



Ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre du service de réanimation du centre hospitalier de Lorient : le point de vue des soignants. Analyse et réflexions

Mathias Luquet

► To cite this version:

Mathias Luquet. Ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre du service de réanimation du centre hospitalier de Lorient : le point de vue des soignants. Analyse et réflexions. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03210843

HAL Id: dumas-03210843

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03210843>

Submitted on 28 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2021

Thèse présentée par :

Monsieur Mathias Luquet
Né le 2 octobre 1989 à Rennes (Île-et-Vilaine)

Thèse soutenue publiquement le 19 mars 2021 à 13h30.

**Ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre du service de
réanimation du centre hospitalier de Lorient**

-

Le point de vue des soignants. Analyse et réflexions.

Président	Mr le Professeur Olivier Huet
Membres du jury	<u>Mr le Professeur Jean-Michel Boles</u>
	Mme la Professeure Armelle Gentric
	Mr le Docteur Jean-Michel Roue, MCU-PH

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Doyens honoraires

FLOCH Hervé (†)
LE MENN Gabriel (†)
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves (†)
DE BRAEKELEER Marc (†)

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

OZIER Yves Anesthésiologie-réanimation

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire

LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
L'Her Erwan	Réanimation
LACUT Karine	Thérapeutique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MONCLA Anne	Génétique
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
LE GAC Géraud	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LIPPERT Éric	Hématologie
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Professeur des Universités Associé de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Professeur des Universités

BORDRON Anne Biologie cellulaire

Professeur des Universités Associé (à mi-temps)

METGES Jean-Philippe Cancérologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe Immunologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LE VEN Florent	Cardiologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
SCHICK Ulrike	Cancérologie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
GUILLOU Morgane	Addictologie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
ROUE Jean-Michel	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TROMEUR Cécile	Pneumologie

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie
BEURTON-COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographie
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita	Rhumatologie
------------------------	--------------

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
CHAUVEAU Aurélie	Hématologie biologique
KERFANT Nathalie	Chirurgie plastique
THUILLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie-Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire
---	-----------------------------------

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

NGUYEN BA Vinh Anesthésie-réanimation	DULOU Renaud Neurochirurgie
--	------------------------------------

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne	Médecine générale / Urgence
SCELLOS Olivia	Médecine générale

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

À Mr le Professeur **Huet**, pour m'avoir formé à la réanimation et à la rigueur que cette discipline impose ; pour m'avoir permis de continuer ma formation à Bruxelles, dans un centre d'expertise ; et pour avoir accepté la présidence de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et mes remerciements sincères.

À Mr Le Professeur **Boles**, pour m'avoir initié à l'éthique médicale, cette discipline qui donne tout son sens à notre métier, et pour m'avoir encadré et accompagné tout au long de ce travail de thèse. Voyez ici l'expression de mon admiration et de de mes vifs remerciements.

À Mme la Professeure **Gentric**, merci d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur d'y apporter votre expertise.

À Mr le Docteur **Roué**, pour votre participation à ce jury de thèse, merci d'apporter à ce travail votre point de vue de réanimateur pédiatrique.

Aux équipes d'anesthésie et de réanimation du CHRU de Brest :

Merci aux équipes de **réanimation médicale** et **chirurgicale** ainsi qu'aux équipes **d'anesthésie** à la Cavale Blanche comme à l'hôpital Morvan. Médecins et paramédicaux ont su m'enseigner avec patience et bonne humeur l'anesthésie et la réanimation pendant ces cinq années d'internat.

À Mr le Professeur **Ozier**, pour son aide et sa bienveillance pendant mon début d'internat.

À l'équipe du Centre Hospitalier Bretagne Sud, Hôpital du Scorff, à Lorient :

Je remercie chaleureusement toute l'équipe de réanimation pour m'avoir permis de réaliser cette étude dans leur service et particulièrement les soignants qui ont pris le temps de répondre aux questionnaires, ainsi que Mme **Denis** pour son aide et sa disponibilité.

Merci également au Dr **Bercelli** du département des informations médicales du CHBS pour les données qu'il m'a fournies et son aide dans ce travail.

À ma famille :

À mes frères, **Thomas, Damien et Igor**. Pour nos années de vie commune, pour être le socle sur lequel je peux toujours m'appuyer en cas de soucis, pour être des exemples à suivre dans tellement de domaines. Merci infiniment.

À ma **mère** et à **Oleg** qui m'ont supporté pendant ces longues années de médecine, qui m'ont soutenu et encouragé dans les moments les plus difficiles, et qui ont toujours cru en moi. Merci pour votre amour et pour tout ce que vous m'avez apporté bien avant ces études de médecine.

À mon **père**, pour son dynamisme et son esprit d'initiative qui nous pousse toujours vers l'avant. Pour avoir réussi à être présent à mes côtés tout au long de ma vie, malgré la distance qui nous sépare. Merci !

À bonne-maman, **Claude**, pour ces semaines de révisions passées à Rouen, agrémentées de longues discussions si enrichissantes. Merci pour tout (et pour ta recette de roses des sables avant tout !).

À ma grand-mère **Mireille** et à mon grand-père **Yves**. C'est votre amour de la médecine et votre humanité qui m'ont amené jusqu'ici. En regrettant que vous ne puissiez assister à cette soutenance.

À mes Oncles **François, Bertrand et Gilles**, à ma marraine **Noëlle** et à mes tantes **Aude et Véronique**. À tous mes cousins. Puisse notre famille rester soudée de longues années.

À mes amis :

À **Clément**, Brest n'aurait pas eu la même saveur sans toi. Merci pour toutes ces choses indispensables qu'on partage ensemble : jongle, grimpe, vélo, cartes, discussions, conv...

À **Tristan**, pour ces discussions sans fin et pour tous ces bons moments passés ensemble, et ceux à venir. A Notre amitié.

À **Julian, Raf, Jimi, Jerem, Benoit, Guillaume, Ismène, Manon, Léna, Bleuenn**. À notre amitié qui traverse le temps. Je sais désormais que vous serez toujours là pour moi, et c'est réciproque ! Les gars, à vos 40 ans qui approchent...

À toute la Froc. À **Etienne** grâce à qui j'ai rencontré tous les autres, et qui a été présent dans les moments difficiles de mon internat alors qu'on se connaissait si peu. À **Charles**, pour ton aide précieuse en statistiques et pour tant d'autres choses. À **Tristan, Simon, Cul, Anne-laure et Baucher**, vous avez été tellement plus que des coloc ! À tous mes amis, **Marie, Inès, Gaël, Léna, Iona, Guillaume, Laurent, Maïwenn, Kevin, Anna, Gwen, Claire, Goulven, Elise et Adrian**.

À **Corentin** pour notre première année passée ensemble, pour ces semaines de révisions salvatrices, et pour notre amitié qui dépasse largement notre métier commun. Merci pour tout !

À **Antoine**, pour notre amitié plus vieille que mes premiers souvenirs ! À ton courage de nous avoir rejoint dans cette super aventure qu'est la médecine <3

À tous les cocos, à **Nico, Marie, Pierre, Ingé, Florence, Maud, Jonathan, Saïd et Charlotte**. Pour nos années d'externat ensemble !

À **Charlie**, à notre super coloc pour mon premier semestre en périph !

À tous mes co-internes, avec qui j'ai passé de super stages. Particulièrement **Charles, Philippe, Léo**.

À tous mes amis, loin de la médecine, qui m'apportent tant. À **Aurel et Sam. À Guillermo**.

À **Pierre et Paul. À Thomas**

À toute la Clique, **Marion, Sounda, Malik, Claire, Amine, Hicham et Aya**.

À **Cécile**, Merci infiniment pour ton aide indispensable dans ce travail, notamment pour la relecture et l'orthographe. Mais surtout, merci d'être à mes côtés tous les jours et de partager ton quotidien avec moi. À notre Avenir !

TABLE DES MATIERES

Introduction

Matériel et Méthodes

- I. Présentation du service**
- II. Les questionnaires**
- III. Analyse de l'activité du service**
- IV. Méthode d'analyse**

Résultats

- I. Statistiques d'activité avant et après ouverture 24h/24**
- II. Première période « avant ouverture »**
- III. Deuxième période « après ouverture »**
- IV. Comparaison des périodes avant et après ouverture**

Discussion

- I. Appréciation globale des soignants**
- II. Craintes et problèmes rencontrés par les soignants**
 - a. Impact sur la charge de travail**
 - b. Gestion des visites 24h/24 et organisation des soins**
 - c. Interruptions de tâches**
 - d. Multiplication des entretiens informels**
 - e. Perte de confidentialité**
 - f. Le travail sous le regard des familles**
 - g. Difficultés rencontrées avec certaines familles**
- III. Impact pour le patient et la famille**
 - a. Infections nosocomiales**
 - b. Anxiété, apaisement et fatigue des patients**
 - c. Le patient au centre de la décision**
 - d. Bénéfices pour la famille**
- IV. Limites de l'étude**

Mise en perspective de l'étude au regard de la situation sanitaire actuelle

- I. Gestion des familles en réanimation**
- II. Concilier les aspects éthiques et pratiques**

Conclusion

Annexes

Annexe 1. Premier questionnaire

Annexe 2. Deuxième questionnaire

Annexe 3. Réponses aux questions ouvertes du premier questionnaire

Annexe 4. Réponses aux questions ouvertes du deuxième questionnaire

INTRODUCTION

En réanimation, la gravité des situations cliniques et la perspective du deuil ou des séquelles possibles constituent une expérience souvent traumatisante, à la fois pour le patient et pour sa famille et ses proches. L'intensité et le caractère invasif des soins peuvent paraître choquants pour les patients et les familles qui ne sont pas habitués aux services de réanimation. Élargir les horaires de visite pour les familles pourrait prévenir ce stress et améliorer la qualité du vécu des séjours en réanimation des patients et de leurs familles. C'est avec cette idée que les sociétés savantes de réanimation, la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) et la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), militent conjointement depuis plusieurs années pour une « ouverture » des services(1), c'est à dire une suppression des horaires de visite et donc, une possibilité d'accueil des visiteurs vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

De multiples publications cherchent à préciser l'impact des politiques d'accueil en réanimation ; élargir les horaires de visite pourrait diminuer l'anxiété des patients(2). Rosa et al. et Eghbali-Babadi et al. mettent en évidence une diminution de l'incidence et de la durée des déliriums en réanimation(3)(4). Les enquêtes de satisfaction menées auprès des familles plaident aussi en faveur de cet élargissement des horaires de visite(5)(6). Certains auteurs suggèrent également une diminution des scores d'anxiété et de dépression chez les familles(7).

Pourtant en 2016, seuls 23,9% des services de réanimation pour adultes en France disposaient d'une telle flexibilité d'horaires de visite(8).

Les représentations que les soignants se font de l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre sont souvent empreintes de nombreuses craintes : surcharge de travail, familles envahissantes, stress et épuisement des patients, épuisement des familles qui peuvent se sentir obligées de venir plus souvent. Ces craintes constituent certainement un frein au changement.

C'est pourquoi dans chaque centre qui désire changer sa politique d'accueil, il est primordial d'évaluer ce qu'en pensent les soignants. Quelles représentations s'en font-ils lors qu'ils travaillent dans un service « fermé » ? Quelles constatations font-ils une fois que le service est « ouvert » ? Les craintes qu'ils pouvaient avoir avant, se sont-elles concrétisées après l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre ? Considèrent-ils à posteriori l'ouverture de leur service comme un changement souhaitable ?

Le service de réanimation polyvalente du centre hospitalier Bretagne sud (CHBS), hôpital du Scorff, à Lorient, a décidé en septembre 2018 d'ouvrir le service vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour les familles.

A travers un questionnaire distribué aux soignants de ce service, notre étude avait donc pour objectif principal d'analyser l'évolution des représentations qu'ils ont de l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre un an après la mise en place de cette nouvelle politique. Les objectifs secondaires comprenaient les analyses de ces représentations spécifiquement avant et spécifiquement après l'ouverture du service, et l'analyse du taux d'infections nosocomiales entre avant et après l'ouverture.

MATERIEL ET METHODES

NB : Pour tout l'exposé, le terme « famille » sera pris au sens large, incluant les proches et le cercle rapproché du patient : époux(se); conjoint(e); ami(e)s... Le terme "soignant" est lui aussi à prendre au sens large, incluant tout le personnel travaillant de manière rapprochée avec les patients de réanimation : aide-soignant(e)s, infirmier(e)s, médecins, kinésithérapeute et cadre de santé.

I. Présentation du service

L'étude a été menée dans le service de surveillance continue (USC) et réanimation polyvalente du CHBS, hôpital du Scorff, à Lorient. Ce service comprend 10 lits de réanimation et six lits d'USC regroupés au même endroit, et soumis aux mêmes politiques d'accueil des familles.

Avant septembre 2018, le service disposait d'horaires de visite limités : les familles et les proches pouvaient venir rendre visite à leurs proches entre 15h et 18h et entre 19h45 et 21h.

En septembre 2018, le service a changé sa politique d'accueil des familles en supprimant les horaires de visite. Les familles sont depuis libres de venir dans le service à n'importe quelle heure, jour et nuit, sans aucune contrainte de durée. Une salle d'attente est disponible à l'entrée du service et les familles sont invitées à y attendre la fin des soins avant de pouvoir entrer dans la chambre. Lors de leur première visite, les familles sont accueillies par une infirmière du service, un livret d'accueil leur est transmis avec notamment des informations concernant les horaires d'ouverture.

Avant comme après l'ouverture du service, les entretiens médecins-familles sont fixés par rendez-vous l'après-midi. C'est lors de ces entretiens que les diagnostics, les évolutions cliniques et les perspectives thérapeutiques sont abordées avec les familles. Des informations concernant l'évolution quotidienne des patients peuvent néanmoins être données ponctuellement par les infirmières du service. Les entretiens avec les familles peuvent avoir lieu dans la chambre du patient, ou dans une pièce dédiée (« salon des familles »).

Le service ne dispose pas de couloir spécial pour les familles, l'accès aux chambres des patients se fait en passant par un espace commun au personnel.

Le service comporte 9 médecins, 31 infirmiers, 20 aides-soignants, un kinésithérapeute et un cadre de santé.

Aucun personnel supplémentaire dédié à l'accueil et à la gestion des familles n'a été recruté après l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

II. Les questionnaires

Cette étude a été menée par diffusion de questionnaires anonymisés auprès de l'ensemble des soignants du service. La profession et le statut de travailleur de jour ou de nuit ont été recueillis. L'ancienneté des soignants dans le service n'a été recueillie que dans le deuxième questionnaire. Les questionnaires comportaient chacun plusieurs rubriques concernant l'impact de l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre sur les patients, les familles, les soignants et l'organisation du système de soins.

Le premier questionnaire (annexe 1) concernait la période dite « avant ouverture ». Il était mis à disposition des soignants en juillet et en août 2018. Il comprenait des questions fermées (*réponse oui, non, ne-se-prononce-pas*) et un espace d'expression libre afin de recueillir les témoignages précis des soignants. Les questions portaient essentiellement sur ce que les soignants pensaient des conséquences de l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre à venir.

Le deuxième questionnaire (annexe 2) concernait la période dite « après ouverture ». Il était mis à disposition des soignants en octobre et novembre 2019, soit un an après l'ouverture du service. Les questions portaient essentiellement sur ce que les soignants avaient constaté comme changements depuis l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Une période d'au moins un an était souhaitée entre la diffusion des deux questionnaires pour permettre au service de palier les premiers dysfonctionnements éventuels, et pour laisser au personnel le temps de s'habituer et de prendre du recul vis-à-vis de cette nouvelle organisation.

III. Analyse de l'activité du service

Afin de juger au mieux les effets de l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et d'interpréter les réponses aux questionnaires, les statistiques d'activité de l'année précédant (du 01/08/2017 au 01/08/2018) et de l'année suivante (du 01/10/2018 au 01/10/2019) l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre ont été comparées : nombre de patients hospitalisés, durée moyenne de séjour, scores IGS2 moyens, nombre et pourcentage de patients ventilés, de patients bénéficiant d'épuration extrarénale. Ces données ont été fournies par le département des données médicales du CHB, hôpital du Scorff, à Lorient.

Les taux de patients développant une infection nosocomiale au cours de ces mêmes périodes ont eux aussi été comparés. Les données ont été extraites de la base REA-RAISIN et ne concernent donc que les patients ayant passé au moins 48h en réanimation (les patients d'USC ne sont pas inclus). Les comparaisons ont été faites à l'aide d'un test de Chi2 ou Fisher avec un risque alpha de 5%.

IV. Méthode d'analyse

Une première analyse des résultats a été faite après la diffusion du questionnaire « avant ouverture ». Les résultats ont été présentés à l'équipe médicale et au cadre de santé avant la seconde période.

Certaines questions étaient similaires dans les deux questionnaires, avec une forme conditionnelle et subjective dans le premier questionnaire car le service n'était pas encore ouvert (exemple : « pensez-vous que l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre du service puisse augmenter le nombre d'infections nosocomiales ? »), et sous forme affirmative dans le deuxième, car le service avait ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre (exemple : avez-vous constaté depuis l'ouverture du service une augmentation du nombre d'infections nosocomiales ? »). Les réponses à ces questions ont donc été comparées.

Les réponses aux questionnaires « avant » et « après » n'étaient pas appariées. Les variables étudiées étant qualitatives, les résultats ont été exprimés en nombres et en pourcentages, et les comparaisons entre les groupes ont été faites à l'aide d'un test de Chi2 ou Fisher. Le risque alpha était de 5% et tous les tests étaient bilatéraux. L'analyse a été faite à l'aide du logiciel Rstudio.

RESULTATS

I. Statistiques d'activité avant et après l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre :

Les tableaux I et II comparent réciproquement les statistiques d'activité et les taux d'infections nosocomiales au cours de deux périodes : un an avant et un an après l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les taux de mortalité sont significativement moins importants au cours de la deuxième période (17,05% et 13,43% ; $p=0,039$). En revanche, le taux d'infections nosocomiales est significativement plus important lors de la deuxième période (10,80% et 17,30% $p=0,03$).

Tableau I : Comparaison des statistiques d'activité

	Période 1 : 01/08/2017 au 01/08/2018	Période 2 : 01/10/2018 au 01/10/2019	P
Nombre de patients (USC et réanimation)	868	908	
DMS (séjour) moyen / écart type	14,53 / 17,73	13,80 / 15,63	
IGS moyen (séjour)	37,29	35,94	
Nombre et % Décès	148 soit 17,05%	122 soit 13,43%	0,039
Nombre et % ventilés	402 soit 46,31%	384 soit 42,29%	0,097
Nombre et % ventilés >48h	173 soit 19,93%	153 soit 16,85%	0,132
Nombre et % d'épuration extra-rénale	65 soit 7,48%	65 soit 7,15%	0,86

USC : unité de surveillance continue. DMS : durée moyenne de séjour. IGS : indice de gravité simplifié.

Tableau II : Comparaison des infections nosocomiales (chez les seuls patients de réanimation)

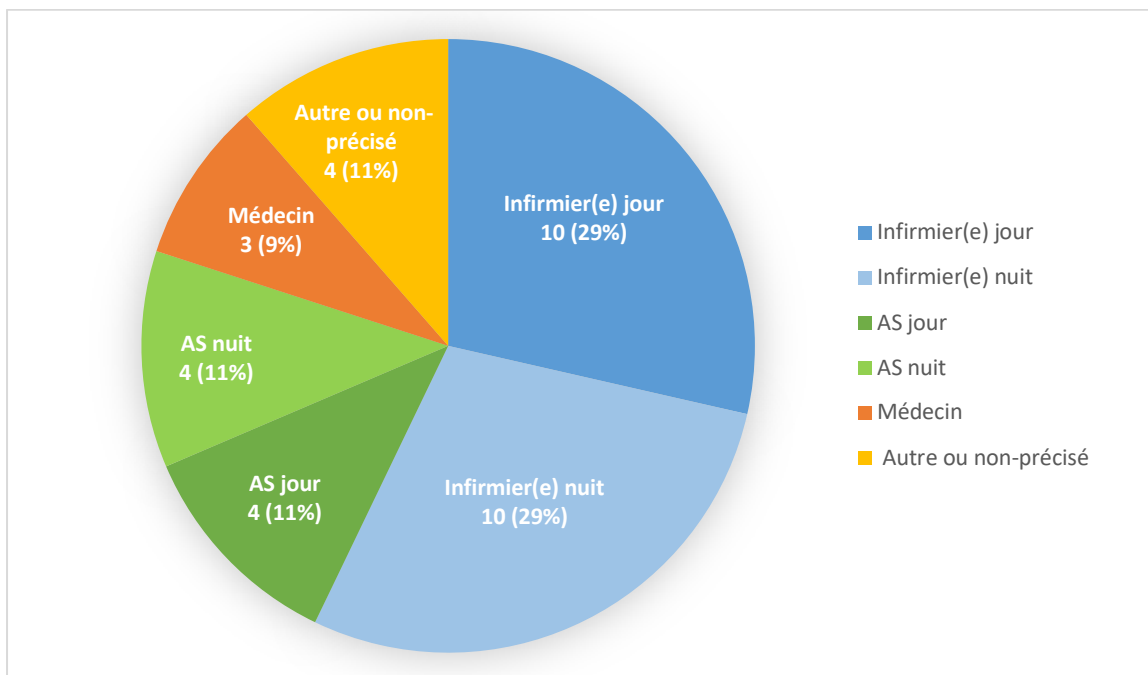
	Période 1 : 01/08/2017 au 01/08/2018		Période 2 : 01/10/2018 au 01/10/2019		P
	n*	%	n*	%	
Infections nosocomiales (total)	30/276	10,80%	57/329	17,30%	0,03
Pneumopathies nosocomiales	26/276	9,40%	46/329	13,90%	0,10
Bactériémies nosocomiales	4/276	1,40%	11/329	3,30%	0,21
Infections ou bactériémies liées au cathéter	2/243	0,82%	0/252	0%	0,46
Colonisations ou infections locales seules	10/243	4,10%	4/252	1,50%	0,15

*276 et 329 correspondent aux nombres de patients de réanimation pour lesquels une documentation REA-RAISIN est disponible. 243 et 252 correspondent aux nombres de patients parmi les précédents, chez qui un cathéter invasif a été mis en place.

II. Résultats « avant ouverture »

Trente-cinq soignants sur soixante-deux (soit 56%) ont répondu au 1^{er} questionnaire « avant » ouverture. La répartition des soignants ayant répondu au questionnaire est présentée dans la figure 1.

Figure 1 : répartition des 35 soignants ayant répondu au 1^{er} questionnaire « avant » l'ouverture du service. Taux de participation : 35/62 (56%).



AS : aide-soignant

NB : Les taux de participation en fonction des professions sont les suivants : Médecins : 3/9 (33%). Infirmier(e)s (jour et nuit) : 20/31 (64%). AS (jour et nuit) : 8/20 (40%).

a) Réponses aux questions fermées :

L'ensemble des réponses aux questions fermées est présenté dans le tableau III.

Tableau III : résultats des réponses au 1^{er} questionnaire « avant » l'ouverture du service.

Impact pour le patient	Oui		Non		Nsp	
	n	%	n	%	n	%
Augmente le nombre d'infections nosocomiales	8	22,9	25	71,4	2	5,7
Augmente le stress ou l'anxiété	5	14,3	22	62,9	8	22,8
Patient plus apaisé	23	65,7	2	5,7	10	28,6
Globalement bénéfique pour le patient	24	68,6	5	14,3	6	17,1
Impact pour famille	Oui		Non		Nsp	
	n	%	n	%	n	%
Les familles seront plus présentes	17	48,6	15	42,9	3	8,5
Pourrait créer un sentiment d'obligation de présence	7	20	28	80	0	0
Globalement bénéfique pour les familles	25	71,4	3	8,6	7	20
Une limite d'âge est-elle souhaitable ?	17	48,6	17	48,6	1	2,8
Impact pour les soignants	Oui		Non		Nsp	
	n	%	n	%	n	%
Serait responsable d'une surcharge de travail	29	82,9	4	11,4	2	5,7
Serait responsable d'une gêne pour le personnel	25	71,4	6	17,1	4	11,5
Pourrait nuire à la qualité des soins apportés	10	28,5	21	0,6	4	11,4
Impact global	Oui		Non		Nsp	
	n	%	n	%	n	%
Au total, l'ouverture 24h/24 est-elle souhaitable ?	20	57,1	9	25,7	6	17,2

b) Expression libre des soignants

Le verbatim des commentaires libres figure en annexe 3. Les numéros en italique ci-dessous correspondent aux soignants ayant répondu au questionnaire en annexe 3.

Les principales craintes exprimées par les soignants sont les suivantes :

Sept soignants sur 35 soulignent le risque d'être trop souvent sollicités par les familles pour donner des informations sur l'état de santé du patient, et ce, à des moments inappropriés (en dehors des entretiens familles, pendant les transmissions). Ces sollicitations risqueraient de désorganiser l'administration des soins.

6 : « Crainte d'être parasité par des familles qui demandent des infos à toute heure de la journée, engendrant une désorganisation des soins ». « Débriefing plus difficile par la présence de la famille ».

16 : « Peur d'être trop prise avec les familles ».

Un seul soignant exprime la crainte d'être gêné en travaillant sous le regard des familles.

11 : « Après en tant que soignante, j'ai la crainte d'une surveillance intensive des familles et la crainte de ne pas faire les soins en temps et en heure ».

Deux soignants soulignent que la communication entre les membres du personnel risque d'être gênée par la présence de familles trop présentes.

2 : « Il va falloir être plus vigilant sur la communication entre nous, on parle souvent fort, les portes ouvertes ».

9 : « crainte d'un envahissement des familles, moins de liberté d'expression entre les équipes (moment de détente, rigolade...) ».

Les autres craintes concernent des problèmes techniques signalés par trois soignants (interphone qui dysfonctionne, porte qui s'ouvre mal, lits à disposition des familles qui viennent la nuit), de sécurité (régulation des entrées la nuit), ou d'épuisement des familles qui pourraient se sentir obligées de venir vingt-quatre heures sur vingt-quatre signalé par deux soignants.

8 : « Crainte que les familles se sentent obligées de rester un maximum d'heures auprès du patient et qu'elles s'épuisent ».

Quatre soignants expriment un aspect positif pour les familles, qui peuvent organiser plus simplement leur vie personnelle et professionnelle avec les visites dans le service.

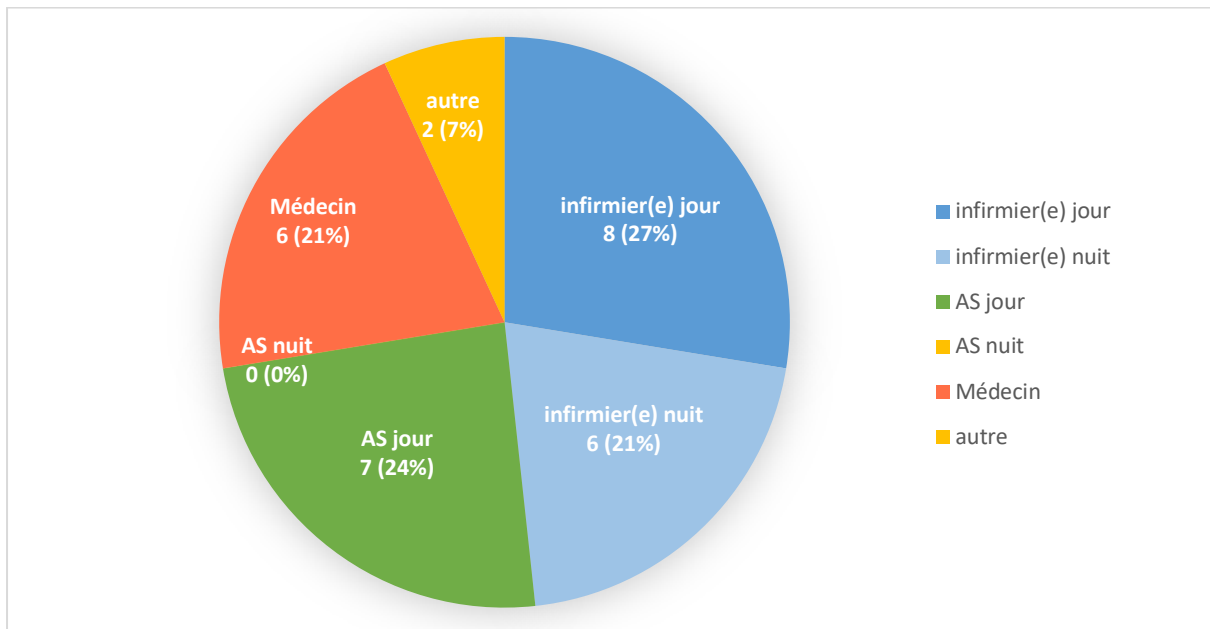
5 : « Cela permet aux familles de venir quand elles veulent et sans modifier leurs horaires de travail en fonction des horaires de visite ».

9 : « L'ouverture des services de réanimation permet aux familles d'être plus sereines ».

III. Résultats après ouverture

Vingt-neuf soignants sur soixante-deux (soit 47%) ont répondu au questionnaire « après » ouverture. La répartition des soignants ayant répondu au questionnaire est présentée en figure 2. Quarante-huit pourcent travaillaient dans le service de réanimation depuis plus de 10 ans. Aucun d'entre eux ne travaillait dans le service depuis moins d'un an. Aucun aide-soignant de nuit n'a répondu au questionnaire.

Figure 2 : répartition des 29 soignants ayant répondu au second questionnaire « après » l'ouverture du service. Taux de participation : 29/62(47%).



AS : aide-soignant(e)

NB : Les taux de participation en fonction des professions sont les suivants : Médecins : 6/9 (66%). Infirmier(e)s (jour et nuit) : 14/31 (45%). AS (jour et nuit) : 7/20 (35%).

a) Réponses aux questions fermées :

L'ensemble des réponses aux questions fermées est présenté dans le tableau IV.

Tableau IV : résultats des réponses au 2nd questionnaire « après » l'ouverture du service.

Impact pour le patient	Oui		Non		nsp	
	n	%	n	%	n	%
Augmente le risque d'infections nosocomiales	0	0	26	89,7	3	10,3
Augmente le stress ou l'anxiété des patients	5	17,2	20	68,9	4	13,7
Patients plus apaisés	20	69	5	17,2	4	13,8
La présence prolongée des familles augmente la fatigue des patients	22	75,9	2	6,9	5	17,2
Globalement bénéfique pour les patients	18	62,1	3	10,3	8	27,6
Impact pour la famille	Oui		Non		Nsp	
	n	%	n	%	n	%
Familles globalement plus présentes	18	62,1	8	27,6	3	10,3
Visites plus fréquentes	16	55,2	7	24,1	6	20,7
☐ Plus fréquentes le matin	21	72,4	4	13,8	4	13,8
☐ Plus fréquentes l'A.M	8	27,6	15	51,7	6	20,7
☐ Plus fréquentes la nuit	4	13,8	16	55,2	9	31
Visites plus longues	14	48,3	10	34,5	5	17,2
Sentiment d'obligation de présence	9	31	16	55,2	4	13,8
Globalement bénéfique pour les familles	23	79,3	2	6,9	4	13,8
Impact pour les soignants	Oui		Non		Nsp	
	n	%	n	%	n	%
Surcharge de travail	16	55,2	12	41,4	1	3,4
Gêne pour le personnel	19	65,5	8	27,6	2	6,9
Personnel plus souvent sollicité pour informer les familles	22	75,9	7	24,1	0	0
Familles plus demandeuses d'être présentes pendant les soins	4	13,8	25	86,2	3	10
Nuit à la qualité du travail des soignants	3	10,3	23	79,3	3	10,3
Nuit à la qualité des soins apportés	4	13,8	23	79,3	2	6,9
Modifie l'organisation de travail	5	17,2	24	82,8	0	0
Impact total	Oui		Non		Nsp	
	n	%	N	%	n	%
Souhaitez-vous maintenir le service ouvert 24h/24 ?	19	65,5	4	13,8	6	20,7
Souhaitez-vous revenir aux horaires précédents ?	4	13,8	21	72,4	4	13,8

Lors des soins ou de l'entretien de la chambre, les familles étaient appelées à retourner en salle d'attente « systématiquement » d'après 27,5% des soignants, « la plupart du temps » d'après 65,5%, « occasionnellement » et « jamais » d'après 3,4% des soignants.

b) Réponses aux questions ouvertes

L'ensemble des réponses aux questions ouvertes figure en annexe 4. Les numéros en italique ci-dessous correspondent aux soignants ayant répondu au questionnaire en annexe 4.

Vingt-deux soignants sur 29 ont exprimé au moins un point positif lié à l'ouverture du service. Les bénéfices pour les patients sont souvent rapportés (exprimés par 13 soignants). Ils concernent essentiellement l'apaisement et la diminution du stress pour le patient.

2 : « patients apaisés »

12 : « Impact positif sur le patient (apaisement du patient lorsque sa famille est présente, plus calme). »

14 : « Permet de canaliser certains patients (plus calmes, plus coopérants). »

Les bénéfices pour les familles sont également mis en avant par les soignants : la facilité d'accès à leurs proches rassure les familles, et l'organisation avec leur vie privée est simplifiée. Ce constat est exprimé par 10 soignants.

10 : « Plus facile pour les familles de gérer les visites par rapport à leur planning. »

14 : « Facilité pour les personnes qui travaillent. »

24 : « Familles moins anxieuses, satisfaites et rassurées de pouvoir venir H 24. »

Enfin, les soignants décrivent une meilleure relation famille-équipe soignante, et des familles aidantes pour certaines tâches (exprimé par six soignants) :

6 : « Implication des familles dans la prise en charge des patients améliorée. »

13 : « Permet de faire participer la famille proche à l'aide aux repas si elle le souhaite. »

19 : « Moins de tensions avec la famille, meilleure relation famille-équipe. »

Vingt-deux soignants ont décrit au moins un point négatif lié à l'ouverture du service :

D'abord, 10 soignants signalent être plus souvent sollicités par les familles pour avoir des informations médicales. Ces demandes d'informations engendrent des interruptions dans le travail des soignants, et se font parfois au détriment des entretiens avec les familles prévues à cet effet. Le risque de ne pas retranscrire dans le dossier ces entretiens moins formalisés est souligné.

7 : *« Personnel soignant plus sollicité à toute heure. Confusion « visite 24h/24h » et « entretien famille 24h/24h ». »*

24 : *« Famille demandeuse d'informations médicales dès le matin aux médecins et IDE en dehors des entretiens « famille-médecin » prévus. »*

Ensuite, la gestion de l'accueil et de l'accompagnement des familles interrompt également le travail des soignants. Ceci paraît particulièrement gênant le matin quand la charge de travail est plus importante. Sans cet accompagnement, les familles peuvent rester attendre dans le couloir ou dans les espaces de soins, entraîner une rupture de confidentialité lorsque les soignants parlent d'autres patients. Cette perte de confidentialité est relevée par cinq soignants. Elle est également mise à mal lorsque les patients vont marcher dans le couloir pour leur rééducation, et qu'ils peuvent être vus par les familles.

8 : *« Perte de respect de la confidentialité et de la pudeur des patients (visites et portes ouvertes). Beaucoup plus dérangé à la banque. Les médecins entrent moins dans les chambres si famille présente. Les familles stagnent dans les couloirs, au milieu du service ou derrière les portes des chambres. »*

Enfin, les visites semblent avoir nettement diminué le soir. Ce constat est exprimé par cinq soignants. Certains d'entre eux déplorent une diminution de leur relation avec les familles.

16 : *« Nous voyons très peu la famille maintenant le soir. Moins de contacts et plus de frustration pour les soignants de nuit. »*

IV. Comparaison des périodes « avant » et « après » ouverture.

Quatre-vingt-treize pourcent des soignants ayant répondu au second questionnaire avaient déjà répondu au premier questionnaire.

Le tableau V compare les réponses apportées aux questions présentes dans les deux questionnaires. Les différences sont significatives pour le taux de soignants pensant que l'ouverture du service engendre une augmentation du nombre d'infections nosocomiales ($p=0,021$), le taux de soignants pensant que l'ouverture du service crée chez les familles un sentiment d'obligation de présence ($p=0,030$), et le taux de soignants pensant que l'ouverture du service entraîne une surcharge de travail ($p=0,022$).

Tableau V : comparaison des réponses apportées au 1^{er} et au 2nd questionnaire.

Impact pour le patient		AVANT	APRES	p
Augmente le nombre d'infections nosocomiales	oui	8 (22.9)	0 (0.0)	0.021
	non	25 (71.4)	26 (89.7)	
	nsp	2 (5.7)	3 (10.3)	
Augmente le stress ou l'anxiété	oui	5 (14.3)	5 (17.2)	0.646
	non	22 (62.9)	20 (69.0)	
	nsp	8 (22.8)	4 (13.8)	
Patient plus apaisé	oui	23 (65.7)	20 (69.0)	0.171
	non	2 (5.7)	5 (17.2)	
	nsp	10 (28.6)	4 (13.8)	
Globalement bénéfique pour le patient	oui	24 (68.6)	18 (62.1)	0.580
	non	5 (14.3)	3 (10.3)	
	nsp	6 (17.1)	8 (27.6)	
Impact pour la famille		AVANT	APRES	p
Augmente le temps de présence familiale	oui	17 (48.6)	18 (62.1)	0.447
	non	15 (42.9)	8 (27.6)	
	nsp	3 (8.5)	3 (10.3)	
Crée un sentiment d'obligation de présence	oui	7 (20.0)	9 (31.0)	0.030
	non	28 (80.0)	16 (55.2)	
	nsp	0 (0.0)	4 (13.8)	
Globalement bénéfique pour les familles	oui	25 (71.4)	23 (79.3)	0.762
	non	3 (8.6)	2 (6.9)	
	nsp	7 (20.0)	4 (13.8)	
Impact pour les soignants		AVANT	APRES	p
Surcharge de travail	oui	29 (82.9)	16 (55.2)	0.022
	non	4 (11.4)	12 (41.4)	
	nsp	2 (5.7)	1 (3.4)	
Gêne pour le personnel	oui	25 (71.4)	19 (65.5)	0.544
	non	6 (17.1)	8 (27.6)	
	nsp	4 (11.5)	2 (6.9)	
Nuit à la qualité des soins apportés	oui	10 (28.6)	4 (13.8)	0.248
	non	21 (60.0)	23 (79.3)	
	nsp	4 (11.4)	2 (6.9)	

DISCUSSION

I. Appréciation globale des soignants

Dans notre étude, avant la suppression des horaires de visite, une majorité des soignants (57,1%) était favorable à l'idée de l'ouverture du service vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et un soignant sur quatre y était opposé. Un an après, deux tiers des soignants souhaitent maintenir le service ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et seuls 13,8% souhaitent revenir aux anciens horaires.

Ces résultats concordent avec ceux généralement retrouvés dans la littérature : les soignants sont souvent méfiants, voire réticents vis-à-vis d'une éventuelle ouverture de leur service(9), tandis que les enquêtes de satisfaction menées à posteriori sont globalement positives(5)(6)(10) et si des changements d'organisation mineurs sont parfois à effectuer, seuls 2 à 10% des soignants(11)(12) souhaitent, à distance, retourner aux horaires restreints.

La diminution du nombre de soignants opposés à cette politique d'accueil nous laisse penser que certains d'entre eux changent d'avis après avoir expérimenté l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et modèrent certaines idées reçues qu'ils pouvaient avoir avant cette ouverture.

Ce constat nous montre l'importance de communiquer auprès des soignants pour qu'ils adhèrent au projet. Les données de la littérature (témoignages et enquêtes de satisfaction) pourraient leur être présentées.

Par ailleurs, la faible majorité de soignants initialement favorables à l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre nous invite à réfléchir au processus décisionnel qui sous-tend les politiques d'accueil. Qui décide de ces politiques ? Les soignants dans leur ensemble ont-ils été consultés ? Les craintes ont-elles été entendues ? Une communication auprès des soignants sur les bénéfices attendus a-t-elle été mise en place ?

Enfin, malgré les différents points négatifs exprimés par les soignants à travers cette étude, seuls 13,7% d'entre eux souhaitent revenir aux anciens horaires de visite. Cette discordance nous invite à voir ces points négatifs non pas comme des arguments pour revenir à des horaires restreints, mais comme une volonté de cibler les éléments insatisfaisants afin d'optimiser les modalités d'accueil des familles.

II. Craintes et problèmes rencontrés par les soignants

Les craintes et les problèmes rencontrés par les soignants concernent l'impact sur la charge de travail, la gestion des visites vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les interruptions de tâches, la multiplication des entretiens informels, la perte de confidentialité, et le travail sous le regard des familles.

a. Impact sur la charge de travail :

Dans notre étude, l'augmentation de la charge de travail avec l'ouverture du service constitue une crainte importante. Elle est liée à la gestion des familles vingt-quatre heures sur vingt-quatre (information, accueil, accompagnement...). Avant l'ouverture, 82,9% des soignants pensent qu'il en découlera une surcharge de travail. Après l'ouverture, plus d'un soignant sur deux constatent effectivement cette surcharge de travail. La différence entre la surcharge de travail présumée avant et constatée après l'ouverture est importante et statistiquement significative. Elle nous invite là encore à travailler sur l'information et la communication auprès des soignants afin de ne pas surestimer l'ampleur de la charge de travail ajoutée.

Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'avant l'ouverture du service, malgré la crainte d'une surcharge de travail, une majorité (57,1%) reste néanmoins favorable à cette ouverture. Cette discordance peut être interprétée de deux façons : d'une part, la dégradation des conditions de travail est considérée comme mineure. D'autre part, les soignants accordent plus d'importance aux bénéfices apportés aux patients et leurs familles, et font passer ces bénéfices avant leur propre confort au travail.

L'étude de Schnell et al.(13) retrouvait également une augmentation de la charge de travail perçue par les soignants, sans pour autant retrouver une insatisfaction globale de leur part.

b. Gestion des visites vingt-quatre heures sur vingt-quatre et organisation des soins :

Dans notre étude, le temps cumulé de présence familiale n'a pas été mesuré mais la majorité des soignants (62,1%) constatent que les familles sont globalement plus présentes après ouverture du service. Plusieurs études s'intéressent à cette augmentation du temps de présence familiale avec l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et contredisent généralement la peur d'un « envahissement des familles ». Chez Rosa et al.(4) le temps médian de visite passe de 133 minutes à 245 minutes après l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre. L'étude de Mitchell et al.(6) nous rapporte que la majorité des visites restent entre 11h et 20H. Enfin, chez Noordemer et al.(14), le temps de visite moyen était identique entre les services ouverts, et les services à horaires partiellement restreints. Si l'augmentation du temps de présence des familles est d'autant plus importante que les horaires de visite avant l'ouverture sont restreints, des facteurs géographiques et culturels doivent également être pris en compte dans la durée des visites. Da Silva Ramos et al.(15), dans leur étude monocentrique brésilienne, décrivent un temps médian de visite journalière de 11,5h cinq ans après l'ouverture du service.

Dans notre étude, la majorité des soignants décrivent que les familles sont surtout plus présentes le matin. Outre l'augmentation globale du temps de présence familiale, c'est un « lissage » des visites au cours de la journée qui est donc observé.

La présence matinale des familles semble globalement ressentie comme une gêne par les soignants de journée car la plupart des soins sont prévus le matin (toilette du patient, examen médical, administration des traitements...). Au contraire, l'absence de ces familles en soirée est ressentie comme un manque par les équipes de nuit qui regrettent les échanges avec elles. On constate ici la difficulté d'articuler l'organisation des soins avec la gestion des familles. Articulation d'autant plus difficile qu'en réanimation, la charge de travail pour les soignants est fluctuante, et que les familles sont elles aussi plus ou moins présentes, et nécessitent un accompagnement plus ou moins intense.

Devant l'adaptation difficile du travail des soignants et de la gestion des familles, se pose une question d'ordre structurel, éthique et politique : est-ce aux familles de s'organiser en fonction du système de soins, ou est-ce au système de soins de s'organiser en fonction des familles ?

Dans notre étude, seule une minorité (17,2%) des soignants constate une modification de l'organisation du travail au cours de la journée. Les familles s'adaptent au travail des soignants,

et pour ce faire, il est primordial de les informer dès leur première venue dans le service, des conditions d'accueil et de l'organisation du service. L'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre ne signifie pas qu'ils auront accès au patient vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Bien qu'ils puissent venir dès le matin, la priorité est donnée aux soins et ils devront retourner parfois plusieurs fois en salle d'attente.

Par ailleurs, certains soignants soulignent qu'il est plus aisé de faire regagner la salle d'attente à une famille quand les horaires de visites ne sont pas limités car elle peut rester aussi longtemps qu'elle le souhaite.

c. Interruptions de tâches

Les sollicitations des soignants par les familles, notamment pour obtenir des informations médicales, sont à l'origine d'interruptions de tâches pouvant gêner la bonne administration des soins. L'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre pourrait augmenter les interférences de ce type (5)(9)(15)(16).

Dans notre étude, les trois quarts des soignants estiment être plus souvent sollicités par les familles depuis l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Ces sollicitations sont vécues comme une gêne par la plupart d'entre eux, même si cette gêne reste modérée, puisque seuls 10% estiment que l'ouverture du service nuit à la qualité de leur travail. See et al. (17) ne retrouvaient pas d'augmentation du nombre de distractions des médecins après l'élargissement des horaires de visite.

Enfin, la peur d'être interpellés par des familles risque d'inciter les soignants à moins entrer dans les chambres.

Certaines familles interpellent aussi les soignants pour signaler une alarme entendue (pousseringue, scope désadapté etc.). En réanimation, les alarmes apportent une sécurité essentielle à la prise en charge des patients. Mais la nocivité auditive pour le patient et les familles, l'impact sur le sommeil des patients et le risque de délirium sont également à prendre en compte.

En signalant une alarme, les familles peuvent interrompre un soignant déjà occupé à une autre tâche, mais ils mettent également le doigt sur un problème trop souvent négligé. Ils nous invitent ainsi à repenser la pertinence de chaque alarme. D'autres dispositions peuvent être envisagées, comme le report de certaines d'entre elles en dehors des chambres, ou les rappels informatiques pour le changement des seringues.

d. Multiplication des entretiens informels

Depuis l'ouverture du service, les soignants estiment être d'avantage sollicités pour fournir aux familles des informations médicales. L'échange d'informations participe à la relation de confiance qui s'installe entre les familles et les différents membres de l'équipe soignante.

Pourtant, la multiplicité de ces entretiens informels peut nuire à la qualité des informations apportées : le lieu n'est pas toujours adapté, la disponibilité d'écoute des soignants et le temps nécessaire au bon déroulement de l'entretien ne sont pas assurés. Les informations données peuvent n'être que partielles, et la multiplicité des intervenants peut générer des contradictions. De plus, ces entretiens rapides peuvent ne pas être retranscrits dans les dossiers médicaux.

Délivrer une information de qualité est une exigence éthique et déontologique, qui limite l'anxiété et améliore le vécu du séjour des familles en réanimation(18). C'est pourquoi l'essentiel des informations doit être apporté au cours d'entretiens dédiés et programmés. Les familles doivent être informées que la possibilité qu'elles ont de venir vingt-quatre heures sur vingt-quatre ne signifie pas qu'elles auront accès aux informations médicales et paramédicales vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

e. Perte de confidentialité

Indépendamment de leurs politiques d'accueil, tous les services de réanimation doivent respecter la confidentialité des patients hospitalisés, notamment vis-à-vis des visiteurs extérieurs venant voir d'autres patients. A notre connaissance, aucune étude ne s'intéresse spécifiquement à l'impact de l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre sur le risque de compromettre la confidentialité ou l'intimité des patients. Pourtant, dans notre étude, comme dans la littérature (9)(14)(15), ce problème est fréquemment exprimé par les soignants.

Des plages horaires sans visite des familles permettent une certaine souplesse dans les principes de précaution : les portes des chambres peuvent rester ouvertes, et les soignants peuvent discuter librement depuis une chambre ou le poste de soins.

La suppression des horaires de visites demande une certaine vigilance de la part des soignants, les visiteurs pouvant être dans le service à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit. En l'absence d'accompagnement systématique des familles, celles-ci peuvent être amenées à attendre dans les couloirs, ce qui impose de redoubler de vigilance.

Par ailleurs, faute d'espace adéquat, les marches dans le service en présence de la kinésithérapeute se font dans l'espace de soin et dans le couloir. Ces mêmes espaces peuvent être empruntés vingt-quatre heures sur vingt-quatre par les familles. Avec l'ouverture du service, la kinésithérapeute ne dispose plus ni de moment, ni d'espace où le patient puisse ne pas être exposé à la vue de visiteurs extérieurs.

L'architecture de certains services de réanimation permet la séparation par la chambre du patient, d'un couloir réservé aux familles, et d'un espace de soins réservé aux soignants. Cette disposition limite grandement les risques de rupture de cette confidentialité.

Par ailleurs la séparation symbolique des espaces familles et soignants invite les familles à ne pas s'imposer sans autorisation préalable dans l'espace de soin et limite les interpellations des soignants à l'origine d'interruptions de tâches évoquées plus haut.

f. Le travail sous le regard des familles

Parmi les craintes exprimées par les soignants, on retrouve dans notre étude comme dans la littérature(6)(7)(9)(15)(16), le risque de se sentir « surveillé », « contrôlé », ou simplement d'être gêné par la présence des familles potentiellement présentes vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Après l'ouverture, aucun soignant n'a exprimé une gêne spécifique à ce sujet. Ceci s'explique probablement par le fait que les familles regagnent la plupart du temps la salle d'attente pendant les soins, les examens ou l'entretien de la chambre (la salle d'attente est regagnée « systématiquement » par les familles pour 27,5% des soignants, et « le plus souvent » pour 65,5% des soignants).

Pourtant, certaines études soulignent les avantages potentiels pour le patient et ses proches de la présence familiale pendant certains actes invasifs, et même pendant la réanimation cardio-pulmonaire(20). Privilégier la présence familiale au cours des actes médicaux et paramédicaux pourrait éviter aux familles une attente anxieuse avec une idée de la réanimation parfois pire que la réalité. Certaines familles demandeuses d'être présentes (voire le revendiquant comme un droit), peuvent ainsi voir que tout ce qui est mis en œuvre pour soigner le patient.

A l'échelle individuelle pour chaque soignant, comme à l'échelle du service de réanimation, une réflexion est à mener : quels sont les actes qui peuvent être réalisés en présence des familles, et quels sont ceux pour lesquels la famille devrait regagner la salle d'attente ? La présence familiale

communément admise en réanimation pédiatrique peut-elle être adaptée chez l'adulte ? Bien entendu, le choix doit être individualisé et adapté en fonction des familles, des situations cliniques, et des volontés du patient.

g. Difficultés rencontrées avec certaines familles

Certains soignants rapportent des difficultés rencontrées avec des familles qui ne comprennent ou ne respectent pas les consignes de visite. Ces situations considérées comme « difficiles à gérer » par les soignants restent ponctuelles et peuvent être rencontrées dans tous les services de réanimation, indépendamment des horaires d'ouverture. Dans leur étude, Mitchell et al. rapportent les mêmes constatations : « Les familles difficiles à gérer avant l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre, restent difficile à gérer après ». (6)

III. Impact pour le patient et la famille

a. Infections nosocomiales

Un pourcentage non négligeable de soignants (22,8%) pensait avant l'ouverture des horaires, que l'augmentation de la présence familiale pourrait être responsable d'une augmentation du nombre d'infections nosocomiales, alors qu'après l'ouverture, aucun soignant n'adhère à cette idée.

Pourtant dans notre étude, le taux d'infections nosocomiales sur la période d'un an après l'ouverture du service, est supérieur à celui sur la période d'un an avant. Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés dans les études de Fumagalli(2), de Malacarne(19) et de Rosa(4). Ils vont à l'encontre d'un des messages phares de la conférence de consensus SFAR et SRLF de 2010 « Mieux vivre la réanimation » (1) :

« La liberté d'accès [...] n'induit pas d'augmentation du risque d'évènement septique pour le patient [...] ».

Même si l'interprétation de ces résultats et la responsabilité des politiques d'accueil dans l'augmentation du nombre d'infections nosocomiales doit être prudente, ils nous encouragent néanmoins à rester vigilants : les bases de données sur les infections nosocomiales (comme la base de données REA-RAISIN) doivent être mises à profit dans les services qui modifient leurs

politiques d'accueil, et les mesures d'hygiène doivent être rappelées aux familles (lavage et désinfection des mains, port du masque en situation épidémique etc.).

b. Anxiété, apaisement et fatigue des patients

Dans notre étude, les trois quarts des soignants pensent que la présence prolongée des familles est une source de fatigue pour le patient. Afin d'étudier plus spécifiquement les effets de l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre, la question relative à la fatigue des patients aurait pu être plus pertinente sous la forme « Avez-vous constaté que la présence des familles fatigue d'avantage les patients depuis l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre ? ».

Les études de Rosa et Eghbali ont montré une diminution significative de la survenue de délirium chez les patients avec l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre des services. Si notre étude n'a pas cherché spécifiquement à évaluer la survenue de délirium, 69% des soignants constatent après l'ouverture du service que les patients semblent plus apaisés.

c. Le patient au centre de la décision

Quand certains patients ont besoin d'un maximum de temps avec leurs proches, d'autres préfèrent un accompagnement minimum, souhaitant simplement se reposer ou parfois, ne voulant pas être vus par leurs proches dans un état physique dégradé. En dehors de situations particulières (isolement sensoriel, risque infectieux...), et lorsque son état physique le permet, le patient est le plus à même de juger le temps de présence familiale optimal. Ouvrir un service de réanimation vingt-quatre heures sur vingt-quatre permet ainsi au maximum de respecter son autonomie.

d. Bénéfices pour la famille

Comme dans la majorité des études sur le sujet, les soignants reconnaissent les bénéfices de l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour les familles, et rejoignent les enquêtes de satisfaction menées auprès d'elles (6)(7)(13). Dans notre étude, c'est avant tout la facilité d'organisation avec leur vie privée qui est vue comme bénéfique par les familles.

Dans notre étude, après l'ouverture du service, les soignants pensent d'avantage que cette nouvelle politique d'accueil crée chez les familles un sentiment d'obligation de présence. Ce

constat nous invite à informer et sensibiliser les familles sur ce point. L'ouverture du service doit être pour elles une aide, et en aucun cas une contrainte ou une source d'épuisement supplémentaire. La possibilité de venir vingt-quatre heures sur vingt-quatre ne signifie pas qu'elles doivent être présentes vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

IV. Limites de l'étude :

Tout d'abord, rappelons que notre travail n'a pas étudié directement la satisfaction ni des familles, ni des patients. Les résultats présentés ne reflètent donc que le point de vue des soignants.

Ensuite, le questionnaire utilisé n'a pas été validé par une précédente étude, et avec seulement deux réponses possibles (oui-non), il ne permet pas une étude quantitative du degré de satisfaction ou d'insatisfaction des soignants.

Le caractère monocentrique de notre travail limite la généralisation des résultats, mais reflète au mieux le ressenti des soignants du service de réanimation du CHBS à Lorient. Cela permet de faire remonter certains problèmes propres au service ainsi que les solutions apportées (changement de l'interphone qui dysfonctionne par exemple).

Le taux de réponse modéré aux deux questionnaires et l'absence d'aide-soignant de nuit ayant répondu au second questionnaire sont également des freins à la généralisation des résultats.

Enfin, notons que la grande majorité des soignants ayant répondu au second questionnaire, avait préalablement répondu au premier questionnaire. Malgré cela, des questionnaires « avant » et « après » appariés nous auraient permis une étude plus précise des changements de points de vue des soignants.

MISE EN PERSPECTIVE DE L'ETUDE AU REGARD DE LA SITUATION SANITAIRE ACTUELLE

Notre étude a été menée avant la pandémie de SARS-Cov 2 (covid19).

En mars 2020, la France est entrée en période de confinement pour deux mois. Devant cette pathologie émergente, la méconnaissance de sa contagiosité et de sa gravité, les modalités d'accueil des familles en réanimation ont évidemment été modifiées. La priorité était d'éviter une contamination des familles venant voir un patient « covid », et d'éviter une contamination des patients « non-covid » et du personnel soignant, par un visiteur potentiellement infecté.

I. Gestion des familles en réanimation

Durant toute la période de confinement, le centre hospitalier de Lorient a interdit les visites en réanimation. Cette interdiction s'est poursuivie jusqu'à la fin du mois de mai 2020. Des exceptions ont été faites pour les situations de fin de vie.

Les médecins se sont organisés pour établir un système d'appel quotidien des familles : Chaque jour, les familles étaient contactées afin de les informer de l'évolution clinique de leur proche, et de répondre à leurs questions. Par la suite, le service s'est équipé en tablettes électroniques afin de pouvoir organiser une « visite virtuelle » entre les familles et les patients en état de communiquer, ou entre les familles et les soignants.

Le service a ré-ouvert ses portes cet été, puis, devant la recrudescence de la maladie, il a été décidé depuis le mois de septembre 2020, de revenir sur les mesures d'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Depuis, les visites sont possibles l'après-midi seulement, et ce, pour une durée encore indéterminée.

Si la plupart des services de réanimation ont interdit les visites dans un premier temps, certains sont progressivement revenus sur ces décisions. Par exemple, au CHU de la Cavale-Blanche à Brest, ou à l'hôpital Cochin à Paris(21), les visites ont progressivement été autorisées, après la mise en place de mesures de précaution limitant le risque de contagiosité : des horaires de visites ont été remis en place avec en général, une seule famille à la fois dans le service, venant à une heure précise fixée préalablement. Ceci afin d'une part, d'éviter toute rencontre des familles en salle d'attente, et d'autre part, d'avoir du personnel disponible pour expliquer et contrôler les

mesures de protection indispensables. A l'accueil des familles, les soignants s'assuraient de l'absence d'infection, de symptômes faisant évoquer une infection, ou d'un contact récent avec une personne infectée au SARS-CoV2 (dans certaines réanimations un questionnaire était à remplir par les familles). Avant d'entrer dans la chambre d'un patient infecté, des protections identiques à celles des soignants étaient fournies avec masque FFP2, lunettes de protection, charlotte, tunique étanche et gants. Le nombre de visiteurs par patient était limité à un, et le temps de visite était lui aussi limité.

En l'absence de recommandation sur le sujet, chaque réanimation s'est adaptée au fur et à mesure en fonction de la demande des familles, de leur stock de matériel, et de leur charge de travail.

II. Concilier les aspects éthiques et pratiques

Pendant la période d'interdiction des visites, aucun conflit avec les familles n'a été signalé dans le service de réanimation de Lorient. La situation sanitaire générale et son caractère exceptionnel étaient bien compris à la fois des familles et des soignants, facilitant l'acceptation de ces mesures restrictives.

Pourtant ces situations peuvent être sources de conflits éthiques : la priorité des soignants est de protéger les différents intervenants (patients, familles et soignants) d'une infection potentielle. Mais l'interdiction pour les familles de rendre visite à leurs proches génère aussi une souffrance qui doit être prise en compte. Pour les patients infectés en fin de vie, des exceptions se sont imposées pour des considérations éthiques. Un autre conflit apparaît entre d'une part, la volonté de préserver au maximum la liberté qu'ont les familles d'être réunies, et d'autre part, la volonté de préserver la sécurité des différents intervenants.

La pandémie de Covid-19 a bouleversé l'accueil des familles en réanimation. Il paraît aujourd'hui nécessaire de rester vigilant quant aux conséquences de ces nouvelles modalités d'accueil. Des études spécifiques analysant la satisfaction des soignants, des familles et des patients devront être menées. La survenue d'infections nosocomiales au SARS-CoV2 contractées au sein des services de réanimation devra être surveillée. Les soignants pourront avoir de nouvelles craintes et de nouvelles réticences concernant l'accueil des familles. Elles devront être entendues, et confrontées à des données fondées sur des études rigoureuses. Comme toutes mesures de santé prises pour nos patients de réanimation, le rapport bénéfice-risque lié aux modalités d'accueil des familles devra être étudié.

CONCLUSION

Notre travail s'inscrit dans la lignée des nombreuses études plaidant en faveur de l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre des services de réanimation. Les soignants au CHBS, hôpital du Scorff à Lorient, reconnaissent les nombreux bénéfices apportés aux patients et aux familles, mais craignent que la gestion de familles trop présentes augmente leur charge de travail et gêne la bonne administration des soins. Une écoute de ces craintes et une bonne communication avant la mise en place de cette politique d'accueil, permet certainement de modérer ces appréhensions et favorise l'adhésion des soignants au projet. Les habitudes de travail sont effectivement modifiées, mais ces changements restent minimes et à distance de l'ouverture du service, la majorité des soignants reste favorable à cette nouvelle politique d'accueil.

Afin de mettre le patient et sa famille au centre des décisions politiques qui organisent les soins, et afin de leur accorder la liberté d'être réunis qui leur est due, il nous faut changer de paradigme. Ne plus se poser la question « pourquoi ouvrir », mais « pourquoi garder les services de réanimation fermés » ?

La récente pandémie de COVID-19 a justement contraint les services de réanimation à limiter ou interdire l'accueil des familles. L'exigence de sécurité pour les patients, les familles et les soignants a justifié ces mesures exceptionnelles. Mais ces mesures nous ont aussi montré combien il est difficile pour les familles et les patients d'être séparés, et de restreindre le soutien qu'ils s'apportent mutuellement. Dans ce contexte, la réflexion éthique demeure plus que jamais nécessaire : jusqu'où peut-on restreindre les visites en réanimation pour des raisons de sécurité sanitaire ? Comment limiter le risque infectieux tout en maintenant le nécessaire lien social et familial ? Comment garantir la sécurité de tous, tout en gardant un accueil humain des familles en réanimation ?

ANNEXES

Annexe 1. Premier questionnaire

Qualification : Infirmier(e) jour - nuit AS jour - nuit Médecin Interne Autre :
(Entourez svp)

Questionnaire portant sur l'ouverture des services de réanimation aux familles et aux proches des patients 24h/24. *Questionnaire avant ouverture*

Impact pour le patient :

- Pensez-vous que l'ouverture du service de réanimation favorise les infections nosocomiales ?
oui-non
- Pensez-vous que les patients, dont l'état de conscience le permet, seront plus stressés ou anxieux avec la présence de leurs proche ? oui-non
- Pensez-vous que les patients, dont l'état de conscience le permet, seront plus apaisés avec la présence de leurs proche ? oui-non
- Pensez-vous que l'ouverture du service de réanimation soit bénéfique pour les patients ? oui-non

Impact pour les familles et les proches :

- Pensez-vous que les familles et les proches seront plus présentes qu'avec les horaires d'ouverture restreintes ? oui-non
- Pensez-vous que les familles et les proches se sentiront obligé de venir plus souvent ? oui-non
- Pensez-vous qu'une limite d'âge soit souhaitable pour entrer dans un service de réanimation ?
oui-non
- Pensez-vous que l'ouverture du service de réanimation soit bénéfique pour les familles et les proches des patients ? oui-non

Impact pour les soignants

- Pensez-vous que l'ouverture du service de réanimation engendre une surcharge de travail pour les soignants? oui-non
- Pensez-vous que l'ouverture du service de réanimation soit une gêne pour les personnels y travaillant. oui-non
- Pensez-vous qu'une ouverture du service de réanimation pourrait nuire à la qualité de votre travail et à la qualité des soins donnés au patient ? oui-non

Autres :

- Pensez-vous au total qu'il soit souhaitable d'ouvrir les services de réanimation ? oui-non

Question ouverte :

Que pensez-vous d'une telle ouverture des services de réanimation ?
Avez-vous des craintes ?

Annexe 2. Deuxième questionnaire

Questionnaire portant sur l'ouverture 24h/24 du service de réanimation aux familles et aux proches des patients. Questionnaire *après* ouverture

Dans le cadre de ma thèse de fin d'études, j'ai entrepris un travail sur l'ouverture 24h/24 des services de réanimation aux familles des patients. Répondre à ce questionnaire me permet de mieux cerner les conséquences d'une telle politique, sur le patient, sur la famille, et sur les soignants et l'organisation générale des soins.

Je vous remercie par avance pour vos réponses et témoignages. Mathias Luquet

(Entourez svp)

- Vous êtes : *un homme - une femme*
- Fonction : *Infirmier(e) jour - nuit AS jour - nuit Cadre Médecin Interne Kiné Autre :*
- Avez-vous répondu au précédent questionnaire sur l'ouverture 24h/24 (période **avant** ouverture, diffusé en 2018) : *oui-non*
- Vous travaillez en réanimation depuis : - *Moins d'un an* - *Entre 1 et 2 ans* - *Entre 5 et 10 ans*
- *Entre 2 et 5 ans* - *Plus de 10 ans*

(nsp= "ne se prononce pas").

Impact pour le patient de l'ouverture 24h/24 (Depuis le 17/08/2018) :

- Pensez-vous que cette ouverture favorise les infections nosocomiales ? *oui - non - nsp*
- Avez-vous constaté que les patients, dont l'état de conscience le permet, sont plus stressés ou simplement anxieux avec la présence de leurs proches ? *oui - non - nsp*
- Avez-vous constaté que les patients, dont l'état de conscience le permet, sont plus apaisés avec la présence de leurs proches ? *oui - non - nsp*
- Avez-vous constaté que la présence prolongée des familles fatigue les patients ? *oui - non - nsp*
- Pensez-vous de façon générale que l'ouverture 24h/24 du service de réanimation soit bénéfique pour les patients ? *oui - non - nsp*

Impact pour les familles et les proches de l'ouverture 24h/24 (depuis le 17/08/2018) :

- Avez-vous constaté que les familles et les proches sont plus présents depuis l'ouverture 24h/24 ? *oui - non - nsp* Si oui merci de préciser :
 - Visites plus fréquentes (plusieurs fois par jour ou par semaine) ? *oui - non - nsp*
 - Visites plus fréquentes le matin ? *oui - non - nsp*
 - Visites plus fréquentes l'après midi ? *oui - non - nsp*
 - Visites plus fréquentes la nuit ? *oui - non - nsp*
 - Visites plus longues ? *oui - non - nsp*

- Pensez-vous que les familles et les proches se sentent obligés de venir plus souvent ? *oui*
- *non* - *nsp*
- Pensez-vous de façon générale que l'ouverture 24h/24 du service de réanimation soit bénéfique pour les familles et les proches des patients ? *oui* - *non* - *nsp*
- Une limite d'âge a-t-elle été fixée dans le service (limitation de l'accès aux jeunes enfants).
oui - *non* - *nsp*. *Si oui, laquelle :*
Si non, pensez-vous qu'une limite d'âge soit souhaitable ? oui - *non* - *nsp*
Expliquez pourquoi :

Impact pour les soignants de l'ouverture 24h/24 du service de réanimation :

- Avez-vous constaté que l'ouverture du service de réanimation a engendré une surcharge de travail pour les soignants ? *oui* - *non* - *nsp*
- Pensez-vous que cette ouverture soit une gêne pour les personnels y travaillant. *oui* - *non* - *nsp*
- Etes-vous plus souvent sollicité(e) pour donner des nouvelles aux familles depuis cette ouverture ? *oui* - *non* - *nsp*
- Lors d'un soin ou de l'entretien de la chambre, la famille est invitée à regagner la salle d'attente : *systématiquement* - *la plupart du temps* - *occasionnellement* - *rarement* ?
- Avez-vous constaté que les familles sont plus demandeuses à être présentes pendant les soins ? *oui* - *non* - *nsp*
- Pensez-vous de façon générale que l'ouverture 24h/24 du service de réanimation nuise
 - A la qualité de votre travail *oui* - *non* - *nsp*
 - A la qualité des soins *oui* - *non* - *nsp* ?
- Avez-vous modifié votre organisation de travail depuis cette ouverture *oui* - *non* - *nsp* ?
 - Si oui, expliquez brièvement pourquoi et comment :

Appréciation générale :

Pensez-vous de façon générale qu'il soit souhaitable de maintenir le service de réanimation ouvert 24h/24? oui - non - nsp

Décrivez si vous le souhaitez trois points positifs de cette politique d'ouverture.

-
-
-

Décrivez si vous le souhaitez trois points négatifs de cette politique d'ouverture.

-
-
-

Avez-vous rencontré des difficultés avec certaines familles ? expliquez rapidement pourquoi et comment la situation a été gérée.

Souhaiteriez-vous un retour à l'ancienne politique d'ouverture (15h-19h) ? oui - non - nsp

Si l'ouverture 24h/24 ne vous paraît pas souhaitable, expliquez (par ordre d'importance décroissant) pour quelles raisons :

Auriez-vous d'autres suggestions en matière d'horaires d'ouverture ?

Auriez-vous d'autres suggestions en matière d'accueil des familles ?

En vous remerciant à nouveau pour votre collaboration.

Mathias Luquet
interne anesthésie-réanimation

Annexe 3. Verbatim des réponses aux questions ouvertes du premier questionnaire

Réponses aux questions « que pensez-vous d'une telle ouverture ? » et « avez-vous des craintes ? »

1 : « Ce serait une bonne chose mais pour des raisons de sécurité, on ne peut pas généraliser ça à tous les hôpitaux. Il y a des endroits où ça craint. Les équipes, surtout si c'est que des femmes, peuvent se faire emmerder par des types énervés ou simplement ivres la nuit ».

2 : « Il va falloir être plus vigilant sur la communication entre nous, on parle souvent fort, les portes ouvertes ».

3 : « L'ouverture est positive pour les familles et les patients, si les patients sont angoissés, ça peut les rassurer d'avoir leurs proches près d'eux ». « Il faut que les familles soient compréhensives et sachent qu'on pourrait leur demander de sortir régulièrement pour les soins ».

4 : « il faudra bien informer les familles que les entretiens se font l'après-midi (avec les médecins) ».

5 : « Cela permet aux familles de venir quand elles veulent et sans modifier leurs horaires de travail en fonction des horaires de visite ». « Peut-être que certaines familles pourraient être plus investies dans les soins ».

6 : « Crainte d'être parasité par des familles qui demandent des infos à toute heure de la journée, engendrant une désorganisation des soins ». « Débriefing plus difficile par la présence de la famille ».

7 : « Impact des demandes de la part des familles anxieuses qui veulent avoir l'avis de l'IDE, de l'AS, des médecins comme ça existe déjà sur des horaires fermés ».

8 : « Crainte que les familles se sentent obligées de rester un maximum d'heures auprès du patient et qu'elles s'épuisent ».

9 : « L'ouverture des services de réanimation permet aux familles d'être plus sereines pour les horaires, moins réticents à sortir lors des soins ». « Crainte d'un envahissement des familles, moins de liberté d'expression entre les équipes (moment de détente, rigolade...) ».

10 : « Je pense que l'ouverture sera globalement bénéfique pour les patients et leurs familles car elle permettra de diminuer l'anxiété et l'angoisse ». « Les craintes sont pour les familles anxiogènes pour le patient ou agressive : ce sera beaucoup plus difficile à gérer ». « Il faut pouvoir accueillir convenablement les familles la nuit (lieux de repos) donc avec des moyens matériels à mettre en oeuvre (lits...) ».

11 : « Je n'en pense que du bien pour les patients et surtout les familles qui n'ont pas forcément la possibilité de venir entre 15h et 19h ». « Après en tant que soignante, j'ai la crainte d'une surveillance intensive des familles et la crainte de ne pas faire les soins en temps et en heure ».

12 : « Peut éventuellement engendrer une perte de temps au niveau des soins, le temps de faire sortir les familles et d'aller les chercher une fois les soins terminés ».

13 : « Ça peut être bien mais c'est pas la priorité ». « Concernant la limite d'âge, c'est à voir au cas par cas ».

14 : « L'interphone ne fonctionne pas bien, la porte s'ouvre mal »

15 : « Crainte de moins passer dans la chambre car famille présente »

16 : « Peur d'être trop prise avec les familles »

17 : « Familles demandeuses d'explications, familles stressantes pour les patients et pour le personnel. Moins facile de faire nos soins/nursing (obligation de faire sortir les familles et d'aller les chercher). Système d'ouverture de porte pas facile »

18 : « On entre moins dans les chambres et donc on surveille moins bien les patients quand la famille est présente. Problème des alarmes de respirateurs et de pousse-seringues avec les portes fermées ».

19 : « Je pense que l'ouverture 24/24 est bénéfique, mais la gestion des familles peut être une contrainte dans la pratique. Il va peut-être falloir évaluer les effets du 24/24 ».

Annexe 4. Verbatim des réponses aux questions ouvertes du deuxième questionnaire

1. Décrivez si vous le souhaitez trois points positifs de cette politique d'ouverture :

2 : « Plus de disponibilité pour les familles. Entretiens plus fréquents avec les familles. Patients apaisés. Familles plus compréhensives par rapport aux soins. Plus facile de les faire gagner la salle d'attente. »

3 : « Plus de liberté pour les familles. »

4 : « Bien-être des patients. Bien-être des familles. »

5 : « Peut-être moins d'anxiété pour les familles. Sans doute mieux pour le malade. »

6 : « Implication des familles dans la prise en charge des patients améliorée. »

Les soignants s'habituent à travailler en étant... ? »

7 : » Repère pour le patient. Situation moins stressante pour la famille. Étaler les visites sur 24 heures : moins de visites l'après-midi. »

8 : « Plus de liberté pour les proches. Moins de visites le soir. »

9 : « Familles plus présentes. Si repas, c'est plus facile. Familles plus sereines. »

10 : « Plus facile pour les familles de gérer les visites par rapport à leur planning. »

11 : « Les familles viennent en fonction de leurs horaires de travail. »

12 : « Impact positif sur le patient (apaisement du patient lorsque sa famille est présente, plus calme). Pour les familles qui travaillent, la possibilité de venir quels que soient les horaires de leur boulot. »

13 : « La présence des proches permet de diminuer l'anxiété des patients.

Possibilité pour les proches de s'organiser pour les visites. Permet de faire participer la famille proche à l'aide aux repas si elle le souhaite. »

14 : « Facilité pour les personnes qui travaillent. Permet de canaliser certains patients (plus calmes, plus coopérants). »

16 : « Pour les familles c'est plus rassurant de savoir qu'elles peuvent avoir accès à la chambre quand elles le souhaitent. »

18 : « Favorable pour les familles et les patients. »

19 : « Moins de tensions avec la famille, meilleure relation famille-équipe. Bénéfique pour les patients. »

23 : « Bien-être du patient. »

24 : « Familles moins anxieuses, satisfaites et rassurées de pouvoir venir H 24.

Possibilité d'obtenir des infos plus rapidement si elles viennent rendre une visite tôt après l'arrivée du patient. Patients plus apaisés. »

25 : « Transparence pour les proches. Fluidifie les visites. Apaisement des patients, moins de stress. »

26 : « Patients moins agités, familles un peu moins demandeuses. »

28 : « Facilité des visites pour les familles qui travaillent. Présence de la famille auprès des patients anxieux. »

29 : « Moins contraignant pour les familles qui travaillent. »

2. Décrivez si vous le souhaitez trois points négatifs de cette politique d'ouverture.

3 : « Ouverture des portes handicapant dans notre travail. N'ayant plus d'heures de visite, on peut être amenés à moins voir les familles si elles ne le demandent pas. Quasiment plus de visites le soir. »

4 : « Plus d'interruption du travail par les familles. Problème de confidentialité. Entretiens avec les familles moins formalisés. Difficultés de gestion du flux de familles. »

5 : « Surcharge de travail pour les soignants sans doute. Augmentation du nombre de nouvelles données aux familles quotidiennement. »

6 : « L'information formalisée à horaire prédéfini en salon d'accueil est peut-être défavorisée par rapport à l'information moins complète, informelle et en continu ? »

7 : « Personnel soignant plus sollicité à toute heure. Confusion « visite 24h/24h » et « entretien famille 24h/24h ». »

8 : « Perte de respect de la confidentialité et de la pudeur des patients (visites et portes ouvertes). Beaucoup plus dérangé à la banque. Les médecins entrent moins dans les chambres si famille présente. Les familles stagnent dans les couloirs, au milieu du service ou derrière les portes des chambres. »

9 : « Faire attention aux portes et à ce que l'on dit dans le couloir. »

10 : « L'équipe de nuit voit peu les familles. Les familles accaparent davantage l'équipe médicale. Certaines familles se sentent obligées de rester beaucoup plus longtemps. »

11 : « Beaucoup moins de visites la nuit. Équipe médicale accaparée une bonne partie de la journée par les familles pour des renseignements. »

12 : « Manque de temps lors des surcharges de travail le matin. IDE logistique débordée par les appels pour les visites. »

13 : « L'équipe de nuit constate moins de visites le soir donc moins de rapports avec les proches. »

14 : « Le sans-gêne des familles envers les autres malades et le personnel. Être interpellé à chaque visite pour avoir des informations. Stimulation intense des patients en état de fragilité. Augmente leur fatigue. »

15 : « Les familles qui sortent des chambres et vont directement voir le médecin pour avoir des nouvelles. »

16 : « Nous voyons très peu la famille maintenant le soir. Moins de contacts et plus de frustration pour les soignants de nuit. »

18 : « Système d'ouverture de la porte pénible. IDE toujours dérangée. »

19 : « Médecins plus sollicités sur les heures de visite médicale auprès des patients (interrompus). Visites parfois trop longues qui fatiguent les patients. Interruption plus fréquente dans notre travail. »

23 : « Confidentialité. »

24 : « Famille demandeuse d'informations médicales dès le matin aux médecins et IDE en dehors des entretiens « famille-médecin » prévus. »

25 : « Attente parfois longue lors des soins ou des visites médicales le matin. Plus d'entretiens « sauvages », moins retranscrits dans les dossiers. »

26 : « Gestion des familles dans le couloir. Interphone qui ne fonctionne pas. IDE logistique qui ne peut gérer l'ouverture car pas dans les soins. »

28 : « Visites le matin. Familles trop présentes et demandeuses de renseignements. Organisation de l'IDE logistique qui ouvre aux visiteurs. »

29 : « Réorganisation des soins le matin pour permettre les visites. »

3. Avez-vous rencontré des difficultés avec certaines familles ? Expliquez rapidement pourquoi et comment la situation a été gérée.

(11/29 ont rencontré des difficultés avec certaines familles)

4 : « Difficultés de gestion du flux des familles. »

5 : « Non, bonne compréhension de l'intérêt de sortir pendant les soins. »

8 : « Avec beaucoup de liberté quand ça dérape (trop de monde, trop de visite), il faut resserrer la vis, ce qui est plus dur que de libérer les horaires. »

9 : « Certains ne comprennent pas qu'il faut qu'ils sortent pendant les soins. »

10 : « Certaines familles se sentent obligées de rester beaucoup plus longtemps. »

12 : « Une famille très demandeuse, pose des questions multiples à chacune de ses visites. Ré-explication donnée par rapport au fait qu'il faut transmettre les informations données au reste de la famille. »

13 : « Une famille très présente demandeuse d'informations constantes. On demande à ce qu'une seule personne soit référencée pour relayer les informations, ou alors rendez-vous famille avec les médecins. IDE, AS voire cadre pour recadrer et rassembler les demandes, et rassurer les proches, pour établir une relation de confiance nécessaire à la bonne continuité des soins et à la prise en charge du patient. »

14 : « Une famille qui refuse de sortir pendant les temps de soins car trouve inadmissible de ne pas rester avec ses proches quand elle le souhaite. »

15 : « Les familles qui sortent des chambres et vont directement voir le médecin pour avoir des nouvelles, on leur dit de ne pas rester dans la chambre, mais veulent à tout prix des nouvelles. »

18 : « Une famille très présente refusant de sortir pendant les soins, demandeuse d'infos, recadrée par la cadre. »

19 : « Certaines familles restent dans des espaces de travail et risquent d'entendre des informations confidentielles. On doit leur demander de sortir vers la salle d'attente ou de sonner si elles sont dans les chambres. »

28 : « Famille qui rentre dans les chambres sans attendre l'accord alors que les soins sont en cours. Famille qui refuse de sortir à la demande des soignants. »

4. Si l'ouverture 24h/24 ne vous paraît pas souhaitable, expliquez (par ordre d'importance décroissant) pour quelles raisons :

8 : « Difficulté d'avoir des interruptions permanentes dans le lieu de travail. Plus difficile de rentrer dans les chambres des patients. Perte de confidentialité. Perte d'intimité pour les patients. Information famille moins formalisée. »

14 : « Désorganisation des soins qui engendre une mauvaise prise en charge des patients. Indiscrétion des familles envers les autres patients quand la porte est ouverte. »

27 : « Je n'aime pas faire sortir les familles qui viennent d'arriver dans une chambre alors qu'elles ont déjà attendu la fin des soins médicaux ou infirmiers. Je n'aime pas faire marcher les patients dans le couloir alors qu'ils peuvent présenter une image dégradée devant les familles des autres patients. »

28 : « Difficultés le matin. »

5. Auriez-vous d'autres suggestions en matière d'horaires d'ouverture ?

4 : « Moins de visites le matin quand la charge des soins est la plus lourde. »

14 : « Fractionner les horaires de visite à 2-3h par jour en 2 temps. Voire service complètement fermé ? »

15 : « Lors des transmissions du soir, les familles qui partent et qui viennent sont un peu gênantes. Familles qui interpellent quand c'est les transmissions. »

21 : « Peut-être juste éviter les visites le matin. »

27 : « De 12h00 à 0h00. »

28 : « A partir de 13h00. »

29 : « Ouverture comme dans les services de soins de 12h00 à 20h00. »

6. Auriez-vous d'autres suggestions en matière d'accueil des familles ?

7 : « Information écrite en salle d'attente, que l'ouverture 24h/24 ne signifie pas information possible à toute heure. Encadrer les horaires des entretiens. »

8 : « Avoir du personnel dédié. Renvoi des alarmes de respi/seringues au poste de soins pour pouvoir fermer les portes. »

10 : « Bien expliquer aux familles lors de leur première visite que l'ouverture 24/24 ne veut pas dire qu'elles doivent être présentes toute la journée, que les soins prodigués à leurs proches sont prioritaires, et que lors de certains des soins, ils devront quitter la chambre. »

12 : « Système d'interphone mieux adapté. Pourquoi pas avec des sonnettes pour chaque secteur et que l'appel soit dirigé sur le téléphone du secteur concerné.

Car difficile le matin pour l'IDE. Elle doit aller ouvrir la porte lorsqu'elle est en soin et ne sait pas si telle ou telle famille peut rendre visite à son proche. De même pour l'IDE logistique car il est régulièrement coupé dans ses activités. »

14 : « Accueil par un agent spécifique qui expliquerait le fonctionnement du service. »

18 : « Distributeurs automatiques de boissons et nourriture dans la salle d'attente. »

22 : « Un interphone qui fonctionne bien avec un système de communication avec la personne qui ouvre les portes. Visiophone pour voir le nombre de personnes qui veulent rentrer ensemble pour éviter de faire le « gendarme » dès leur accueil. »

25 : « Salle d'attente plus conviviale. Modalités d'accueil (interphone ; personnel...) à améliorer. »

BIBLIOGRAPHIE

Articles :

1. Martin C. Mieux vivre la réanimation. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2010;29(4):321-30.
2. Fumagalli S. Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit: Results From a Pilot, Randomized Trial. Circulation. 2006;113(7):946-52.
3. Eghbali-Babadi M, Shokrollahi N, Mehrabi T. Effect of family–patient communication on the incidence of delirium in hospitalized patients in cardiovascular surgery ICU. Iranian J Nursing Midwifery Res. 2017;22(4):327.
4. Rosa RG, Tonietto TF, da Silva DB, Gutierrez FA, Ascoli AM, Madeira LC, et al. Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study*. Critical Care Medicine. 2017;45(10):1660-7.
5. Chapman DK, Collingridge DS, Mitchell LA, Wright ES, Hopkins RO, Butler JM, et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. American Journal of Critical Care. 2016;25(1):46-50.
6. Mitchell ML, Aitken LM. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. Australian Critical Care. 2017;30(2):91-7.
7. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit*: Critical Care Medicine. jan 2008;36(1):30-5.
8. Garrouste-Orgeas M, Vinatier I, Tabah A, Misset B, Timsit J-F. Reappraisal of visiting policies and procedures of patient's family information in 188 French ICUs: a report of the Outcomerea Research Group. Annals of Intensive Care [Internet]. 2016;6(1).
9. Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. Intensive Care Medicine. 2007;33(6):1060-5.
10. Ramsey P, Cathelyn J, Gugliotta B, Lee Glenn L. Visitor and nurse satisfaction with a visitation policy change in critical care units: Dimensions of Critical Care Nursing. sept 1999;18(5):42-8.
11. Duquesne A, Garidel S, Boumrar N, Saint Sorny C, Challan Belval A, Marcotte G, et al. Ouverture d'un service de réanimation 24h/24 : ressenti de l'équipe paramédicale. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2014;33:A423.
12. Soury-Lavergne A, Hauchard I, Dray S, Baillot M-L, Bertholet E, Clabault K, et al.

Survey of caregiver opinions on the practicalities of family-centred care in intensive care units: Caregiver opinions on family care in the ICU. *Journal of Clinical Nursing*. avr 2012;21(7-8):1060-7.

13. Schnell D, Abadie S, Toullic P, Chaize M, Souppart V, Poncet M-C, et al. Open visitation policies in the ICU: experience from relatives and clinicians. *Intensive Care Med*. 2013;39(10):1873-4.

14. Noordermeer K, Rijpstra TA, Newhall D, Pelle AJM, van der Meer NJM. Visiting Policies in the Adult Intensive Care Units in the Netherlands: Survey among ICU Directors. *ISRN Critical Care*. 2013:1-6.

15. da Silva Ramos FJ, Fumis RRL, Azevedo LCP, Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Annals of Intensive Care*. 2013;3(1):34.

16. Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva Anestesiologica*. 2010;76(2):93-9.

17. See KC, Song XY, Aung HT. Effect of extended visiting hours on physician distractions in the ICU: a before-and-after study. *Crit Care*. 2017;21(1):243.

18. Azoulay PÉ. Donner du pouvoir aux familles des patients de Réanimation. *Laennec*. 2009;57(4):35.

19. Malacarne P, Corini M, Petri D. Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit. *American Journal of Infection Control*. 2011;39(10):898-900.

Revues :

20. Van Pevenage C, Fonteyne C, Biarent D. La présence des familles lors d'une réanimation cardio-pulmonaire et/ou d'actes invasifs. *Urgence*. 2011. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La_presence_des_familles_lors_d_une_reanimation_cardio-pulmonaire_et_ou_d_actes_invasifs.pdf. Dernière consultation le 22/10/2020.

Autre :

21. Témoignage du Pr Jean-Paul Mira, Chef de service de médecine intensive et réanimation de l'hôpital Cochin à Paris. Le 22/03/20. <https://www.youtube.com/watch?v=TMwqTQu011o>. Dernière consultation le 22/10/2020.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

LUQUET (Mathias)

Ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre du service de réanimation du centre hospitalier de Lorient. – Le point de vue des soignants. Analyse et réflexions. 57f. , figures : 2, tables : 5. Th. : Méd. : Brest 2021

RESUME :

Introduction : La suppression des horaires de visites dans les services de surveillance continue et réanimation, c'est-à-dire une possibilité d'accueil vingt-quatre heures sur vingt-quatre des familles, pourrait améliorer le vécu du séjour en réanimation des familles et des patients. Mais l'impact sur le travail des soignants fait souvent redouter la mise en place d'une telle politique. Notre étude a donc pour but d'analyser le point de vue des soignants avant et après la mise en place de ces nouvelles modalités d'accueil.

Méthode : L'étude a été menée au centre hospitalier Bretagne sud (CHBS), hôpital du Scorff, à Lorient. Des questionnaires ont été mis à disposition de l'ensemble des soignants du pôle unité de surveillance continue-réanimation au cours de deux périodes : l'une un mois avant, et l'autre un an après l'ouverture du service.

Résultats : Cinquante-six et 47% des soignants ont respectivement répondu au premier et au deuxième questionnaire. Avant l'ouverture, 57,1% des soignants sont favorables à la mise en place de ces nouvelles mesures, et 82,9% pensent qu'une surcharge de travail en découlera. Après l'ouverture, 79,3% des soignants pensent que ces mesures sont bénéfiques pour les familles, 55,2% constatent effectivement une surcharge de travail, 75,9% estiment être plus souvent sollicités par les familles, et 13,8% d'entre eux souhaitent revenir aux horaires de visite précédents. Par ailleurs, on retrouve une augmentation statistiquement significative du nombre d'infections nosocomiales chez les patients de réanimation totale après l'ouverture du service (10,8% vs 17,3%, p : 0,03).

Discussion : Malgré des craintes avant la mise en place de l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre du service, un an après, les soignants sont globalement satisfaits de ce dispositif. Une bonne communication auprès des familles concernant l'organisation des soins est nécessaire, notamment pour limiter les sollicitations des soignants pouvant gêner leur travail. La récente pandémie de COVID-19 bouleverse les modalités d'accueil des familles en réanimation.

MOTS CLES :

Familles

Horaires de visite

Politiques d'accueil

Réanimation

JURY :

Président : **Mr le Professeur Olivier Huet**

Membres : **Mr le Professeur Jean-Michel Boles**

Mme la Professeure Armelle Gentric

Mr le Docteur Jean-Michel Roue, MCU-PH