



**Healthcare
Excellence**
Canada

**Excellence
en santé**
Canada

Essentiels ensemble : addenda à la revue de la littérature

Juillet 2023

À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires pour diffuser les innovations, renforcer les capacités et catalyser le changement dans les politiques afin que toutes et tous au Canada reçoivent des soins sûrs et de qualité. En collaborant avec les patientes et patients, les partenaires de soins essentiels et le personnel des services de santé, nous transformons les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé.

Nos grandes lignes d'action sont les soins et services aux personnes âgées, les soins plus proches du milieu de vie ainsi que la reprise et la résilience après la pandémie – la qualité et la sécurité demeurant bien sûr au cœur de tous nos efforts. Nous sommes résolus à favoriser des soins inclusifs, équitables et culturellement sûrs par la mobilisation de différents groupes, dont les patientes et patients, les partenaires de soins essentiels, les membres des Premières Nations, les Métis, les Inuits et le personnel des services de santé.

Créé en 2021, ESC est issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. ESC est un organisme indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

150, rue Kent, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1P 0E4 Canada
1 866 421-6933 | info@hec-esc.ca

Réseaux sociaux

[X](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Facebook](#)

Excellence en santé Canada honore les territoires traditionnels sur lesquels son personnel et ses partenaires vivent, travaillent et se divertissent. Nous reconnaissons que le niveau de vie dont nous bénéficions aujourd'hui est le résultat de l'intendance et des sacrifices des premiers habitants de ces territoires. [En savoir plus](#)

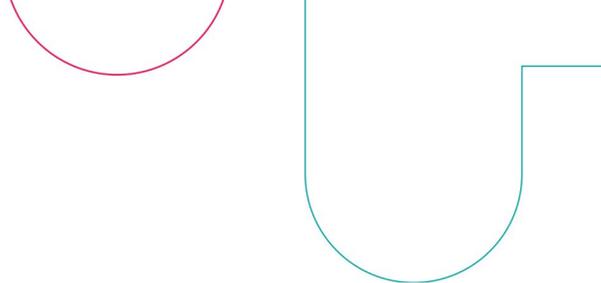
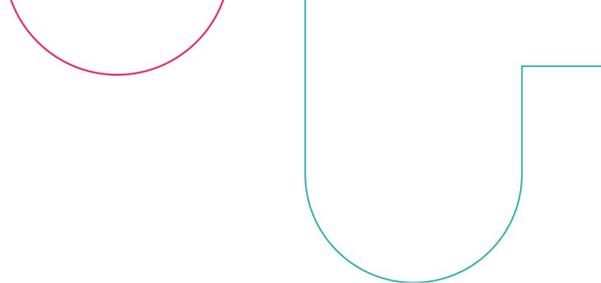


Table des matières

Essentiels ensemble : addenda à la revue de la littérature.....	1
À propos d'Excellence en santé Canada.....	2
Avantages liés à la présence des partenaires de soins essentiels	4
Transmission de la COVID-19 dans les établissements de santé	6
Conséquences des politiques restrictives sur la présence des familles pendant la COVID-19 ...	7
Potentiel de la technologie	9
Références	10



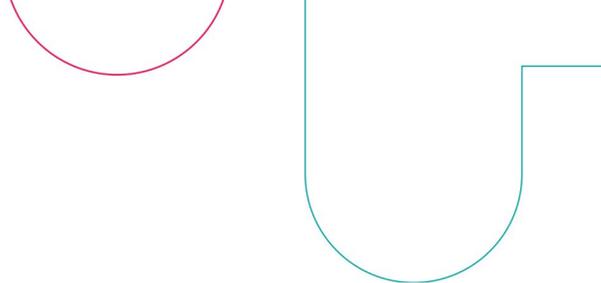
Le présent addenda porte sur les publications postérieures à notre dernière [revue de la littérature](#), et couvre la période allant d'août 2021 à juillet 2023. La revue de la littérature initiale et l'addenda de 2021 présentaient de façon synthétique l'évolution et le contexte des soins centrés sur le patient et sa famille (SCPF), les politiques relatives à la présence des familles, les données probantes éclairant les pratiques de SCPF et les programmes d'ESC associés, ainsi que les données initiales recueillies aux premiers stades de la pandémie de COVID-19. Le présent addenda s'inscrit dans la continuité des revues de la littérature antérieures, qu'il vient compléter de données probantes actualisées sur :

- les avantages liés à la présence des partenaires de soins essentiels;
- la transmission de la COVID-19 dans les milieux de soins;
- l'incidence des politiques restrictives;
- et le potentiel de la technologie.

Les données présentées ici viennent conforter celles des revues antérieures. Le présent addenda confirme d'une part les avantages liés à la présence des partenaires de soins essentiels et les effets préjudiciables des restrictions, et souligne également que ces partenaires ne sont pas des vecteurs de transmission significatifs lorsqu'ils reçoivent une formation appropriée sur les procédures de contrôle et de prévention des infections (PCI) et l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI). Enfin, il met l'accent sur les innovations technologiques qui ont été mises au point pendant la pandémie de COVID-19 pour faire face aux restrictions.

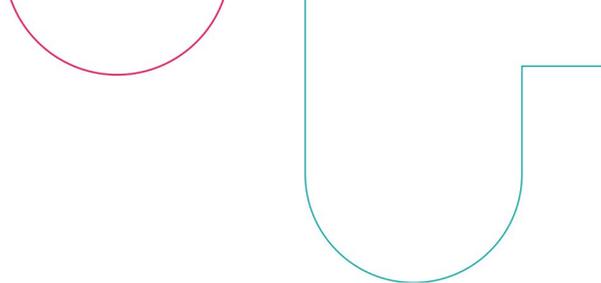
Avantages liés à la présence des partenaires de soins essentiels

Les partenaires de soins essentiels jouent un rôle fondamental : ils apportent un soutien émotionnel, assistent les patients et patientes dans leurs activités quotidiennes, préviennent le delirium et participent à la prise de décisions médicales, entre autres responsabilités importantes^{1,2}. Les données probantes révèlent sans équivoque que la participation des patients et patientes aux soins et l'engagement des partenaires de soins essentiels ont des retombées positives sur l'expérience, la sécurité et la santé des patients et patientes^{3,4}. Divers avantages ont été recensés : une baisse des coûts, une plus grande satisfaction des patients et patientes et des familles à l'égard des soins, une meilleure prise en charge des maladies chroniques et aiguës, une continuité des soins renforcée, et une baisse du taux de réadmissions à l'hôpital^{3,4}.



Les recherches récentes continuent de démontrer que les politiques relatives aux visites qui distinguent les personnes en visite des partenaires de soins essentiels et favorisent la présence de ces derniers contribuent à renforcer la communication et le lien de confiance entre les familles et les prestataires de soins⁵. Par ailleurs, ces politiques accroissent la précision et la qualité des informations échangées sur les diagnostics, les transitions de soins et le congé, notamment lorsque les patients et patientes et le personnel de santé sont confrontés à des barrières linguistiques⁵. Les familles défendent souvent les intérêts des patients et patientes : elles prennent des décisions partagées lorsque ces derniers n'en ont pas la capacité, et expriment la nécessité de soins plus poussés; à ce titre, elles jouent un rôle fondamental^{2,6-8}. D'après une récente étude menée conjointement par Excellence en santé Canada et IMAGINE Citizen Network, les partenaires de soins essentiels offrent un soutien important aux patients et patientes, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins en assurant la communication et le plaidoyer³. Ce soutien est particulièrement déterminant pour les enfants et les jeunes présentant des problèmes de santé complexes, les personnes atteintes de pathologies graves, les personnes âgées ayant des antécédents médicaux complexes, et les personnes ayant déjà vécu un traumatisme lié aux soins et services de santé³.

Qui plus est, malgré des interactions limitées dues aux ÉPI et aux contraintes de temps, les partenaires de soins essentiels encouragent les patients et patientes à poursuivre le traitement requis, bâtissent la confiance dans l'équipe soignante, et facilitent l'acceptation des mauvaises nouvelles^{7,9}. Pendant la pandémie, nombre de patients et patientes, de personnes proches aidantes et de prestataires de soins, conscients du rôle essentiel des proches dans la prestation des soins, se sont prononcés en faveur d'un assouplissement des restrictions de visite. D'après de récentes études menées auprès de prestataires de soins en milieu hospitalier, la majorité du personnel estime que les partenaires de soins essentiels devraient être présents pour renforcer la communication, faciliter la tâche du personnel chargé de la communication, améliorer la prise de décisions et éviter le prolongement des séjours hospitaliers attribuable aux restrictions¹⁰⁻¹². Sur le plan de l'équité, il a été constaté que l'absence des partenaires de soins essentiels affectait de manière disproportionnée les personnes âgées, les non-anglophones et les personnes atteintes de démence, de troubles cognitifs ou de handicaps physiques^{11, 13-15}. Ces populations sont confrontées à divers obstacles qui compromettent la qualité des soins, notamment des difficultés d'accès et de coordination, ou encore de compréhension des informations liées aux traitements^{17,18}, et ont souvent besoin du soutien de personnes proches aidantes pendant l'hospitalisation pour faire face à ces difficultés^{13-16,19,20}. Dans le cadre d'une étude observationnelle, les visites des familles ont récemment été reconnues comme l'un des deux seuls facteurs de risque modifiables du delirium, et sont associées à une diminution du nombre de cas dans les unités de soins intensifs²². La réduction du nombre d'épisodes de delirium, fréquents chez les personnes présentant une forme aiguë ou grave de COVID-19, a été largement citée comme l'un des principaux avantages de la présence des proches^{3,23}.



Il est également important de mettre en œuvre une politique de visite ouverte pour optimiser l'expérience des patients et patientes, de leurs familles et des prestataires de soins dans un contexte de fin de vie et de deuil²². Le fait d'interdire la présence des proches au cours des derniers instants de vie d'une personne est sans précédent dans la plupart des cultures et coutumes^{7,24}. La présence physique des familles contribue de manière significative à éviter le « deuil compliqué », et réduit le risque de troubles psychologiques persistants dans l'entourage proche du patient ou de la patiente⁷. De nombreux prestataires de soins de santé ont par ailleurs évoqué la détresse morale liée à la mise en application de politiques restrictives, abordée plus en détail à la section 3.

Transmission de la COVID-19 dans les établissements de santé

L'application de politiques de visite restrictives dans les hôpitaux répondait à trois objectifs : (1) prévenir la transmission de la COVID-19 de la communauté aux établissements de santé afin de protéger le personnel de santé et les patients et patientes; (2) prévenir la transmission des établissements de santé à la communauté afin de protéger les personnes en visite; et (3) rationaliser l'utilisation des ÉPI en raison des difficultés d'approvisionnement. Si les restrictions de visite avaient pour finalité essentielle de protéger la santé publique, les données probantes démontrant la nécessité de telles restrictions pour réduire la transmission nosocomiale du coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SARS-CoV-2) semblent néanmoins faire défaut¹. Les recherches menées laissent suggérer que les familles et les partenaires de soins essentiels ne contribuent pas de manière significative à la transmission du SARS-CoV-2. En leur offrant un accès approprié et une formation sur les mesures de PCI, il devient possible de les intégrer en toute sécurité. De plus, la vaccination contre le SARS-CoV-2 leur offre une protection supplémentaire, notamment lorsqu'elle est conjuguée aux mesures de PCI en vigueur.

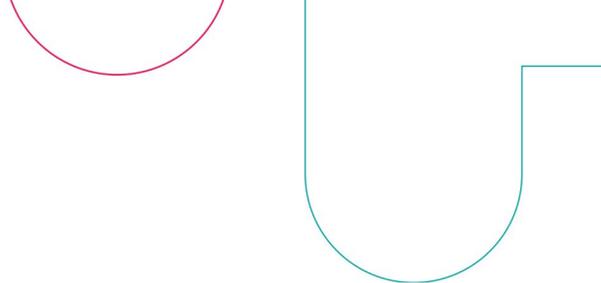
Les études menées durant la première vague de la pandémie ont révélé que le risque de transmission de la COVID-19 par les proches et les partenaires de soins essentiels était faible. Les résultats d'une récente étude portant sur 9 149 patients et patientes hospitalisés aux États-Unis entre le 7 mars et le 30 mai 2020 révèlent que 1,7 % seulement avaient contracté une infection nosocomiale à la COVID-19; pour la plupart, il s'agissait vraisemblablement d'une infection d'acquisition communautaire détectée tardivement. Un cas seulement a été associé à une personne asymptomatique en visite avant l'application des restrictions. Dans une étude portant sur les infections respiratoires virales d'origine nosocomiale, menée de juin à août 2020 à Singapour, le taux d'infections ne variait pas de façon significative selon qu'un ou deux proches ou partenaires de soins essentiels étaient autorisés à l'hôpital lorsque des mesures de PCI adéquates étaient en place^{2,5,25-27}. D'autres études viennent confirmer que le respect des

mesures de PCI recommandées peut contribuer à prévenir efficacement la transmission nosocomiale de la COVID-19 et d'autres infections respiratoires virales. Dans le cadre d'une étude de 8 mois, la mise en œuvre d'un ensemble de mesures de PCI, dont des restrictions intermittentes des visites, s'est traduite par un contrôle durable des infections, et ce malgré l'augmentation du nombre de personnes en visite autorisées par personne hospitalisée¹.

Une étude publiée en 2021 fondée sur des modèles de simulation et des données recueillies en Écosse, a démontré que les personnes en visite ne contribuaient pas de manière significative à la transmission de la COVID-19 dans les foyers de soins lorsqu'elles respectaient les mesures de PCI et provenaient de communautés où le taux de prévalence de la COVID-19 était similaire ou inférieur à celui du foyer de soins. De plus, les personnes en visite avaient des interactions limitées avec un nombre restreint de prestataires de soins et de résidents et résidentes, ce qui limitait le risque de transmission. L'interdiction des visites ne serait efficace que si les prestataires de soins et leurs proches hors du foyer de soins étaient également isolés de la communauté, ce qui est improbable²⁸. Dans une étude portant sur 2 884 prestataires de soins d'un hôpital pédiatrique, menée d'avril à novembre 2020, les auteurs ont pu démontrer que la présence des parents et des personnes proches aidantes dans le cadre d'un protocole de visite standardisé n'était pas associée à une augmentation du taux d'infections chez le personnel de santé, et n'avait pas de répercussion significative sur la transmission de l'infection aux familles des enfants hospitalisés. Dans le second volet de l'étude, une réduction du pourcentage de cas de COVID-19 a même été observée chez le personnel de santé. Selon les auteurs, les parents et les personnes proches aidantes impliqués dans les soins peuvent avoir effectué certaines procédures associées à un risque d'exposition plus élevé, et ainsi contribué à réduire le risque d'infection pour le personnel de santé²⁹⁻³¹. Qui plus est, puisque la plupart des enfants présentaient des pathologies sous-jacentes, leurs parents et personnes proches aidantes étaient certainement plus rigoureux que d'autres en matière d'hygiène et de lavage de mains. Enfin, ils avaient également été formés aux protocoles d'hygiène des mains pour se voir accorder le droit de visite²⁹.

Conséquences des politiques restrictives sur la présence des familles pendant la COVID-19

La détresse des patients et patientes et le traumatisme causé par l'absence des proches pendant la pandémie ont été largement documentés. Dans une étude, les prestataires de soins interrogés ont déclaré que les patients et patientes « gémissaient » et étaient « visiblement tristes » en raison des restrictions imposées à leurs proches³³. Les patients et patientes concernés par ces restrictions répondaient plus tardivement aux traitements, géraient moins bien leurs médicaments, étaient davantage sujets aux chutes et au sepsis, acceptaient moins bien leur statut médical, et présentaient une plus grande anxiété attribuable à l'hospitalisation et



à l'éloignement des familles. À titre d'exemple, dans une étude de 2021 portant sur 315 personnes proches aidantes et enfants, l'absence d'une personne proche aidante a été associée à des taux de réadmission à 7 jours plus élevés, et à un risque accru de recevoir des opiacés pour une douleur modérée à sévère ou de présenter un effet indésirable³⁴. Les médecins ont indiqué, d'après des observations anecdotiques, que lorsque les restrictions de visite étaient en vigueur, les patients et patientes évitaient l'hôpital et, lorsqu'ils étaient admis, demandaient souvent un congé anticipé, ce qui donnait lieu à des réadmissions. De nombreux exemples de patients et patientes retardant ou évitant les soins médicaux pour se soustraire à une hospitalisation ont été cités par les prestataires de soins¹¹.

Les restrictions de visite ont inévitablement eu des effets préjudiciables sur les familles, matérialisés par un désengagement des soins, un report de discussions médicales importantes, une moins bonne compréhension de la progression de la maladie, et une préparation inadéquate à la prise de décisions sur la fin de vie³². D'après l'étude menée par Wentlandt et coll., les prestataires de soins estimaient que les restrictions limitaient la capacité des personnes proches aidantes à évaluer l'état clinique des patientes et patients, et donc à fournir des informations et un contexte importants à l'équipe soignante, ce qui rendait la prise de décisions difficile¹¹. Des personnes proches aidantes ayant participé à un projet de recherche financé par ESC portant sur leur expérience personnelle en tant que personne de soutien d'un résident ou d'une résidente en établissement de soins de longue durée (SLD), avant et pendant la pandémie, ont écrit : « Nous avons beaucoup souffert émotionnellement de cette exclusion, et de ne pas pouvoir rendre visite à nos proches. La couverture médiatique de la crise qui touchait les établissements de SLD n'a fait qu'exacerber notre inquiétude et nos préoccupations³⁵. » Une étude multicentrique portant sur les proches maintenus éloignés de patients et patientes atteints de formes graves de la COVID-19 a mis en lumière l'ampleur de leur souffrance et de leur détresse psychologique. Au suivi à trois mois, 63 % des 330 personnes de l'échantillon ont déclaré vivre un stress important et souffrir d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les familles ressentaient un profond sentiment de culpabilité et d'impuissance et un besoin ardent de contacts physiques; elles étaient confrontées à des conflits décisionnels provoqués par une communication inadéquate, et craignaient que leurs proches ne se sentent abandonnés^{1,36}.

Les prestataires de soins qui appliquaient les politiques d'interdiction des visites ont également évoqué des symptômes de TSPT, leur épuisement professionnel et leur intention de quitter leur emploi. Pendant la pandémie, les règles relatives à la restriction des visites ont par ailleurs contribué à une recrudescence de la violence à l'égard du personnel hospitalier. Ce dernier a exprimé sa frustration quant aux règles de séparation physique imposées aux patients et patientes et à leurs familles. Un prestataire de soins a déclaré à l'équipe de recherche que « les règles relatives aux visites et à l'interdiction de la présence des familles, sous prétexte que ces

dernières risquaient inconsciemment de transmettre le virus, étaient ridicules et n'avaient aucun sens. Si moi, une fois équipé de tous les ÉPI appropriés, j'ai le droit d'aller examiner le patient ou la patiente, pourquoi un proche ne pourrait-il pas, une fois équipé de tous les ÉPI appropriés, se rendre à son chevet et l'accompagner dans ses derniers instants³³? »

Le maintien des restrictions au-delà de la phase de réponse initiale à la crise sanitaire laisse suggérer que les décideurs n'ont peut-être pas pleinement considéré les risques associés à la restriction des visites pour les patients et patientes, les familles et le personnel par rapport au risque de transmission de la COVID-19³².

Potentiel de la technologie

Dans un article publié avec le soutien d'ESC, Gallant et coll.³⁷ ont formulé des suggestions fondées sur le potentiel considérable des innovations technologiques et virtuelles pour renforcer la présence des partenaires de soins essentiels dans les établissements de SLD. Ces suggestions viennent conforter d'autres données probantes, qui démontrent que les visites virtuelles peuvent contribuer à réduire l'anxiété des personnes proches aidantes²¹.

L'expérience face aux restrictions des visites pendant la COVID-19 et la nécessité manifeste d'assurer la présence des partenaires de soins essentiels ont donné lieu à des innovations visant à proposer d'autres formes de visite. Une étude décrit la création de films sur l'« environnement » local. Des films préenregistrés décrivant l'environnement au sein de l'unité de soins intensifs, notamment les bruits et l'équipement, étaient mis à la disposition des familles, qui pouvaient ainsi contextualiser et visualiser la prestation des soins³⁸. Autre innovation, les « cabines de verre pour les familles » (FGC ou « Family Glass Cabin »), qui offrent une solution sécuritaire dans un contexte de distanciation sociale et permettent un contact direct entre les personnes souffrant d'une lésion cérébrale acquise et leurs personnes proches aidantes. Les FGC ont eu des effets positifs puisqu'elles ont permis de stimuler la récupération fonctionnelle des patients et patientes et de réduire l'anxiété et le fardeau des personnes proches aidantes. Les données préliminaires laissent suggérer que la présence physique d'une personne proche aidante (au moyen d'une FGC) renforce la communication et les aptitudes interpersonnelles, et entraîne de ce fait une amélioration des résultats cognitifs et sensorimoteurs chez les personnes atteintes d'une lésion cérébrale acquise. Les FGC offrent par ailleurs une expérience émotionnelle et sociale aux patients et patientes comme aux personnes proches aidantes, qui renforce leur bien-être psychologique. Au terme de l'expérience, une réduction significative de la souffrance émotionnelle et des symptômes d'anxiété a été observée chez les personnes proches aidantes³⁹. Parmi les innovations figure également la création du poste d'intervenant ou d'intervenante responsable d'offrir un soutien technique aux personnes hospitalisées pour les visioconférences (« Inpatient Video Navigator »). Les prestataires peuvent ainsi solliciter son aide pour former les patients et

patientes et les familles à la mise en place de consultations médicales virtuelles avec le personnel clinicien, mais aussi de visioconférences sociales pendant le séjour hospitalier. Dans le cadre de ce programme, des tablettes sont également remises aux patients et patientes pour leur permettre d'accéder aux médias dans leur langue maternelle, ainsi qu'aux journaux en ligne, aux divertissements et aux chaînes télévisées diffusant des événements actuels. Les auteurs de l'étude soulignent toutefois que les hôpitaux doivent rester vigilants afin que ces interventions ne remplacent pas les services d'interprétation médicale et que les proches présents virtuellement ne soient pas considérés comme des interprètes ad hoc⁴⁰.

Dans les circonstances où les familles ne peuvent être présentes physiquement, la technologie peut être exploitée pour rompre l'isolement et la solitude. Les notions d'équité et d'accessibilité doivent néanmoins être prises en considération lors de l'adoption d'innovations technologiques³³. Dans de nombreuses situations, le recours à la technologie ne peut remplacer la présence physique des partenaires de soins essentiels, mais peut aider. De plus, la technologie pouvant être perçue comme moins personnelle, les prestataires de soins devront acquérir des aptitudes de communication efficace³⁸. Enfin, puisque tout le monde n'a pas nécessairement accès à l'équipement nécessaire pour organiser des visites virtuelles, des programmes de prêt de tablettes financés par les organismes devront certainement être mis en place pour assurer un accès équitable à ces technologies³³.

Références

1. Dugdale L.S., K.L. Esbensen et L.S. Sulmasy, pour le comité Ethics, Professionalism and Human Rights de l'ACP. « Ethical Guidance on Family Caregiving, Support, and Visitation in Hospitals and Residential Health Care Facilities, Including During Public Health Emergencies: an American College of Physicians Position Paper. » *J Gen Intern Med.* 2023;38(8):1986-1993. doi:10.1007/s11606-023-08070-1
2. Munshi L. et coll. « Impact of Hospital Visitor Restrictions during the COVID-19 Pandemic. » Ontario COVID-19 Science Advisory Table. doi:10.47326/ocsat.2021.02.31.1.0
3. Montesanti S. et coll. « Family caregivers as essential partners in care: examining the impacts of restrictive acute care visiting policies during the COVID-19 pandemic in Canada. » *BMC Health Serv Res.* 2023;23:320. doi:10.1186/s12913-023-09248-3
4. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. BIEN PLUS QUE DES VISITEURS : Rapport sur les politiques en vigueur dans les hôpitaux de soins actifs au Canada. Publié en ligne en 2020. https://www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/better_together_executive-summary_fr.pdf

5. Munshi L., G. Evans et F. Razak. « The case for relaxing no-visitor policies in hospitals during the ongoing COVID-19 pandemic. » *CMAJ Can Med Assoc J.*, 2021;193(4):E135-E137. doi:10.1503/cmaj.202636
6. Fiest K.M. et coll. « An environmental scan of visitation policies in Canadian intensive care units during the first wave of the COVID-19 pandemic. » *Can J Anaesth.* 2021;68(10):1474-1484. doi:10.1007/s12630-021-02049-4
7. Mistraletti G. et coll. « Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. » *Crit Care.* 2021;25(1):191. doi:10.1186/s13054-021-03608-3
8. Cuevas E. « No Visitors Allowed. » *JAMA Neurol.* 2021;78(4):381-382. doi:10.1001/jamaneurol.2021.0050
9. Kotfis K. et coll. « COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. » *Crit Care.* 2020;24:176. doi:10.1186/s13054-020-02882-x
10. Gilmour J. « 974 Parent/carer presence on medical ward rounds: opinions of parents/carers and healthcare staff in a tertiary paediatric critical care unit. » *Arch Dis Child.* 2022;107(suppl. 2):A363-A364. doi:10.1136/archdischild-2022-rcpch.587
11. Wentlandt K. et coll. « Physician perceptions of restrictive visitor policies during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. » *CMAJ Open.* 2023;11(1):E110-E117. doi:10.9778/cmajo.20220048
12. Azad T.D. et coll. « Coronavirus Disease 2019 Policy Restricting Family Presence May Have Delayed End-of-Life Decisions for Critically Ill Patients. » *Crit Care Med.* 2021;49(10):e1037-e1039. doi:10.1097/CCM.0000000000005044
13. Aroos R., B.L. Wong et R.A. Merchant. « Delayed health consequences of COVID-19 lockdown in an older adult. » *Age Ageing.* 2021;50(3):673-675. doi:10.1093/ageing/afab052
14. Lo A.X. et coll. « COVID-19 hospital and emergency department visitor policies in the United States: Impact on persons with cognitive or physical impairment or receiving end-of-life care. » *J Am Coll Emerg Physicians Open.* 2022;3(1):e12622. doi:10.1002/emp2.12622
15. Brown E.E. et coll. « Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. » *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;28(7):712-721. doi:10.1016/j.jagp.2020.04.010
16. Selick A. et coll. « Barriers and facilitators to improving health care for adults with intellectual and developmental disabilities: what do staff tell us? » *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2018;38(10). doi:10.24095/hpcdp.38.10.01
17. Arora K.S., J.T. Mauch et K.S. Gibson. « Labor and Delivery Visitor Policies During the COVID-19 Pandemic: Balancing Risks and Benefits. » *JAMA.* 2020;323(24):2468-2469. doi:10.1001/jama.2020.7563
18. Castelpietra G. et coll. « The impact of Covid-19 pandemic on community-oriented mental health services: The experience of Friuli Venezia Giulia region, Italy. » *Health Policy Technol.* 2021;10(1):143-150. doi:10.1016/j.hlpt.2020.12.002

19. Gil R. et E.M. Arroyo-Anlló. « Alzheimer's Disease and Face Masks in Times of COVID-19. » *J Alzheimers Dis.* 2021;79(1):9-14. doi:10.3233/JAD-201233
20. Schlögl M. et C.A. Jones. « Maintaining Our Humanity Through the Mask: Mindful Communication During COVID-19. » *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(5):E12-E13. doi:10.1111/jgs.16488
21. Rose L. et coll. « Psychological distress and morbidity of family members experiencing virtual visiting in intensive care during COVID-19: an observational cohort study. » *Intensive Care Med.* 2022;48(9):1156-1164. doi:10.1007/s00134-022-06824-9
22. Wu Y. et coll. « Efficacy and safety of unrestricted visiting policy for critically ill patients: a meta-analysis. » *Crit Care.* 2022;26(1):267. doi:10.1186/s13054-022-04129-3
23. Hart J.L. et S.P. Taylor. « Family Presence for Critically Ill Patients During a Pandemic ». *Chest.* 2021;160(2):549-557. doi:10.1016/j.chest.2021.05.003
24. Wakam G.K., J.R. Montgomery et B.E. Biesterveld. « Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. » *N Engl J Med.* 2020;382(24). doi:10.1056/NEJMp2007781
25. Cattelan J. et coll. « Psychological effects of remote-only communication among reference persons of ICU patients during COVID-19 pandemic. » *J Intensive Care.* 2021;9:5. doi:10.1186/s40560-020-00520-w
26. Wee L.E. et coll. « The impact of visitor restrictions on health care-associated respiratory viral infections during the COVID-19 pandemic: Experience of a tertiary hospital in Singapore ». *Am J Infect Control.* 2021;49(1):134-135. doi:10.1016/j.ajic.2020.11.006
27. Norton A. et coll. « Impact of Hospital Visitor Restrictions on Racial Disparities in Obstetrics ». *Health Equity.* 2020;4(1):505-508. doi:10.1089/heq.2020.0073
28. Nguyen L.K.N. et coll. « Impact of visitation and cohorting policies to shield residents from covid-19 spread in care homes: an agent-based model. » *Am J Infect Control.* 2021;49(9):1105-1112. doi:10.1016/j.ajic.2021.07.001
29. De la Rosa-Zamboni D. et coll. « Allowing access to parents/caregivers into COVID-19 hospitalization areas does not increase infections among health personnel in a pediatric hospital. » *Front Pediatr.* 2022;10:896083. doi:10.3389/fped.2022.896083
30. Li H. et coll. « Transmission Routes Analysis of SARS-CoV-2: A Systematic Review and Case Report. » *Front Cell Dev Biol.* 2020;8:618. doi:10.3389/fcell.2020.00618
31. Kutti-Sridharan G. et coll. « SARS-CoV2 in Different Body Fluids, Risks of Transmission, and Preventing COVID-19: A Comprehensive Evidence-Based Review. » *Int J Prev Med.* 2020;11:97. doi:10.4103/ijpvm.IJPVM_255_20
32. Marmo S. et K.A. Milner. « From Open to Closed: COVID-19 Restrictions on Previously Unrestricted Visitation Policies in Adult Intensive Care Units. » *Am J Crit Care.* 2023;32(1):31-41. doi:10.4037/ajcc2023365

33. Wasilewski M.B. et coll. « Infection prevention and control across the continuum of COVID-19 care: A qualitative study of patients', caregivers' and providers' experiences. » *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2022;25(5):2431-2439. doi:10.1111/hex.13558
34. Lin K. et coll. « Protective and Unequal? Caregiver Presence During Pediatric Hospitalizations. » *Hosp Pediatr*. 2022;13(1):e1-e5. doi:10.1542/hpeds.2022-006590
35. Johnston P., A. Monk et M. Keatings. « Experiences of Essential Care Partners during the COVID-19 Pandemic. » *Healthc Q*. 2022;25 (numéro spécial). Consulté le 26 juin 2023. <https://www.longwoods.com/content/26979/healthcare-quarterly/experiences-of-essential-care-partners-during-the-covid-19-pandemic>
36. Hochendoner S.J. et coll. « Voices from the Pandemic: A Qualitative Study of Family Experiences and Suggestions regarding the Care of Critically Ill Patients. » *Ann Am Thorac Soc*. 19(4):614-624. doi:10.1513/AnnalsATS.202105-629OC
37. Gallant N.L. et coll. « Improving Family Presence in Long-Term Care during the COVID-19 Pandemic. » *Healthc Q*. 2022;25 (numéro spécial). Consulté le 26 juin 2023. <https://www.longwoods.com/content/26980/healthcare-quarterly/improving-family-presence-in-long-term-care-during-the-covid-19-pandemic>
38. McPeake J. et coll. « Clinician perceptions of the impact of ICU family visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: an international investigation. » *Crit Care*. 2023;27(1):33. doi:10.1186/s13054-023-04318-8
39. De Luca R. et coll. « Is the "Family Glass Cabin" Useful to Safely Allow Inpatient–Caregiver Interaction in the COVID-19 Era? A Pilot Study on Severe Acquired Brain Injury. » *J Clin Med*. 2022;11(6):1623. doi:10.3390/jcm11061623
40. Kucirek N.K. et coll. « Stories from COVID-19 Reveal Hospitalized Patients with Limited English Proficiency Have Always Been Uniquely Prone to Social Isolation. » *J Gen Intern Med*. 2021;36(3):786-789. doi:10.1007/s11606-020-06383-z
41. Giannitrapani K.F. et coll. « Serious illness care quality during COVID-19: Identifying improvement opportunities in narrative reports from a National Bereaved Family Survey. » *Palliat Med*. Publié en ligne le 17 mai 2023 : 02692163231175693. doi:10.1177/02692163231175693