	1	2,00
Ontario	41	6,51
Île-du-Prince-Édouard	1	0
Québec	15	5,27
Saskatchewan	6	3,67
Yukon	1	5,00

Plus de 90 % des hôpitaux à l'étude affichent les heures de visites sur leur site Web. Dans la plupart des cas, ils ont aussi fait en sorte que l'information soit facile à repérer, à consulter et, le cas échéant, à imprimer. Néanmoins, la faible notation en fonction d'autres paramètres, comme la sécurité, donne à penser qu'il faut améliorer la communication aux visiteurs éventuels de plus amples détails sur les heures de visites.

Environ 49 % (56) des hôpitaux ne donnent pas de directives pour ce qui est du nombre de visiteurs admis en même temps au chevet d'un patient. Parmi les hôpitaux qui ont émis de telles directives, la majorité semble limiter le nombre de visiteurs à deux à la fois, bien que le site Web de ces établissements ne contienne pas d'information justifiant cette restriction. Quoique la moitié (51 %) des 58 hôpitaux émettent des recommandations sur les enfants visiteurs, ces politiques

varient d'un établissement à l'autre. La majorité recommande que les enfants de moins de 12 ans — et, dans certains cas, de moins de 14 ans — soient accompagnés d'un adulte et plusieurs précisent que seuls les enfants d'un patient peuvent lui rendre visite à l'hôpital.

Quoique 31 % des sites Web des hôpitaux (35) exhortent les visiteurs à se désinfecter les mains avant d'entrer dans la chambre d'un patient, plus de la moitié (62) prient les visiteurs éventuels de ne pas se présenter à l'hôpital s'ils sont malades ou ont le rhume. Les hôpitaux recommandent généralement d'éviter de porter un parfum ou d'apporter des produits parfumés et 76 % des hôpitaux (87) ne formulent aucune recommandation à propos du type de cadeaux à éviter (par exemple, des ballons en latex pouvant causer des réactions allergiques) Seuls huit hôpitaux indiquent explicitement si les visiteurs peuvent apporter de l'extérieur des aliments ou des boissons.

Près de 38 % des hôpitaux à l'étude (43) offrent aux membres de famille et à d'autres proches la possibilité de communiquer avec un patient par courriel ou, avec l'autorisation du patient, d'obtenir de l'information sur son état en consultant le site Web de l'hôpital. Cette constatation est encourageante; les 62 % restants pourraient s'en inspirer pour améliorer les visites virtuelles en ayant recours aux technologies numériques, en particulier dans le cas de patients dont la famille et les proches sont éloignés.

Validation des heures de visites affichées

On a fait deux appels au standard téléphonique de chaque hôpital pour s'informer des heures de visites dans les services de médecine et chirurgie générales. Dans plus de 35 % des cas, lors du premier appel, on a constaté un manque de cohérence entre les heures de visites affichées sur les sites Web et les heures de visites indiquées par les standardistes. Ces incohérences donnent à entendre que les politiques sur les heures de visites ne sont peut-être pas aussi accommodantes que le laissent croire les sites Web. Plus particulièrement, deux tendances ont été relevées :

- La majorité des standardistes encouragent les visites en après-midi même si la politique affichée autorise les visites le matin.
- La prise de décisions sur la souplesse des heures de visites dépend souvent des infirmières responsables; certaines peuvent étendre les heures de visites alors que d'autres imposeront des limites, si bien qu'au sein d'un même établissement les heures de visites peuvent varier d'un jour à l'autre ou selon les unités. Les familles ont ainsi des expériences fort différentes en matière de soins.

Bien que la validation effectuée au téléphone par les examinateurs ne modifie pas les notes attribuées aux hôpitaux, elle révèle qu'il existe sans doute des divergences entre les politiques affichées et l'expérience des familles et des visiteurs.

Comparaison avec l'étude américaine

On a observé certaines similitudes et des différences par rapport à l'étude menée dans l'État de New York en 2012 dont nous avons repris la méthode dans la présente étude. Il semble que la majorité des hôpitaux aux États-Unis et au Canada obtiennent une note de 6 ou moins pour ce qui est de l'ouverture de leurs politiques de visites; nous pouvons en conclure que ces politiques sont plus ou moins accommodantes et qu'il y aurait lieu de les améliorer considérablement pour qu'elles le soient

davantage. Les visites en matinée sont limitées tant aux États-Unis qu'au Canada; 22 % et 27 % des hôpitaux, respectivement, n'autorisent pas les visites le matin.

Alors que les visites en soirée sont limitées dans 57 % des hôpitaux de l'État de New York où les visites ne sont pas autorisées après 20 h, seuls 17 % des hôpitaux canadiens à l'étude imposent des restrictions pour les heures de visites le soir. Bien que moins de 10 % des hôpitaux de soins actifs de l'État de New York aient obtenu une note élevée (8-10) pour l'ouverture de leurs politiques de visites, le quart (26 %) des hôpitaux canadiens à l'étude ont reçu une note de 8 à 10.

La majorité des hôpitaux de soins actifs tant à New York qu'au Canada affichent les heures de visites sur leur site Web. Cependant, cette information est plus ou moins utile parce que, dans bien des cas, les sites Web ne donnent aucune directive sur les importantes précautions à prendre en matière de sécurité (p. ex. éviter les visites lorsqu'on est malade ou la désinfection des mains) et n'indiquent pas de limites en ce qui a trait à l'âge des visiteurs ou au nombre de personnes admises en même temps.

Discussion

Peu d'hôpitaux ont obtenu une note parfaite (10) pour l'ouverture des politiques de visites ou la disponibilité et l'utilité de l'information du site Web à cet égard. Actuellement, les politiques en matière de visites au Canada varient de très ouvertes (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) à très restrictives (18 h 30 à 20 h 30). Les visites le matin et en soirée sont souvent limitées. Bien qu'il existe des politiques de visites ouvertes et souples, elles ne sont pas courantes à l'heure actuelle au pays et leur mise en œuvre n'est sans doute pas uniforme d'un établissement à l'autre. Même si plus de 90 % des hôpitaux à l'étude affichent les heures de visites sur leur site Web, d'autres renseignements importants pour les visiteurs y sont très limités. Jeter un coup d'œil sur les résultats obtenus par les hôpitaux dans cette évaluation peut donner une idée des possibilités d'amélioration des politiques sur les visites et les moyens d'en faire part au public.

Quelque 23 % (n=26) des hôpitaux à l'étude qui ont des politiques de visites « ouvertes », « 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 », « en tout temps » ou « souples » peuvent créer un milieu véritablement propice à la participation des familles aux soins des patients. Les hôpitaux qui utilisent les termes « ouvertes », « 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 », « en tout temps » ou « souples » pour décrire leurs politiques n'obtiennent pas tous une note de 8 ou plus. La moitié de ces établissements à qui on a attribué une note de 8 à 10 sont établis en Colombie-Britannique. La mise en œuvre dans les hôpitaux de tout le pays de politiques sur les visites et sur la présence des familles qui soient accommodantes ferait en sorte que les familles puissent être présentes durant l'hospitalisation de leurs proches et leur permettrait de participer à leurs soins.

Depuis les 15 dernières années, plusieurs organisations influentes du Canada, telles que Patients Canada et l'Association canadienne des infirmiers/infirmières en soins intensifs, des États-Unis, comme l'American Association of Critical-Care Nurses, l'Emergency Nurses Association et l'American Heart Association, et du Royaume-Uni, notamment le Royal College of Nursing et la British Association for Accident and Emergency Medicine, appuient les pratiques sur la présence des familles. L'American Association of Critical-Care Nurses a affiché un avertissement sur la présence et les visites des familles dans l'unité de soins intensifs pour adultes afin de donner au personnel infirmier des exemples de mesures concrètes à prendre pour faciliter l'accès illimité des familles aux patients et favoriser la participation des proches au processus de soins²⁹. Cette alerte fait état de la nécessité d'élaborer une politique écrite pour orienter la mise en œuvre de pratiques

²⁹ Voir à l'annexe C la liste des 114 hôpitaux inclus dans l'échantillon de l'étude.

sur la présence des familles. En 2012, la présence des familles a été incluse dans le guide de pratiques cliniques préparé par la U.S. Emergency Nurses Association³⁰. Ce guide recommande, d'une part, d'offrir aux membres de famille pertinents la possibilité d'assurer leur présence et, d'autre part, de l'inscrire dans une politique écrite.

Les incohérences signalées dans les pratiques liées à la présence des familles et le refus d'autoriser la présence des membres de famille lors des tournées hospitalières des médecins, des changements de quart et de la réanimation sont fréquentes et ne concordent pas avec les soins axés sur les patients et les familles. D'aucuns décrivent cette incompatibilité comme un « conflit » entre les pratiques courantes et le modèle de soins centrés sur les familles adopté par l'institution³¹. Le personnel infirmier qui travaille dans des services où les pratiques à cet égard ne sont pas clairement définies peuvent ne pas être en mesure de répondre aux demandes des familles qui souhaitent être présentes³². Cet état de choses a poussé la U.S. Society of Pediatric Nurses et l'American Nurses Association à joindre leurs efforts pour élaborer un guide sur l'approche des soins axés sur la famille qui renferme des recommandations pragmatiques sur les pratiques liées à la présence et à la participation des familles³³. De même, les ministères des Services sociaux, de l'Éducation et du Développement du jeune enfant de l'Australie ont publié un guide sur les pratiques quotidiennes et les changements organisationnels liés aux approches centrées sur la personne et la famille³⁴. Cet ouvrage propose de maintenir une « politique de la porte ouverte » qui permette aux membres des familles de prendre part au processus de soins. Au Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a récemment rendu public un guide des meilleures pratiques cliniques qui visent à resserrer les partenariats entre les patients et le personnel infirmier afin d'améliorer l'expérience des soins et les résultats pour la santé³⁵. Ces lignes directrices appuient les visites ouvertes dans le but de satisfaire aux préférences des patients et de leur famille, et encourage le personnel infirmier à parvenir à un consensus avec les visiteurs lorsque le moment des soins est crucial et pourrait avoir un impact sur les visites.

Bien que les prestataires des services de santé aient habituellement une attitude positive par rapport à la présence des familles, les préoccupations à l'égard de la sécurité des patients et de leur famille, dont fait état la documentation, pourraient faire obstacle à de telles politiques^{36, 37, 38}. On s'inquiète en particulier de la possibilité que les membres de famille « s'évanouissent », « gênent » et « dérangent » au point de détourner l'attention des soins aux patients et de compromettre les résultats cliniques³⁹. Toutefois, les données probantes ne justifient pas ces inquiétudes. Une

³⁰ ENA. (2012). *Clinical practice guideline: family presence during invasive procedures and resuscitation*. The U.S. Department of Health & Human Services's National Guidelines Clearinghouse. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47542>

³¹ Nibert, L. et D. Ondrejka. (2005). « Family presence during pediatric resuscitation: an integrative review for evidence-based practice », *J Pediatr Nurs*, vol. 20, n° 2, p.145-147.

³² Madden, E. et C. Condon. (2007). « Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR », *Journal of Emergency Nursing*, vol. 33, n° 5, p. 433-440

³³ AACN. (2007). *AACN protocols for practice. Creating healing environments*. 2^e édition, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury (MA).

³⁴ Department of Human Services and Department of Education and Early Childhood Development. (2011). *Family-centred, personcentred: a guide for everyday practice and organisational change*. État de Victoria, Melbourne (Australie).

³⁵ RNAO. (2011). *Person-and Family-Centered Care Clinical Best Practice Guidelines*. Consulté le 29 octobre 2015. <http://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>.

³⁶ Belanger, M.A. et S. Reed. (1997). « A rural community hospital's experience with family witnessed resuscitation », *J Emerg Nurs*, vol. 23, n° 3, p. 238-239.

³⁷ Helmer, S.D., Smith, R.S., Dort, J.M., Shapiro, W.M. et B.S. Katan. (2000). « Family presence during trauma resuscitation: a survey of AAST and ENA members. American Association for the Surgery of Trauma. Emergency Nurses Association », *J Trauma*, vol. 48, n° 8, p.1015-1022.

³⁸ McClenathan, B.M., Torrington, K.G. et C.F. Uyehara. (2002). « Family member presence during cardiopulmonary resuscitation: a survey of US and international critical care professionals », *Chest*, vol. 122, n° 6, p. 2204-2211.

³⁹ Happ, M.B., Swigart, V.A., Tate, J.A., Arnold, R.M., Sereika, S.M. et L.A. Hoffman. (2007). « Family presence and surveillance during weaning from prolonged mechanical ventilation », *Heart Lung*, vol. 36, n° 1, p. 47-57.

évaluation de la présence des familles pendant une réanimation révèle que les membres de famille ont su tolérer émotionnellement la situation et n'ont pas nui aux soins prodigués au patient⁴⁰. Selon une récente étude de cohorte menée auprès de 252 hôpitaux américains comptant 41 568 adultes ayant souffert d'un arrêt cardiaque, les erreurs des systèmes de réanimation ne diffèrent pas dans les hôpitaux qui ont adopté une politique sur la présence des familles de ceux qui n'en ont pas; il est permis d'en conclure que la présence des familles ne donne pas lieu à des perturbations et à de piètres résultats⁴¹. Dans le même ordre d'idées, la recherche sur les tentatives de sevrage de la ventilation à long terme dans les services de soins intensifs montre que la présence des familles n'a pas eu plus d'influence néfaste sur les résultats que leur absence⁴².

Il y a d'autres réserves au sujet des pratiques et des politiques sur la présence des familles, notamment la protection de la vie privée et de la confidentialité de tous les patients et la question de la prévention d'infections possibles. Des organisations professionnelles comme l'American Association of Critical-Care Nurses et des chercheurs recommandent au personnel travaillant dans des aires communes de prendre diverses précautions, dont la présentation du formulaire de consentement aux membres des familles et d'autres restrictions nécessaires pour protéger la vie privée d'autres patients⁴³. En ce qui a trait à la prévention des infections, une récente étude des données probantes conclut que l'autorisation des visites libres et la présence des familles ne constituent pas des risques d'infection⁴⁴.

« Il est important d'en discuter si l'adoption d'une politique cause des inquiétudes au sujet des patients – par exemple si cela augmente le stress chez certains visiteurs. De plus, la politique devra comporter une disposition permettant d'examiner la situation au cas par cas et le patient devra participer aux discussions – il est essentiel de tenir compte de la préférence des patients. »

Un répondant au sondage sur les politiques sur la présence des familles

L'information des prestataires de services de santé sur les avantages de l'élaboration d'une politique sur la présence des familles facilite grandement les pratiques dans ce domaine⁴⁵. Une meilleure connaissance des bienfaits de la présence des familles et une sensibilisation accrue à cet égard peuvent influencer favorablement sur les attitudes et les croyances. L'élaboration de politiques permet non seulement de clarifier les choses, mais peut aussi réduire les risques de conflit entre les prestataires de services de santé et les institutions publiques. Un récent sondage mené auprès de professionnels de la santé au Canada fait état d'un appui généralisé (90 %) des politiques sur la présence des familles, lorsque celles-ci sont clairement définies⁴⁶. Pour la

majorité des répondants, l'idée d'une politique sur la présence des familles n'avait rien d'inquiétant et ceux que cela préoccupait se souciaient en particulier de l'équilibre entre les niveaux de stress, le moment opportun et la disponibilité des ressources.

⁴⁰ Oman, K.S. et C.R. Duran. (2010). « Health Care Providers' Evaluations of Family Presence During Resuscitation », *J Emerg Nurs*, vol. 36, n° 6, p. 524-533.

⁴¹ Goldberger, Z.D., Nallamothu, B.K., Nichol, G., Chan, P.S., Curtis, J.R. et C.R. Cooke. (2015). « Policies Allowing Family Presence During Resuscitation and Patterns of Care During In-Hospital Cardiac Arrest », *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, vol. 8, n° 3, p. 226-234.

⁴² Happ, M.B., Swigart, V.A., Tate, J.A., Arnold, R.M., Sereika, S.M. et L.A. Hoffman. (2007). « Family presence and surveillance during weaning from prolonged mechanical ventilation », *Heart Lung*, vol. 36, n° 1, p. 47-57.

⁴³ Gray, H., Adam, J., Brown, D., McLaughlin, P., Hill, V. et L. Wilson. (2011). « Visiting all hours: A focus group study on staff's views of open visiting in a hospice », *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 17, n° 11, p. 552-560.

⁴⁴ Davidson, J.E., Savidan, K.A., Barker, N., Ekno, M., Warmuth, D. et A. Degen-De Cort. (2014). « Using evidence to overcome obstacles to family presence », *Crit Care Nurs Q*, vol. 37, n° 4, p. 407-421.

⁴⁵ Hardin-Fanning, F. et E. Yoder. (2014). « Family Presence During CPR: The Impact on Emergency Room Staff », *Kentucky Nurse*, vol. 62, n° 4, p. 4.

⁴⁶ Sondage commandé par la FCASS, mené par Abacus Data en avril 2015.

Un autre sondage récent sur les expériences et les attitudes de Canadiens âgés de 18 ans et plus⁴⁷ à l'égard des heures de visites dans les hôpitaux fait état également d'un soutien sans réserve des politiques sur la présence des familles. La majorité des répondants sont d'avis que les politiques actuelles sont trop restrictives, qu'il est difficile pour les membres de famille de visiter leurs proches hospitalisés et de participer à leurs soins, et que les hôpitaux devraient augmenter le nombre d'heures de visites.

La présence des familles offre également la possibilité d'accroître la participation des patients et des familles à la prestation de services de santé. Sur le strict plan des soins, on devrait encourager la présence des familles durant les tournées au chevet des patients; les patients et les familles pourraient veiller à la planification des congés pendant la période d'hospitalisation et avoir accès aux dossiers médicaux de manière à faciliter la prise de décisions au sujet des soins ainsi que l'apprentissage et l'auto-prise en charge, le cas échéant. De plus en plus, dans le domaine de la santé, le consensus s'établit sur la nécessité incontournable de la participation des patients et des familles non seulement pour améliorer l'expérience et les résultats cliniques des patients, mais aussi pour réduire le recours à des services de santé inutiles⁴⁸. Un sondage réalisé en 2015 par Herrin et ses collègues sur les stratégies et les politiques en matière de participation des patients et des familles dans des hôpitaux des États-Unis révèle que la présence des familles – en particulier l'accès illimité aux patients et la prise en compte des patients et des familles dans les rapports de changement de quart du personnel infirmier – contribue à l'expérience des soins et à l'évaluation que font les patients de la prestation des services hospitaliers. La présence des familles étant une pratique de plus en plus acceptée, les organisations et les prestataires de services de santé devront faire en sorte que les familles soient admises au chevet des patients et ailleurs. Les organisations qui entreprennent ces importants changements doivent se préparer et prendre des mesures additionnelles pour faciliter une transition graduelle en toute sécurité vers un milieu régi par les politiques sur la présence des familles⁴⁹.

Cette étude a ses limites. Elle utilise un échantillon des grands hôpitaux de soins actifs pour présenter un aperçu, à un moment donné, des politiques en matière de visites. Il faudra toutefois procéder à des examens répétés pour déterminer les tendances et observer les changements à ce chapitre au fil du temps. Les conclusions de l'étude ne sont peut-être pas généralisables aux services de médecine et chirurgie générales, aux petits hôpitaux et aux établissements de taille moyenne ou spécialisés. Bien que l'on ait tenté de valider la cohérence des politiques sur les visites et de l'information affichée sur le site Web des hôpitaux, aucune vérification de la mise en œuvre effective des politiques de visites n'a été faite, car elle dépasse la portée de la présente étude.

Il faut souligner également que les hôpitaux de soins actifs ne sont pas les seuls établissements dans lesquels la présence des familles peut être bénéfique. À vrai dire, la présence et la participation des membres de famille et d'autres personnes de soutien dans les centres de réadaptation, les établissements de soins de longue durée et d'autres organisations de prestation de soins de santé dans le continuum de soins qui donnent lieu à des interactions entre patients et prestataires de services de santé peuvent se traduire par une expérience plus positive des soins et de meilleurs résultats.

⁴⁷ Sondage commandé par la FCASS, mené par Ipsos Reid en avril 2015.

⁴⁸ Herrin, J., Harris, G.H., Kenward, K., Hines, S., Joshi, M.S. et D.L. Frosch. (2015). « Patient and family engagement: a survey of US hospital practices », *BMJ Qual Saf.* doi:10.1136/bmjqs-2015-004006.

Conclusions et prochaines étapes

La présente étude a permis de recenser 30 hôpitaux canadiens qui ont adopté des politiques accommodantes sur la présence des familles et leur participation aux soins. Ces établissements font montre d'un leadership louable qui témoigne de leur engagement à créer des milieux propices aux soins centrés sur les patients et les familles. De même, la constatation que près de la moitié des hôpitaux à l'étude (48 %) ont des politiques qui sont plus ou moins accommodantes pour les familles dénote un progrès que l'on pourra exploiter.

Les politiques actuelles en matière de visites, dont celles qui sont ouvertes, ne sont peut-être pas bien comprises par le personnel et, par conséquent, leur application peut laisser à désirer. La cohérence des politiques sur les visites des différents hôpitaux pourraient réduire et éventuellement éliminer les disparités sur le plan de l'expérience des soins ainsi que la nécessité pour le personnel de déroger aux politiques en matière de visites pour les rendre plus accommodantes au cas par cas. Il faudrait améliorer le type d'information et le mode de communication des renseignements destinés aux visiteurs éventuels de sorte à reconnaître la diversité et les réalités culturelles dans les établissements hospitaliers ainsi que les compétences et les aptitudes des patients, des familles et d'autres soignants. La certitude que la présence des familles contribue à améliorer l'expérience des patients et de leur famille ainsi que les résultats pour la santé devrait encourager d'autres hôpitaux du Canada à amorcer le processus de changement de leurs politiques sur les visites.

Toutefois, changer les politiques sur les visites n'est pas aussi simple que d'appuyer sur un bouton. Pour faire accepter des politiques plus accommodantes, il faut que s'engage un dialogue entre le personnel, les patients, les familles, les aidants naturels et la collectivité dans son ensemble. Ces échanges devraient permettre de reconnaître tant le désir des patients et des familles d'être des partenaires de l'équipe de soins que celui des professionnels de la santé d'évoluer dans un milieu de travail sûr et efficace pour leur bien-être et celui de leurs patients. Les patients et les familles peuvent être des partenaires de soins et des alliés en matière de qualité des services de santé et de sécurité des patients.

Étant donné que les hôpitaux du Canada s'efforcent d'offrir des soins centrés sur le patient et la famille, il importe de reconnaître que les politiques de visites représentent une étape indispensable pour créer un milieu qui appuie les soins prodigués aux « personnes dans leur intégralité » ainsi que la participation active des patients, des familles et des aidants naturels à la prise de décisions. La FCASS encourage les hôpitaux du Canada à envisager la mise en œuvre de politiques novatrices sur la présence des familles comme mesure concrète visant à offrir des services de santé davantage axés sur les patients et les familles. Les hôpitaux qui pensent à changer les politiques sont encouragés à souscrire à la campagne *Meilleurs ensemble* menée par la FCASS, comme l'ont fait les hôpitaux qui ont déjà amorcé le processus de changement et qui se préparent à adopter des politiques sur la présence des familles.

Annexes

Annexe A – Feuille de notation pour l’ouverture des politiques de visites dans les services de médecine et chirurgie générales

Question/Paramètre	Note (1 ou 0)
1. La politique de l’hôpital prévoit-elle au moins une heure de visites le matin?	
2. La politique de l’hôpital prévoit-elle au moins deux heures de visites le matin?	
3. La politique de l’hôpital prévoit-elle plus de deux heures de visites le soir après 18 h (ce qui serait plus accommodant pour les personnes qui travaillent le jour)?	
4. La politique de l’hôpital prévoit-elle au moins 8 heures de visites par jour?	
5. La politique de l’hôpital prévoit-elle 10 heures de visites ou plus par jour?	
6. La politique de l’hôpital prévoit-elle 12 heures de visites ou plus par jour?	
7. La politique de l’hôpital prévoit-elle 14 heures de visites ou plus par jour?	
8. La politique affichée sur le site Web de l’hôpital énonce-t-elle qu’il y a une certaine flexibilité pour les heures de visites?	
9. La politique de visites affichée sur le site Web de l’hôpital énonce-t-elle que les familles et(ou) les aidants naturels d’un patient peuvent passer la nuit à son chevet?	
10. La politique de visites affichée sur le site Web de l’hôpital énonce-t-elle qu’une certaine souplesse est prévue pour autoriser les visites 24 heures sur 24 d’un adulte chargé d’assister le patient?	
Total :	

Interprétation de la notation :

- 0-2, pas du tout accommodante;
- 3-4, légèrement accommodante;
- 5-6, plus ou moins accommodante;
- 7-8, accommodante;
- 9-10, très accommodante.

Annexe B – Feuille de notation pour la disponibilité et l'utilité pour les visiteurs de la communication sur le Web de l'information sur les politiques de l'hôpital en matière de visites

Question/Paramètre	Note (1ou 0)
1. Les heures de visites de l'hôpital sont-elles affichées sur le site Web?	
2. Est-il possible de trouver les heures de visites grâce à un lien portant un titre qui indique assez clairement qu'il contient de l'information destinée aux visiteurs (p. ex. « visiteurs » ou « patients et visiteurs » ou « guide à l'intention des patients et des familles » – voire « information pour les patients » – plutôt que des liens moins évidents comme « à propos » ou « soins » ou « information sur les admissions »?	
3. Peut-on voir et imprimer facilement les heures de visites et l'information relative à la politique sur cette page Web?	
4. La page Web sur la politique en matière de visites indique-t-elle combien de personnes sont admises à la fois au chevet d'un patient dans les services de médecine et chirurgie générales?	
5. La page Web sur la politique en matière de visites contient-elle des recommandations sur les enfants visiteurs dans les services de médecine et chirurgie générales?	
6. Dans la page Web sur la politique en matière de visites, exhorte-t-on les visiteurs à se désinfecter (ou laver) les mains avant d'entrer dans la chambre du patient?	
7. Dans la page Web sur la politique en matière de visites, avertit-on les visiteurs éventuels de ne pas se présenter à l'hôpital s'ils sont malades ou ont le rhume?	
8. La page Web sur la politique en matière de visites contient-elle des recommandations sur les boissons ou les aliments que les visiteurs peuvent apporter ou toute restriction à cet égard?	
9. La page Web sur la politique en matière de visites contient-elle des recommandations sur les cadeaux que les visiteurs ne devraient pas apporter afin d'éviter les réactions allergiques ou d'autres problèmes (p. ex. des ballons en latex ou des fleurs)?	
10. Le site Web offre-t-il – dans la page sur les politiques de visites ou dans une autre section facile à voir – un moyen permettant à la famille, aux personnes chargées d'assister le patient et à ses amis d'envoyer en ligne un message pour se tenir au courant de l'état du patient (avec l'autorisation de ce dernier)?	
Total :	

Interprétation de la notation :

- 0-2, pas utile du tout;
- 3-4, pas utile;
- 5-6, assez utile;
- 7-8, utile;
- 9-10, très utile.

Annexe C – Liste des hôpitaux inclus dans l'échantillon de l'étude

1. Hôpital régional et centre anticancéreux d'Abbotsford
2. Hôpital pour enfants de l'Alberta
3. Hôpital Bluewater Health
4. Centre de santé régional de Brandon et Santé Prairie Mountain
5. Hôpital de Burnaby
6. Régie régionale de la santé Cape Breton – Centre de santé-loisirs du Cap-Breton
7. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
8. Centre hospitalier de l'Université de Montréal
9. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
10. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
11. Centre universitaire de santé McGill - Site Glen
12. Centre de santé des enfants et des femmes de la Colombie-Britannique
13. Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
14. Hôpital général de Chilliwack
15. Hôpital régional de Chinook
16. Hôpital Notre-Dame
17. Hôpital Saint-Luc
18. Hôtel-Dieu de Montréal
19. Hôpital Concordia
20. Hôpital communautaire des Sœurs Grises – Covenant Health
21. Hôpital communautaire Misericordia – Covenant Health
22. Hôpital régional Dr Everett Chalmers
23. Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont
24. Centre médical Foothills
25. Hôpital général – Centre des sciences de la santé
26. Hôpital Grace
27. Hôpital général de Grand River
28. Hôpital général de Guelph
29. Centre de services de santé Peel-Halton
30. Centre des sciences de la santé de Hamilton
31. Centre des sciences de la santé
32. Horizon Santé-Nord
33. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
34. Hôpital général juif
35. Hôpital Maisonneuve-Rosemont
36. Hospital for Sick Children
37. Hôtel-Dieu Grace Healthcare
38. Hôpital régional Humber River
39. Centre de santé IWK
40. Joseph Brant Hospital
41. Hôpital général de Kelowna
42. Hôpital général de Kingston
43. Centre de santé Lakeridge
44. Hôpital général de Lakeshore
45. Langley Memorial Hospital
46. Hôpital Lions Gate
47. Centre des sciences de la santé de London
48. Mackenzie Richmond Hill Hospital
49. Hôpital Markham Stouffville
50. Hôpital régional de Medicine Hat
51. Hôpital Montfort
52. Hôpital de Montréal pour enfants
53. Hôpital général de Montréal
54. Hôpital Mount Saint Joseph
55. Hôpital Mount Sinai
56. Hôpital général régional de Nanaimo
57. Système de santé de Niagara
58. Centre régional de santé de North Bay
59. Hôpital général de North York
60. Hôpital Pasqua
61. Peace Arch Hospital
62. Hôpital régional de Penticton
63. Peter Loughheed Centre
64. Centre régional de santé de Peterborough
65. Hôpital général Qikiqtani
66. Hôpital Queen Elizabeth
67. Queen Elizabeth II Health Sciences Centre
68. Hôpital Queen Elizabeth II
69. Queensway Carleton Hospital
70. Quinte Health Care
71. Red Deer Regional Hospital Centre
72. Hôpital général de Regina
73. Rockyview General Hospital

74. Rouge Valley Health System
75. Hôpital Royal Alexandra
76. Royal Columbian Hospital
77. Hôpital Royal Inland
78. Hôpital Royal University
79. Hôpital Royal Victoria
80. Centre régional de santé Royal Victoria
81. Hôpital régional de Saint John
82. Hôpital municipal de Saskatoon
83. Hôpital de Sault-Sainte-Marie
84. Seven Oaks General Hospital
85. Southlake Regional Health Centre
86. St. Boniface General Hospital
87. St. Joseph's Health Care London
88. St. Joseph's Health Centre Toronto
89. St. Joseph's Healthcare Hamilton
90. Hôpital St. Michael
91. Hôpital St. Paul
92. Hôpital St. Paul [Saskatoon]
93. Stanton Territorial Hospital
94. Sturgeon Community Hospital
95. Sunnybrook Health Sciences Centre
96. Surrey Memorial Hospital
97. The Brantford General
98. The Moncton Hospital
99. The Richmond Hospital
100. The Scarborough Hospital
101. The University Hospital of Northern
British Columbia-Prince George
102. Thunder Bay Regional Health Sciences
Centre
103. Toronto East General Hospital
104. Toronto General Hospital (from
University Health Network)
105. Trillium Health Partners
106. University of Alberta Hospital
107. Vancouver Hospital and Health Sciences
Centre
108. Vernon Jubilee Hospital
109. Victoria General and Royal Jubilee
Hospitals
110. Hôpital Victoria
111. Hôpital régional de Western Memorial
112. Hôpital général de Whitehorse
113. William Osler Health System
114. Hôpital régional de Windsor