

AOÛT 2021

ADDENDA – REVUE DE LA LITTÉRATURE : DONNÉES PROBANTES ÉMERGENTES SUR LES PARTENAIRES DE SOINS ESSENTIELS

INTRODUCTION

On estime que les partenaires de soins essentiels du Canada (souvent appelés proches aidants) fournissent l'équivalent de plus de 66,5 milliards de dollars par année en soins^[1]. Or, au début de la pandémie de COVID-19, l'imposition rapide de restrictions générales de visites a limité la capacité des proches aidants à prodiguer des soins de soutien dans les établissements de santé¹. Ces restrictions ne faisaient aucune distinction entre le rôle des visiteurs et celui des partenaires de soins essentiels. La revue de la littérature^[2] publiée en novembre 2020 a présenté un résumé des données probantes, toujours plus nombreuses, sur la présence des partenaires de soins essentiels. L'information était regroupée en quatre grands sujets :

- Les avantages de la présence des proches aidants;
- Les changements dans les politiques sur la présence de la famille dans les hôpitaux canadiens;
- La transmission de la COVID-19 dans les hôpitaux et en soins de longue durée;
- Les effets des politiques de visites restrictives sur les patients², les proches aidants et les prestataires de soins de santé.

Tout au long de la pandémie de COVID-19, cet ensemble de données probantes a continué de croître. Le présent addenda vient compléter la dernière revue de la littérature en fournissant un aperçu des données sur la présence des partenaires de soins essentiels parues entre l'automne 2020 et juillet 2021. Les avantages de cette présence sont bien connus. L'addenda se concentre sur les trois grands sujets suivants :

- **Les politiques sur la présence des proches aidants qui ont sans cesse changé pendant la pandémie de COVID-19 au Canada.** Pendant la pandémie, la meilleure compréhension de la COVID-19, les effets importants des politiques restrictives sur les patients et le taux de transmission communautaire ont influencé les changements continuellement apportés aux directives provinciales et territoriales concernant les politiques de visites. Les directives récentes prônent l'adoption d'une approche plus équilibrée favorisant la présence physique des proches aidants. Or, leur mise en application varie dans les provinces, les territoires et les régions, malgré la diminution de la prévalence de la COVID-19 et l'augmentation de la vaccination.
- **La transmission de la COVID-19 dans les hôpitaux et en soins de longue durée.** De nombreuses études réalisées pendant la pandémie abondent dans le même sens que celles réalisées plus tôt, qui montrent que la présence des familles ne fait pas augmenter le taux de transmission de la COVID-19 si du soutien est offert, et que les mesures de prévention et de contrôle des infections favorisant la sécurité et limitant la transmission dans les milieux de soins sont efficaces.
- **Les effets des politiques de visites restrictives des hôpitaux et des milieux de soins de longue durée à l'ère de la COVID-19.** Maintes données mettent en lumière la multitude de risques que l'imposition de politiques de visites restrictives durant la pandémie a jusqu'à maintenant posés pour la sécurité des patients, la qualité et la sécurité des soins, et les effets de ces politiques sur les familles, les prestataires de soins et le système de santé.

1 Le terme « établissements de santé » fait référence aux milieux où l'on peut recevoir des soins ou des services de santé, par exemple les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les résidences pour personnes âgées, les établissements de soins avancés et les autres milieux de soins collectifs.

2 Le terme « patients » fait référence aux personnes qui reçoivent des soins ou des services de santé dans quelque milieu que ce soit. Il désigne à la fois les patients, les clients, les utilisateurs des services de santé et les résidents des milieux de soins collectifs, des établissements de soins de longue durée, des résidences pour personnes âgées et des milieux de soins avancés.

Les politiques sur la présence des proches aidants

La pandémie de COVID-19 a causé des bouleversements dans le monde entier, et les pratiques et politiques en santé au Canada n'y font pas exception. La crainte de la propagation de la maladie, surtout au début de la pandémie, a amené les décideurs à revoir en profondeur les politiques de visites de nombreux milieux de soins; aucune distinction n'était faite entre les visiteurs et les partenaires de soins essentiels, qui n'avaient désormais plus la possibilité de visiter les patients^[3].

Première vague : Une analyse des directives provinciales et territoriales publiques menée au printemps 2020 a clairement démontré que ces directives avaient été guidées par des groupes de travail et de commandement spécialement créés pour la pandémie. Les restrictions générales des visites mises en place ne faisaient aucune distinction entre le rôle des visiteurs et celui des membres de la famille ou des proches aidants qui participaient activement aux soins du patient, soit des partenaires de soins essentiels. La majorité des directives étaient très restrictives, à l'exception de certaines en pédiatrie, en obstétrique (pour les accouchements) et en soins de fin de vie. Le nuancement des directives ne tenait généralement pas compte des populations vulnérables sur le plan médical (qui comptent entre autres les personnes ayant une déficience cognitive) et a entraîné une grande détresse chez les patients. Les reportages médiatiques parus durant la première vague donnaient de nombreux exemples de patients décédés seuls, sans le soutien de leurs proches, et faisaient état de l'angoisse émotionnelle et morale vécue par les proches aidants et les prestataires de soins de santé.

Deuxième vague : À l'automne 2020, des appels publics ont été lancés pour faire reconnaître les nombreux risques posés par les politiques de visites restrictives et réclamer une approche équilibrée permettant la réintégration sécuritaire des partenaires de soins essentiels^[4-6]. Une autre analyse des directives provinciales et territoriales a révélé une tendance

vers la réintégration physique de certains partenaires de soins essentiels et a souligné l'importance de faire participer ces derniers à la lutte anti-infectieuse^[7-9]. Toutefois, dans la plupart des cas, la présence des partenaires était très limitée; en effet elle n'était permise que pour quelques patients dans des situations bien précises, et elle se limitait à un ou deux partenaires seulement, à raison d'une personne à la fois, souvent à des heures prédéfinies. La définition de ce qui était essentiel était une responsabilité généralement laissée aux établissements et, dans certains cas, aux gestionnaires d'unités, ce qui a créé des incohérences dans l'application des directives provinciales et territoriales.

Troisième vague : Une troisième analyse des directives réalisée en mars 2021 a montré que de nombreuses provinces adoptaient maintenant une approche par régions. Chaque région se voyait attribuer une couleur ou un niveau en fonction de la prévalence de la COVID-19, et c'est cette couleur ou ce niveau qui, en tenant compte de la transmission communautaire, dictait les politiques relatives à la présence des partenaires de soins essentiels qui étaient en vigueur. Là où la prévalence de la maladie était faible, on pouvait autoriser un ou deux partenaires supplémentaires, et là où elle était élevée, on maintenait les restrictions en faisant quelques exceptions selon le patient et sa situation, par exemple pour un patient en fin de vie. On a changé la terminologie pour faire la distinction entre les visiteurs et les partenaires de soins essentiels, et on a reconnu les préjudices non intentionnels vécus par les patients dans les vagues précédentes en raison des restrictions. Cependant, l'application des directives provinciales et territoriales est restée inconstante, tant au sein des régions qu'entre celles-ci.

Situation actuelle : Récemment, soit en juillet 2021, une analyse a révélé que des changements minimes ont été apportés aux politiques des hôpitaux, où le nombre de partenaires de soins essentiels autorisés reste limité. Des changements importants ont toutefois été introduits dans les politiques des établissements de soins de longue durée, qui autorisent maintenant la présence des partenaires de soins essentiels et des visiteurs généraux. S'il en est ainsi, c'est grâce au fort taux de vaccination des résidents en soins de longue durée et de leurs partenaires de soins essentiels, ce qui confère une bonne protection contre la transmission de la COVID-19^[10]. Partout dans le monde, les vaccins ont été administrés en priorité aux personnes en soins de longue durée, et comme ils protègent bien contre l'infection et la transmission, les gouvernements ont levé de nombreuses restrictions^[10-14]. En règle générale, les vaccins se sont avérés très efficaces et ont joué un rôle crucial dans la présence des familles et l'abolition des restrictions^[15, 16].

Dans certaines provinces, le taux de vaccination élevé a permis la réintégration d'un plus grand nombre de partenaires de soins essentiels dans les hôpitaux. Les établissements de santé sont invités à tenir compte du statut d'immunisation des personnes qui demandent une exception aux restrictions de visites. Cependant, même si le taux de vaccination va en augmentant et que les politiques provinciales autorisent l'entrée des partenaires de soins essentiels dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, la mise en œuvre des politiques dans les régions et les établissements demeure inconstante^[17-19].

La transmission de la COVID-19 dans les hôpitaux et en soins de longue durée

Il est difficile d'étudier le lien entre la transmission de la COVID-19 et la présence des partenaires de soins essentiels, la plupart des études menées durant la pandémie ayant été influencées par l'apport de multiples changements aux procédures de prévention et de contrôle des infections en même temps que la restriction des visites^[20, 21]. Les données probantes ne permettent toutefois pas de conclure que les membres des familles et les personnes de soutien désignées sont des vecteurs de transmission^[20, 22]. Plusieurs revues et résumés prônent la réintégration des partenaires de soins essentiels en soulignant que très peu de données montrent une transmission accrue et que les restrictions générales des visites sont associées à de nombreux préjudices^[10, 23, 24].

Des modèles et des études ont montré que la ségrégation des patients, la taille de la population en soins de longue durée, le regroupement en cohortes et le port universel du masque, plutôt que les restrictions des visites, ont été des facteurs clés dans la réduction de la transmission de la COVID-19 dans les établissements de santé^[25, 26]. D'ailleurs, des études menées à Singapour sur la fluctuation de la transmission associée aux restrictions des visites ont révélé que l'abolition des restrictions pour les partenaires de soins essentiels ne s'accompagnait pas d'une augmentation de la transmission. Dans ces études, jusqu'à cinq partenaires pouvaient être présents en même temps, et toutes les autres précautions étaient maintenues^[25, 27]; les résultats obtenus indiquent qu'avec de bonnes mesures de prévention des infections, les partenaires de soins essentiels peuvent être présents sans danger dans les établissements de santé^[27, 28].

Les effets des politiques de visites restrictives des hôpitaux et des milieux de soins de longue durée à l'ère de la COVID-19

On connaissait déjà les effets négatifs des politiques restrictives avant la pandémie de la COVID-19, entre autres grâce aux leçons tirées des pandémies antérieures, comme celle du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003. Malheureusement, bon nombre de ces effets négatifs ont été rapportés dans la littérature publiée pendant la pandémie de la COVID 19, surtout dans les premiers temps^[2]. Dans les six derniers mois, un nombre croissant de données probantes a montré les répercussions qu'ont eues les restrictions des visites, y compris celles s'appliquant aux partenaires essentiels, sur les patients, leurs proches aidants, les prestataires de soins de santé et le système de santé en général.

Patients : De récentes études sur les effets des restrictions des visites pendant la pandémie de la COVID-19 ont fait état de conséquences négatives sur la santé physique et mentale des patients, leur expérience de soins et leur sécurité. Sur le plan de la santé physique, on a constaté une diminution des capacités physiques et de l'apport nutritionnel, de même qu'une augmentation de la douleur, des symptômes, de l'agitation et de l'agressivité^[29]. L'allaitement des nouveau-nés, particulièrement de ceux à l'unité néonatale de soins intensifs (UNSI), en a également pâti, de nombreuses mères n'étant pas autorisées à être aux côtés de leur bébé^[16, 30]. En ce qui a trait à la santé mentale, les effets négatifs des restrictions se sont traduits par une détresse psychologique et émotionnelle accrue et de l'anxiété^[29, 31, 32]. On a également observé une hausse du taux de déclin cognitif et de délirium chez les personnes âgées en soins de longue durée^[29] et chez les patients de tous âges en milieu hospitalier^[33]. En ce qui concerne l'expérience des patients, des sondages ont mis au jour les effets négatifs des restrictions, dont une diminution de la satisfaction et une altération

de l'expérience de soins^[15, 29, 34]. En outre, des patients mourants non atteints de la COVID-19 ont vu leur séjour aux soins intensifs prolongé en raison des délais survenus dans la prise de décisions concernant les traitements à prodiguer avant leur décès^[15, 35]. Enfin, sur le plan de la sécurité des patients, des études ont révélé une hausse des taux de chutes et de sepsis^[34]. De plus, les restrictions ont eu des effets sur des processus censés améliorer les issues des patients, ce qui a mené à une détérioration de la transmission des renseignements, de la communication et de la prise de décisions^[15, 35-37] et nuï au bilan comparatif des médicaments^[38].

Proches aidants : La littérature récente montre que les politiques restrictives ont eu des conséquences sur la santé et l'expérience des proches aidants et ont compliqué les transitions de soins. Les proches aidants ont signalé une augmentation de leur anxiété et de leur détresse psychologique et émotionnelle^[29, 31, 32] et ont dit vivre un plus grand isolement social^[30]. Les restrictions des visites ont également donné lieu à de mauvaises expériences de deuil, de nombreux êtres chers étant décédés sans être entourés de leur famille^[15]. Elles ont aussi donné lieu à d'autres mauvaises expériences, comme la diminution du soutien familial^[32, 37] et l'établissement difficile d'un attachement parental avec un nouveau-né^[16, 29, 30]. Certaines personnes ont dénoncé la mauvaise communication avec les proches aidants et le besoin d'une communication accrue^[29, 34, 37, 39]. Les transitions de soins, un enjeu déjà préoccupant avant la pandémie, ont été davantage perturbées par la préparation inadéquate des congés, aggravée par le manque, chez les proches aidants, de confiance et de compétences pour la prestation de soins à domicile^[39].

Prestataires de soins de santé : Les prestataires de soins de santé ont également fait les frais des restrictions des visites, notamment sur le plan de leur santé, de leur bien-être et de leur expérience de prestation de soins. L'application de politiques allant à l'encontre de leur compréhension et de leur interprétation des soins centrés sur la personne leur

a occasionné des traumatismes secondaires^[16] et a fait augmenter leurs taux de détresse psychologique et émotionnelle, d'anxiété et de dépression^[16, 29, 31, 40]. En outre, les restrictions se sont accompagnées de nouvelles tâches qui ont alourdi leur charge de travail, comme l'apprentissage de nouvelles technologies pour les consultations virtuelles, l'offre d'un plus grand soutien social aux patients et l'adaptation de la communication avec les familles, qui prend plus de temps^[29]. Des études ont révélé que la satisfaction au travail du personnel infirmier a diminué après l'application des restrictions visant les visiteurs et les partenaires de soins essentiels^[34].

Système de santé : De récentes études ont indiqué que les restrictions des visites ont aussi eu des conséquences négatives sur le système de santé. D'ailleurs, la diminution de la capacité des unités de soins intensifs attribuable à la présence accrue de patients atteints de la COVID-19 est venue alourdir le fardeau porté par un système déjà surchargé^[15, 35]. Il était également de plus en plus difficile d'obtenir des consentements éclairés en vue d'essais cliniques^[41]. Enfin, les restrictions des visites ont amplifié les disparités en santé et nuire davantage à l'équité en santé^[30, 37, 42, 43].

Conclusion

Pendant la pandémie de COVID-19, le rôle crucial que jouent les partenaires de soins essentiels est devenu plus qu'évident, tout comme les conséquences négatives des restrictions générales des visites.

De nombreuses ressources ont été créées par diverses organisations, par exemple les recommandations d'ESC pour la réintégration des proches aidants comme partenaires de soins essentiels, qui définissent sept interventions destinées à guider l'élaboration des politiques sur le sujet^[4]. ESC a également travaillé avec des partenaires à la mise sur pied du programme Essentiels ensemble, qui a pour but d'aider les établissements de santé à appliquer les recommandations. Profitant d'activités d'apprentissage,

de ressources, d'outils et d'encadrement, les établissements apprennent à distinguer les partenaires de soins essentiels et les visiteurs en général; engagent les patients dans l'élaboration de politiques et de procédures liées à la présence des proches aidants; et mettent en place des pratiques et des procédures qui permettent et favorisent la participation sécuritaire des partenaires de soins essentiels à la prestation de services, au sein de l'équipe de soins. Récemment, le National Institute on Ageing a publié un document qui, en s'appuyant sur le fort taux de vaccination dans les établissements de soins de longue durée du Canada, formulait des recommandations pour la réintégration sécuritaire des proches aidants et des visiteurs en général^[10].

Il est maintenant évident qu'il faut adopter une approche équilibrée permettant de gérer les risques limités de transmission et les préjudices non intentionnels des politiques restrictives. Heureusement, la diminution du nombre de cas de COVID-19 et l'augmentation du taux de vaccination efficace ont favorisé la mise en œuvre de politiques moins restrictives facilitant la réintégration sécuritaire des partenaires de soins essentiels dans certains établissements. Bien que les directives provinciales et territoriales aient changé au fil de la pandémie, leur application dans les établissements n'a pas été uniforme. Il y a encore des progrès à faire pour soutenir de façon constante la présence sécuritaire des partenaires de soins essentiels. Maintenant que la reprise est à nos portes, le système de santé peut faire preuve de résilience et tirer des leçons de la pandémie afin d'élaborer des politiques avec les patients et les partenaires de soins essentiels et de veiller à ce que les restrictions générales soient reléguées aux oubliettes pour toujours. Qu'on soit en temps de crise ou non, les partenaires de soins essentiels jouent un rôle crucial dans les soins des patients; ils ne sont pas des visiteurs, et comme nous avons pu le constater pendant la pandémie, ils sont capables d'apprendre et de respecter des protocoles qui leur permettent d'offrir en personne des soins de soutien en toute sécurité.

REFERENCES

1. Magnaye, A., et coll. « Caregivers' failure to thrive: A case for health and continuing care systems transformation », 2020. [« Caregivers' failure to thrive: A case for health and continuing care systems transformations », PubMed \(nih.gov\)](#)
2. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. *Revue de la littérature : les proches aidants comme partenaires de soins essentiels*, 2020. [Revue de la littérature : les proches aidants comme partenaires de soins essentiels \(fcass-cfhi.ca\)](#)
3. 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, 2020. https://www.fcass-cfhi.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/better_together_executive-summary_fr.pdf
4. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. *Recommandations pour la réintégration des proches aidants comme partenaires de soins essentiels*, 2020. [Recommandations pour la réintégration des proches aidants comme partenaires de soins essentiels \(fcass-cfhi.ca\)](#)
5. Stall, N. M., et coll. « Finding the Right Balance: An Evidence-Informed Guidance Document to Support the Re-Opening of Canadian Nursing Homes to Family Caregivers and Visitors during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic », *Journal of the American Medical Directors Association*, 2020, vol. 21, no 10, p. 1365-1370.
6. Toronto Region COVID-19 Hospital Operations Table. *Access to Hospitals for Visitors (Essential Care Partners): Guidance for Toronto Region Hospitals (Acute, Rehab, CCC) During the COVID-19 Pandemic*, octobre 2020. <https://www.oha.com/Documents/Access%20to%20Hospitals%20for%20Visitors%20-%20Oct%206.pdf>
7. Gouvernement du Canada. Prévention et contrôle de la COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs, avril 2020. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/prevention-controle-covid-19-lignes-directrices-provisaires-deuxieme-version.html#a1>
8. Gouvernement du Canada. Lignes directrices provisoires sur les soins aux résidents des établissements de soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19, juillet 2020. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation.html>
9. Gouvernement du Canada. Prévention et contrôle de la COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les services de soins ambulatoires et de consultation externe, mai 2020. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/lignes-directrices-provisaires-services-soins-ambulatoires-consultation-externe.html>
10. National Institute on Ageing. « After the Shot: Guidance Supporting the Re-Opening of Canada's LTC Home Following COVID-19 Vaccination », 2021. [AftertheShot_0704+\(1\).pdf \(squarespace.com\)](#)
11. Low, L.-F., et coll. « Safe Visiting is Essential for Nursing Home Residents During the COVID-19 Pandemic: An International Perspective », *Journal of the American Medical Directors Association*, 2021. [« Safe Visiting is Essential for Nursing Home Residents During the COVID-19 Pandemic: An International Perspective », Journal of the American Medical Directors Association \(jamda.com\)](#)
12. Centers for Disease Control and Prevention. Updated Healthcare Infection Prevention and Control Recommendations in Response to COVID-19 Vaccination. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html#anchor_1619116532180
13. Santé Canada. *Stratégies prioritaires pour optimiser les tests et le dépistage dans les foyers de soins de longue durée*. [Stratégies prioritaires pour optimiser les tests et le dépistage dans les foyers de soins de longue durée](#)
14. De Salazar, P. M., et coll. « High coverage COVID-19 mRNA vaccination rapidly controls SARS CoV-2 transmission in Long-Term Care Facilities », 2021. [« High coverage COVID-19 mRNA vaccination rapidly controls SARS-CoV-2 transmission in Long-Term Care Facilities » \(medRxiv\)](#)
15. Hart, J. L., et S. Parks Taylor. « Family Presence for Critically Ill Patients During a Pandemic », *Chest*, 2021. [« Family Presence for Critically Ill Patients During a Pandemic » \(ScienceDirect\)](#)
16. van Veenendaal, N. R., et coll. « Supporting parents as essential care partners in neonatal units during the SARS-CoV-2 pandemic », *Acta Paediatrica*, 2021. [« Supporting parents as essential care partners in neonatal units during the SARS-CoV-2 pandemic », Acta Paediatrica \(Wiley Online Library\)](#)
17. Jaswaney, R., et coll. « Hospital Policies During COVID-19: An Analysis of Visitor Restrictions », 2021. [« Hospital Policies During COVID-19: An Analysis of Visitor Restrictions » \(Europe PMC\)](#)

18. 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 », 2021. « [An environmental scan of visitation policies in Canadian intensive care units during the first wave of the COVID-19 pandemic](#) » (SpringerLink)
19. Presse canadienne. Patchwork of hospital visitor restrictions in place across Ontario, 2021. [Patchwork of hospital visitor restrictions in place across Ontario](#) (CTV News)
20. Munshi, L., et coll. « Pourquoi l'interdiction des visites dans les hôpitaux durant l'actuelle pandémie de COVID-19 devrait être assouplie », *CMAJ*, 2021. « [Pourquoi l'interdiction des visites dans les hôpitaux durant l'actuelle pandémie de COVID-19 devrait être assouplie](#) » (CMAJ)
21. Vance, A. J., et coll. « Visitor guidelines in US children's hospitals during COVID-19 », *Hospital Pediatrics*, 2021. « [Visitor guidelines in US children's hospitals during COVID-19](#) », *American Academy of Pediatrics* (aapublications.org)
22. Ontario COVID-19 Science Advisory Table. *Impact of Hospital Visitor Restrictions during the COVID-19 Pandemic*, 2021. [Impact of Hospital Visitor Restrictions during the COVID-19 Pandemic, Ontario COVID-19 Science Advisory Table](#) (covid19-sciencetable.ca)
23. Institute for Patient- and Family- Centered Care. *Family presence during a pandemic: Guidance for decision making*, 2021. [IPFCC_Family_Presence.pdf](#)
24. Ontario COVID-19 Science Advisory Table. *Impact of Hospital Visitor Restrictions during the COVID-19 Pandemic*, 2021. [Impact of Hospital Visitor Restrictions during the COVID-19 Pandemic, Ontario COVID-19 Science Advisory Table](#) (covid19-sciencetable.ca)
25. Wee, L. E., et coll. « Containment of COVID-19 and reduction in healthcare-associated respiratory viral infections through a multi-tiered infection control strategy », 2021. « [Containment of COVID-19 and reduction in healthcare-associated respiratory viral infections through a multi-tiered infection control strategy](#) » (ScienceDirect)
26. 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 », 2021. « [Impact of visitation and cohorting policies to shield residents from COVID-19 spread in care homes : an agent-based model](#) » (ScienceDirect)
27. 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 », 2020. « [The impact of visitor restrictions on health care-associated respiratory viral infections during the COVID-19 pandemic: Experience of a tertiary hospital in Singapore](#) », *American Journal of Infection Control* (ajicjournal.org)
28. Passerelli, V. C., et coll. « Asymptomatic COVID-19 in hospital visitors: The underestimated potential of viral shedding », 2021. « [Asymptomatic COVID-19 in hospital visitors: The underestimated potential of viral shedding](#) », *International Journal of Infectious Diseases* (ijidonline.com)
29. Hugelius, K., et coll. « Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review », 2021. « [Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review](#) » (ScienceDirect)
30. Raphael, J. L., et coll. « Unintended consequences of restrictive visitation policies during the COVID-19 pandemic: implications for hospitalized children », 2021. « [Unintended consequences of restrictive visitation policies during the COVID-19 pandemic: implications for hospitalized children](#) », *Pediatric Research* (nature.com)
31. Crispo, M. M., et coll. « A "Good Death" During Coronavirus Disease 2019: Outdoor Terminal Extubation Facilitates Safe Family Presence for a Dying Patient », *Journal of Pain and Symptom Management*, 2020. « [A "Good Death" During Coronavirus Disease 2019: Outdoor Terminal Extubation Facilitates Safe Family Presence for a Dying Patient](#) », *Journal of Pain and Symptom Management* (jpsmjournal.com)
32. Blankstein Breman, R., et coll. « Giving birth during the COVID-19 pandemic, perspectives from a sample of the United States birthing persons during the first wave: March-June 2020 », 2021. « [Giving birth during the COVID-19 pandemic, perspectives from a sample of the United States birthing persons during the first wave: March-June 2020](#) », *Birth* (Wiley Online Library)
33. Kandori, K., et coll. « Association between visitation restriction during the COVID-19 pandemic and delirium incidence among emergency admission patients: a single-center retrospective observational cohort study in Japan », *Journal of Intensive Care*, 2020. « [Association between visitation restriction during the COVID-19 pandemic and delirium incidence among emergency admission patients: a single-center retrospective observational cohort study in Japan](#) », *Journal of Intensive Care* (biomedcentral.com)

34. Silvera, G. A., et coll. « The influence of COVID-19 visitation restrictions on patient experience and safety outcomes: A critical role for subjective advocates », 2021. [The Beryl Institute, Executive Brief \(ymaws.com\)](#)
35. Azad, T. D., et coll. « Coronavirus Disease 2019 Policy Restricting Family Presence May Have Delayed End-of-Life Decisions for Critically Ill Patients », *Critical Care Medicine*, 2021. « [Coronavirus Disease 2019 Policy Restricting Family Presence May Have Delayed End-of-Life Decisions for Critically Ill Patients](#) » (Europe PMC)
36. Piscitello, G. M., et coll. « Family Meetings in the Intensive Care Unit During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic », *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2020. « [Family Meetings in the Intensive Care Unit During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic](#) » (sagepub.com)
37. Université de la Californie à San Francisco. « COVID-19 Hospital Restrictions – Surveying Impact on Patient- and Family-Centered Care », 2021. « [COVID-19 Hospital Restrictions – Surveying Impact on Patient- and Family-Centered Care](#) », <https://pretermbirthca.ucsf.edu/covid-19-hospital-restrictions-surveying-impact-patient-and-family-centered-care>
38. Herzig, K. A., et L. Bethishou. « The impact of COVID-19 on pharmacy transitions of care services », 2021. « [The impact of COVID-19 on pharmacy transitions of care services](#) » (ScienceDirect)
39. Sutter-Leve, R., et coll. « The Caregiver Experience After Stroke in a COVID-19 Environment: A Qualitative Study in Inpatient Rehabilitation », 2021. « [The Caregiver Experience After Stroke in a COVID-19 Environment: A Qualitative Study in Inpatient Rehabilitation](#) » (nih.gov)
40. Azoulay, E., et coll. « Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2020. « [Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study](#) », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* (atsjournals.org)
41. Van Driest, S. L., et coll. « Research consent rates before and during a COVID-19 one-visitor policy in a children’s hospital », 2021. « [Research consent rates before and during a COVID 19 one-visitor policy in a children’s hospital](#) », *Pediatric Research* (nature.com)
42. Agence de la santé publique du Canada. *Du risque à la résilience : une approche axée sur l’équité concernant la COVID-19*, 2020. [Du risque à la résilience : une approche axée sur l’équité concernant la COVID-19](#)
43. Norton, A., et coll. « Impact of Hospital Visitor Restrictions on Racial Disparities in Obstetrics », *Health Equity*, 2020. « [Impact of Hospital Visitor Restrictions on Racial Disparities in Obstetrics](#) », *Health Equity* (liebertpub.com)