

# Recherche et évaluation

**Les aménagements  
physiques des unités  
de soins et des ressources  
résidentielles pour augmenter  
le temps de présence des  
intervenants cliniques auprès  
des patients et des résidents**



# **Les aménagements physiques des unités de soins et des ressources résidentielles pour augmenter le temps de présence des intervenants cliniques auprès des patients et des résidents**

Mai 2013

*Rapport rédigé par*

Ionela L. Gheorghiu

Dépôt légale  
Bibliothèque Nationale du Québec 2013  
ISBN 978-2-923984-00-1

© Institut universitaire en santé mentale de Montréal  
Tous droits réservés

Le présent rapport a été adopté par le Comité d'orientation UETMISM de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal lors de sa réunion du 6 mai 2013.

**Équipe de projet :**

***Auteur :***

Ionela L. Gheorghiu, coordonnatrice de l'Unité d'évaluation des technologies et moyens d'interventions en santé mentale (UETMISM)

***Collaborateur principal :***

Hermes Karemere, doctorant en santé publique, stagiaire à l'UETMISM

***Autres collaborateurs :***

Nedjima Sebti, résidente en psychiatrie, stagiaire à l'UETMISM

Jackson Guimezap, résident en psychiatrie, stagiaire à l'UETMISM

Hélène Rochette, agente de programmation, Direction de soutien à l'intégration sociale (DSIS)

Janique Beauchamp, conseillère clinicienne en soins infirmiers volet recherche et évaluation de la qualité, Direction des soins infirmiers

Marie-Josée Gamache, conseillère en bâtiment, Direction des services administratifs

***Direction scientifique :***

Dr Alain Lesage, chef médical et responsable scientifique UETMISM, IUSMM

***Direction administrative :***

Najia Hachimi-Idrissi, adjointe à la direction générale Qualité Performance, responsable administrative de l'UETMISM

***Recherche documentaire :***

Marie Désilets, bibliothécaire, Direction de l'enseignement

## **Lecture externe**

La lecture externe du rapport a été utilisée par l'UETMISM pour assurer la qualité du travail. Les lecteurs externes ont validé la méthodologie, l'analyse faite de constats de la littérature, ainsi que la conclusion du rapport. Les lecteurs externes sont :

Louise Rousseau, directrice de la recherche, Hôpital Rivière-des-Prairies

Alain Rioux, directeur adjoint à la qualité et à la performance, Institut universitaire en santé mentale de Québec

## **Comité d'orientation :**

M. Stéphane Bastianetto, attaché à la direction et au transfert des connaissances, direction de la recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM)

Mme Francine Dubé, directrice générale de la Société québécoise de schizophrénie, représentante des familles

Mme Linda Fortier, codirectrice des services cliniques, IUSMM

M. Léo Fortin, directeur du soutien à l'intégration sociale, IUSMM

Mme Delphine Givois, directrice adjointe administrative à la direction des services professionnels, IUSMM

Mme Najia Hachimi-Idrissi, adjointe à la direction générale – Qualité-performance, responsable administrative UETMISM, IUSMM

M. Jean Lepage, adjoint à la direction générale – communication, IUSMM

Dr Alain Lesage, chef médical et responsable scientifique UETMISM, IUSMM

Dr J. André Luyet, directeur des affaires médicales et cliniques, IUSMM

Mme Céline Morin, directrice générale adjointe et directrice des services administratifs, IUSMM

Mme Lucie Thibault, directrice des soins infirmiers, codirectrice de la direction du développement des pratiques professionnelles, IUSMM

Dr Luc Nicole, directeur de l'enseignement, IUSMM

Dr Reiner Banken, directeur général associé, relations extérieures, partenariat réseau à l'INESSS

M. Jean-Pierre Duplantie, conseiller du PDG, Services sociaux, INESSS

Mme Mélissa Couture, coordonnatrice du comité des usagers, représentante des usagers, IUSMM

Mme Denise Fortin, directrice générale, Représentante de la table RUIS-UETMIS, IUSMM

M. Luc Legris, directeur adjoint des services cliniques, IUSMM

M. Daniel Paquet, représentant du bureau du patient partenaire, IUSMM

Mme Guylaine Prévost, directrice des ressources humaines, IUSMM

# TABLE DE MATIÈRES

PRÉFACE .....	7
RÉSUMÉ.....	9
SUMMARY .....	11
SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	13
INTRODUCTION.....	14
OBJECTIF DU PROJET .....	15
Questions d'évaluation .....	15
Les dimensions de l'évaluation .....	16
LE MODÈLE THÉORIQUE.....	17
MÉTHODOLOGIE .....	20
Recherche d'information .....	20
Revue de la littérature.....	20
Recherche dans les bases de données .....	20
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	20
Collecte et extraction des données.....	21
Évaluation de la qualité des études.....	22
Analyse des données.....	23
Méthodes d'entrevue auprès du personnel et des gestionnaires .....	23
La production des recommandations .....	23
RÉSULTATS DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE – UNITÉS DE SOINS .....	24
Caractéristiques et qualité des études retenues.....	24
Les thèmes de l'étude .....	26
L'aménagement des unités de soins .....	28
Type d'aménagement physique .....	28
Temps des infirmières avec les patients .....	35
La pratique clinique et la culture organisationnelle.....	38
Les facteurs organisationnels et les autres facteurs qui influencent le temps passé avec les patients.....	38
Résultats des consultations avec les parties prenantes .....	40
RÉSULTATS DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE – RESSOURCES RÉSIDENTIELLES .....	41

Caractéristiques des études retenus .....	41
Temps des intervenants auprès des résidents .....	41
Autres résultats sur les aménagements de ressources résidentielles.....	42
Résultats des consultations avec les parties prenantes .....	43
DISCUSSION .....	45
CONCLUSION .....	50
ANNEXE A : Recherche documentaire – unités de soins.....	51
ANNEXE B : Recherche documentaire – ressources résidentielles.....	53
ANNEXE C : Recherche documentaire - littérature grise.....	55
ANNEXE D : Tableau des données : unités de soins.....	56
ANNEXE E : Évaluation de la qualité des études.....	67
ANNEXE F : Exemples de notes d’entrevues.....	73
RÉFÉRENCES.....	75

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1. Diagramme de sélection des articles .....	24
Figure 2. Types d’unités de soins .....	28
Figure 3. Poste centralisé.....	31
Figure 4. Type d’unités décentralisées .....	32

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1. Thèmes dégagés de la revue de la littérature .....	27
---	----

## PRÉFACE

Il s'agit du premier rapport de l'Unité d'évaluation des technologies et des moyens d'intervention en santé mentale (UETMISM), créée dans la foulée de la nomination à l'automne 2011 de l'hôpital Louis-H. Lafontaine à titre d'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Une des quatre fonctions d'un Institut universitaire en santé, à côté de celles des soins tertiaires, de l'enseignement et de la recherche, est l'ETMIS. Coïncidence, en juin 2010, une loi crée l'Institut d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), fusionnant l'ancienne Agence ETMIS et le Conseil du médicament, tout en ajoutant un mandat d'évaluation des interventions en services sociaux. À l'hôpital Louis-H. Lafontaine, l'UETMISM fait suite au module d'évaluation des services psychiatriques créé en 1997, coïncidant la même année avec la création de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, cette dernière visant la génération de preuves à l'intention des décideurs sur les systèmes et les programmes de santé. À L-H Lafontaine, le module va produire des travaux d'évaluation de programme, dont certains avaient une portée provinciale, d'autres vont pouvoir bénéficier d'octrois de recherche et faire l'objet de publications scientifiques (voir <http://www.iusmm.ca/publications/lhopital/publications-du-module-de-soutien-évaluatif.html>). Dès le départ, le module s'est doté d'un comité d'orientation composé de la direction générale, des directions cliniques et professionnelles, de la recherche et du comité des usagers. Le comité d'orientation de l'UETMISM va être comparable, va ajouter d'autres parties prenantes de la décision dans un établissement avec la direction des services administratifs, des ressources humaines et de l'enseignement; et de l'extérieur, de la direction de la table ETMIS du RUIS de l'Université de Montréal, et de l'INESSS. Dans la première année, l'UETMISM a établi ses politiques et procédures par consultation avec son comité d'orientation: l'UETMISM va être situé sous la direction adjointe de la direction générale pour la gestion des risques et de la qualité, et accompagnée d'un directeur médical également conseiller scientifique. Le comité d'orientation va être souverain dans le choix des projets à entreprendre et dans l'acceptation des rapports accompagnés d'un avis de réviseurs externes agissant comme réviseurs scientifiques.

Après une campagne de recueil de projets, le comité d'orientation va retenir à l'automne 2012 le présent projet de la capacité des aménagements physiques des unités hospitalières ou des milieux résidentiels supervisés, à accroître le temps passé par le personnel auprès des patients ou résidents. Un second projet a aussi été approuvé, mais devant être réalisé suite au premier, portant sur les améliorations à apporter aux aménagements physiques des unités de soins hospitalières pour réduire le risque de suicide. Le projet a mobilisé des efforts inattendus de la nouvelle coordonnatrice, une scientifique qui poursuivait sa formation ETMIS dans le cadre de la Maîtrise internationale en évaluation et gestion des technologies de la santé ULYSSES. Elle a pu bénéficier de l'encadrement scientifique ETMIS du Dr Pierre Dagenais, expert en méthodologie à l'INESSS, que nous remercions ici.

Peu d'articles ont été écrits permettant d'éclairer la question abordée dans ce rapport, mais fournissant, avec les unités décentralisées et de petits milieux résidentiels d'allure familiale, des pistes reconnues pertinentes et cohérentes par les membres du comité d'orientation. Le rapport va développer un modèle qui va situer à côté des aménagements physiques, les pratiques cliniques et la culture organisationnelle comme déterminants aussi le temps de soins directs passé auprès des patients/résidents. Des membres du comité soulignaient toute la pertinence du rapport avec leur perception que le temps de soins directs avait diminué à cause des tâches cléricales accrues. La rigueur de la méthode scientifique ETMIS suivie a été applaudie par les réviseurs externes et par les représentants INESSS. Le rapport pourrait se révéler utile pour éclairer les décisions d'aménagements physiques d'unités hospitalières médicales. Le modèle développé sera considéré éclairant par le comité d'orientation qui l'a examiné lors de sa troisième réunion du 6 mai 2013 où il va aussi approuver le rapport avec ses propres recommandations maintenant incluses. Parmi ces recommandations figure le besoin de compléter les besoins d'aménagements physiques des considérations de sécurité du personnel et des patients. Ceci sera réalisé en élargissant le mandat pour le prochain rapport à quels aménagements physiques des unités hospitalières assurent la meilleure gestion des risques des comportements agressifs comme soi-même ou contre autrui.

Les membres du comité d'orientation, parties prenantes de la question des aménagements physiques et temps de soins directs dans l'établissement pour assurer la meilleure qualité des soins et les meilleurs résultats possibles, ont souligné comment le rapport leur fournit maintenant un outil de réflexion. Le rapport permet aussi de situer le rôle de l'UETMISM dans l'organisation de l'établissement en soutien à l'amélioration des services, sans se substituer à aucune direction, en toute transparence de toutes les parties prenantes de l'établissement. Rien n'est arrêté dans ce rôle, et dans cette construction de l'UETMISM avec son comité d'orientation de l'établissement, il sera accompagné de l'expertise des autres établissements de santé du RUIS\_ETMIS de Montréal, de l'INESSS et sa table des établissements à vocation sociale et les autres instituts universitaires en santé mentale du Québec qui se définissent et poursuivent leur propre développement. Le champ de la santé mentale offre un terrain unique d'expérimentation des UETMIS par ses appartenances théoriques et pratiques aux champs de la santé et des services sociaux.

Alain Lesage, chef médical et responsable scientifique de l'UETMISM

Najia Hachimi-Idrissi, directrice adjointe à la direction générale pour la qualité et la gestion des risques, directrice administrative de l'UETMISM

## RÉSUMÉ

Les rénovations des unités de soins et des ressources résidentielles prévues à courte et à long terme par l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) imposent une prise de décision sur le type de modifications architecturales à faire. Les nouveaux aménagements veulent répondre aux besoins des patients de l'hôpital et des résidents des ressources résidentielles, qui demandent de pouvoir interagir plus facilement et plus souvent avec les intervenants cliniques. Cette interaction semble actuellement réduite. En effet, selon la perception des patients et des résidents, les intervenants cliniques passent davantage de temps dans le poste ou le bureau que dans l'unité de soins ou dans la résidence. Dans ce contexte, le comité d'orientation, qui régit les activités de l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention (UETMISM) de l'IUSMM, a demandé à l'unité de mener une évaluation afin d'identifier les aménagements physiques pour augmenter le temps de présence des intervenants cliniques auprès des patients et des résidents.

Afin d'identifier le type d'aménagement le plus efficace ainsi que les autres facteurs organisationnels et professionnel qui pourraient augmenter le temps passé par les intervenants cliniques auprès des patients et des résidents, deux revues systématiques de la littérature, l'une sur l'aménagement des unités de soins et l'autre pour celui des ressources résidentielles, ont été menées. Elles ont été complétées par de l'information contextuelle obtenue par des entrevues avec des parties prenantes de l'Institut. Le repérage de la littérature pertinente a été réalisé dans les bases de données suivantes : PubMed, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, Avery Index to Architectural Periodicals et plusieurs ressources de la littérature grise. En utilisant des stratégies de recherche bien définies, 990 références ont été identifiées pour les unités de soins et 153 pour les ressources résidentielles. Dix études sur des unités de soins et seulement une référence sur les ressources résidentielles ont répondu aux critères d'inclusion qui ne se limitaient pas à l'aménagement des unités de soins en santé mentale et ont été retenues pour l'analyse. Par contre, d'autres articles qui décrivent différents aspects de l'aménagement spécifique aux ressources résidentielles ont été retenus en complément l'analyse.

Parmi les dix études sur les unités de soins, cinq étaient de nature qualitative, deux quantitatives et trois ont recouru à des méthodes mixtes. L'analyse thématique du contenu a été utilisée pour examiner les données. Deux études ont examiné des unités centralisées et décentralisées et ont montré que les infirmières des unités décentralisées ont une tendance à passer plus de temps avec les patients que celles des unités centralisées. D'autres études montrent que le type, la grandeur de l'unité de soins ou la présence d'autres salles d'activités dans l'unité a aussi un impact sur le temps des infirmières auprès des patients. En même temps, 80% d'études ont mentionné le rôle important joué par des facteurs organisationnels sur le temps que les infirmières passent avec les patients et ont illustré par des exemples diverses stratégies organisationnelles pour faciliter l'augmentation du temps d'interaction.

Pour les ressources résidentielles, les aménagements caractérisés par des espaces de travail limités pour le personnel soignant semblent faciliter la communication entre les

intervenants cliniques et les résidents. De plus, les aménagements qui ressemblent aux habitations familiales ont un impact positif sur la santé et les comportements des résidents. Toutefois, tout comme pour les unités de soins, l'aménagement physique de l'espace à lui seul ne semble pas être suffisant pour augmenter le temps d'interaction entre les intervenants et les résidents, l'ajout par contre de changements organisationnels, comme par exemple, l'augmentation du nombre d'activités organisées par les intervenants pour les résidents, seraient aussi nécessaires.

Les consultations avec les parties prenantes du projet, essentiellement des gestionnaires d'unités de l'Institut et des ressources résidentielles, ont confirmé la plupart des résultats retrouvés dans la littérature. Des éléments d'aménagements comme l'emplacement des bureaux ou des alcôves partout dans l'unité de soins, la présence de salles de réunions et la nécessité de changements au niveau organisationnel pour favoriser plus d'interaction entre les intervenants et les patients, tout en tenant compte de la mission de chaque unité et résidence, sont les thématiques semblable à la littérature dégagés lors de ces consultations.

En conclusion, notre analyse démontre que l'aménagement physique des unités de soins et des ressources résidentielles serait un déterminant qui influence le temps passé par les intervenants cliniques auprès des patients et des résidents, mais cet indicateur n'est pas le seul. D'autres facteurs relèvent des pratiques cliniques, de l'organisation du travail et de la culture organisationnelle. Dans ce sens, tout aménagement envisagé des unités de soins hospitalières ou de milieux résidentiels supervisés devrait s'accompagner d'une programmation clinique précise et d'une organisation du travail adaptée aux contextes de pratique institutionnels. Certains aspects reliés aux aménagements physiques, comme la sécurité des intervenants cliniques et des patients, restent à éclaircir et seront abordés dans le projet suivant.

## SUMMARY

Recent studies have shown that increasing the time of interaction between caregivers and patients is beneficial for the health and wellbeing of patients. Short and long term renovations of hospital units and residential facilities at Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) imposes a decision-making process on the type of architectural design to choose. The new design is meant to meet the needs of the patients admitted at the Institute and the ones of residential resources, who expressed desire to interact more easily and more often with the clinical staff. These interactions, according to the patients' and residents' perception, seem to be insufficient as for them clinical staff spends more time in the nurses' station or residence' office than with patients on the unit or residence floor. In this context, the Direction Committee, in charge of the Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention (UETMISM) activities at IUSMM, asked the unit to conduct an evaluation to identify the physical design strategies that could increase the time spent by clinical staff with patients and residents.

In order to identify the most effective physical, as well as the organizational and professional factors that may increase the time spent by clinical staff with the patients and the residents, two systematic reviews of the literature, one for hospital units and the other for residential resources, were conducted. They were supplemented with interviews with Institute's stakeholders. The identification of the relevant literature was conducted in the following databases: PubMed, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, and Avery Index to Architectural Periodicals and several sources of grey literature. Using well-defined search strategies, 990 references were identified for the hospital units, and 153 for the residential resources. Ten studies for the hospital units and only one for the residential facilities met the inclusion criteria which were not limited to mental health facilities and were selected for the analysis. In addition, other articles describing various aspects of residential facilities design were also selected.

Of the 10 studies on hospital units five were qualitative design studies, two were quantitative, while three employed a mixed methods design. Data was examined by thematic content analysis. Two studies explored the centralized and decentralized units and showed that nurses from the decentralized units have a tendency to spend more time with patients than those from centralized units. Other studies show that the type and the size of the unit, as well as the presence of activity rooms in the unit have an impact on the time nurses spend with patients. In addition, 80% of the studies mentioned that organizational factors play an important role on the time nurses spend with patients and provided examples of various organizational strategies that facilitate an increase of the interaction time.

As for the residential facilities, a physical design characterized by limited workspaces for the clinical staff appears to facilitate communication between clinical staff and residents. In addition, residential homelikeness design seems to have a positive impact on residents' health and behaviour. However, similarly to our findings for hospital units, the physical layout alone does not seem to be sufficient to increase the interactions between clinical

staff and residents, but changes at the organizational level, such as a higher number of activities organised by the clinical staff for residents, may be necessary.

Interviews with the stakeholders, mostly managers of the Institute's units and residential facilities, confirmed most of the findings from the literature review. Elements such as location of office spaces, alcoves, and meeting rooms around the unit, as well as changes at the organizational level to promote the interaction between clinical staff and patients and residents, emerged during the consultations.

In conclusion, the results show that the physical design of hospital units and residential facilities is a factor that influences the amount of time spent by the clinical staff with patients and residents, but it is not the only one. Other factors having an impact are related to the clinical practices, work organization and the organizational culture. Therefore, any redesign of the hospital units or residential facilities should be accompanied by a precise clinical programming adapted to local work organization. Some aspects related to the physical design, such as the security of clinical staff and of patients, remain unclear and will be addresses in a subsequent project.

## **SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

AL : Alain Lesage

DSA : Direction des services administratifs

DSI : Direction des soins infirmiers

DSC : Direction des sciences cliniques

DSIS : Direction du soutien à l'intégration sociale

ETMI : évaluation des technologies et de moyens d'interventions

HK : Hermes Karemere

IG : Ionela Gheorghiu

INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux

IUSMM : Institut universitaire en santé mentale de Montréal (autrefois Hôpital Louis-H Lafontaine)

NS : Nedjima Sebti

RUIS : Réseau universitaire intégré de la santé

UETMISM : Unité d'évaluation de technologies et moyens d'interventions en santé mentale

## INTRODUCTION

Un nombre croissant d'études menées dans différents pays montre un lien entre le temps passé par le personnel infirmier auprès de patients et les résultats sur la santé des derniers (Clarke & Aiken, 2006). Par exemple, une étude canadienne a démontré qu'une augmentation de 10% des soins offerts par le personnel infirmier aux patients en phase aiguë était associée à une mortalité réduite, de 5 décès de moins pour 1000 malades (Tourangeau, Cranley, & Jeffs, 2006). Une étude menée en Pennsylvanie aux États-Unis a montré qu'un ratio de 1 infirmier pour 4 patients pourrait s'accompagner de 4000 décès, tandis qu'un ratio de 1 infirmier pour 8 patients serait associé à 5000 décès, soit une augmentation de mortalité de 31 % (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002).

Needleman a démontré qu'une proportion plus élevée d'heures de soins infirmiers fournis par jour est associée à de meilleurs résultats pour les patients hospitalisés (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002). Anderson (Anderson, 2007) a repris les conclusions d'un rapport du Minnesota (États-Unis) qui conclut qu'un plus grand nombre d'heures de soins directs offerts par des infirmières autorisées aux patients a été associé à une diminution du risque de décès lié à l'hospitalisation et à de plus courts séjours.

Pour les patients avec des troubles mentaux, Collins (Collins et al., 1985) a montré que le temps plus élevé d'interaction entre le personnel soignant et les patients, ainsi que la participation des patients aux activités thérapeutiques améliorent les résultats cliniques de ces patients. Peplau (Peplau, 1994) a suggéré que 12 heures par semaine d'interaction thérapeutique par chaque infirmière et les patients souffrants des troubles mentaux mèneraient à l'amélioration de la qualité de soins. La répartition du temps du personnel infirmier pour favoriser des activités thérapeutiques a conduit à une qualité de soins plus élevée, tel que rapporté par les patients psychiatriques (Dodds & Bowles, 2001).

Par contre, Whittington (Whittington & McLaughlin, 2001) a montré que moins de la moitié de la journée de travail des infirmières en psychiatrie était consacrée au contact avec les patients. De plus, la proportion du temps dédié aux interactions psychothérapeutiques était beaucoup plus faible. Une revue systématique qui date de 2010 (Sharac et al., 2010) a trouvé que les patients psychiatriques passent plus de temps en isolation qu'en interaction avec le personnel soignant et que les infirmières en psychiatrie passent presque la moitié du temps avec les patients, mais seulement 4 – 20 % de ce temps est utilisé pour les activités thérapeutiques.

Toutes ces études montrent l'importance du temps dédié par le personnel soignant aux interactions avec les patients et l'impact qu'il peut avoir sur les résultats de la santé de ces dernières.

## **OBJECTIF DU PROJET**

Le comité d'orientation, qui régit les activités de l'UETMISM de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a demandé à notre unité de mener une évaluation basée sur une revue systématique de la littérature afin d'identifier les stratégies physiques des lieux pour augmenter le temps de présence des intervenants cliniques auprès des patients dans les unités de soins, ainsi qu'auprès des résidents des ressources résidentielles.

Dans une perspective d'amélioration continue de soins, le projet veut répondre aux besoins des patients de notre hôpital et des résidents de ses ressources résidentielles, qui demandent d'interagir plus facilement et plus souvent avec les intervenants cliniques. Dans les unités de soins, cette interaction est actuellement réduite à cause notamment du poste infirmier fermé et du fait que les infirmières sont davantage dans le poste que sur l'unité de soins. Dans les ressources résidentielles, l'interaction est parfois difficile due au fait que tous les éléments se retrouvent dans un seul bureau : médication, ordinateur, téléphone, photocopieur, endroit de rencontre, etc. Cette demande d'interaction de la part des patients est aussi concordante avec le constat fait par la direction que le temps de soins directs avait diminué dans les dernières années à cause des tâches administratives accrues.

Ce projet servira de guide pour la prise de décision d'aménagement et de rénovations prévus à court terme. Les conclusions du rapport du projet seront intégrées au plan directeur clinique et immobilier et permettra de déterminer les aménagements d'espace au moment où l'Institut aura la disponibilité financière pour faire des rénovations majeures.

## **Questions d'évaluation**

Selon le mandat donné par le comité d'orientation pour soutenir des décisions d'aménagement des unités hospitalières ou de ressources résidentielles, le projet présent veut répondre aux questions d'évaluation suivantes :

1. quel type d'aménagement est le plus efficace pour augmenter le temps passé par les intervenants cliniques auprès des patients hospitalisés sur les unités de soins psychiatriques?
2. quel type d'aménagement est le plus efficace pour augmenter le temps passé par les intervenants cliniques auprès des résidents des ressources résidentielles psychiatriques?
3. quels sont les facteurs organisationnels, professionnels et autres identifiés dans la littérature ayant une influence sur le temps passé par les intervenants cliniques auprès des patients et des résidents?

## **Les dimensions de l'évaluation**

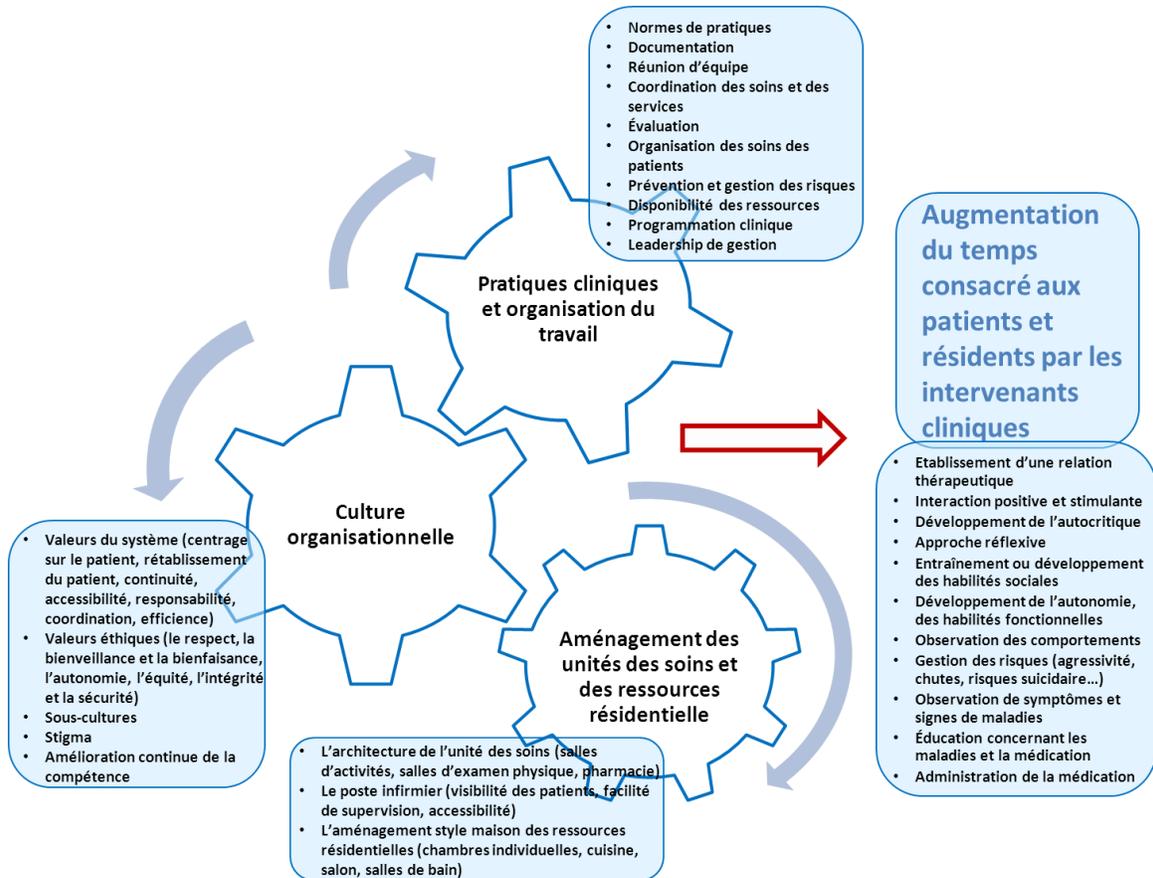
Le modèle d'évaluation de technologies et de moyens d'interventions en santé (ETMI) synthétisé par Busse (Busse et al., 2002) et adopté par notre UETMISM contient cinq dimensions : l'efficacité, la sécurité, la dimension sociale et éthique, la dimension organisationnelle et professionnelle, ainsi que la dimension économique. Dans un rapport ETMI, toutes ces dimensions, ou seulement une partie d'entre elles, peuvent être traitées en fonction de la question du demandeur. De ces cinq dimensions, l'efficacité d'une technologie ou d'un mode d'intervention pour atteindre un objectif est une dimension fondamentale.

Étant donné l'importance de cette dimension dans le choix d'une nouvelle pratique, le projet présent l'aborde dans un premier temps, afin d'identifier les types d'aménagements physiques des unités de soins et des ressources résidentielles pour augmenter les interactions entre les intervenants cliniques et les patients et résidents.

Cependant, certains nouveaux aménagements peuvent soulever des enjeux de sécurité pour les intervenants cliniques, mais aussi pour les patients et résidents. Pour répondre à ces enjeux, la dimension sécurité sera abordée dans un projet suivant. En ce qui concerne les trois autres dimensions d'une ETMI, elles ne seront pas traitées, afin de rester dans les limites de la question initiale du demandeur et de l'ampleur autorisée par le comité d'orientation.

## LE MODÈLE THÉORIQUE

Pour illustrer les éléments qui influencent le temps d'interaction entre les intervenants cliniques et les patients et les résidents en psychiatrie, nous proposons le modèle théorique suivant. Le modèle découle du modèle des systèmes sociaux d'action de Parsons (Brousseau, Champagne, Contandriopoulos, & Hartz, 2011) et les types d'interactions sont inspirés du travail de Rask et Brunt (Rask & Brunt, 2007). Le modèle théorique a été amélioré à la suite des discussions avec les parties prenantes du projet désignées au départ par le comité d'orientation (DSI; DSC; DSIS; DSA).



Le modèle comprend trois grandes dimensions, à savoir les pratiques cliniques et l'organisation du travail, la culture organisationnelle et l'aménagement des unités de soins et des ressources résidentielles qui influence le temps consacré aux patients et aux résidents par les intervenants cliniques. L'absence de données probantes pour calculer le poids de chacune de ces trois dimensions justifie la représentation graphique avec des engrenages de même taille.

Les pratiques cliniques et l'organisation du travail font référence à toutes les activités que chaque infirmière/intervenant clinique doit accomplir pendant sa période de travail,

comme l'organisation des soins des patients, la documentation, les réunions d'équipe, la coordination des soins et des services, l'évaluation, la prévention et la gestion des risques. En même temps, cet élément invoque les normes de pratiques, la disponibilité des ressources, la programmation clinique et le leadership de gestion.

La culture organisationnelle contient dans une première place les valeurs du système, comme : le centrage sur le patient, le rétablissement du patient, la continuité, l'accessibilité, la responsabilité, la coordination, l'efficacité (Thornicroft & Tansella, 1999). Ensuite, à ces valeurs s'ajoutent les valeurs éthiques qui, au sein de notre Institut universitaire en santé mentale, sont les suivantes : le respect, la bienveillance et la bienfaisance, l'autonomie, l'équité, l'intégrité et la sécurité. La culture organisationnelle englobe également les sous-cultures, comprenant l'appropriation de la vision clinique, la division du travail, la concordance ou la discordance entre ce que l'on comprend des valeurs, des normes et la réaction qui s'en suit, etc. D'autres éléments identifiés comme faisant partie de cette catégorie sont le stigma et l'amélioration continue de la compétence.

L'aménagement physique des unités de soins et des ressources résidentielles est aussi un facteur qui peut influencer le temps que les intervenants cliniques consacrent aux patients et résidents. Dans les unités de soins, le poste infirmier occupe un lieu important. La distance entre le poste et les chambres des patients, la visibilité, l'accessibilité, et la facilité de superviser les chambres et l'unité au complet ont été identifiées comme des caractéristiques très importantes d'un poste infirmier (Zborowsky, Bunker-Hellmich, Morelli, & O'Neill, 2010). De plus, pour avoir une unité de soins bien fonctionnelle, il y a la nécessité d'y retrouver aussi des salles d'activités, des salles d'examen physique, pharmacie, etc. L'aménagement physique des ressources résidentielles est généralement de style maison, faisant de ces hébergements des habitations proches à celles familiales, qui contiennent des chambres individuelles, cuisines, salons, salles de bains, etc.

Tous ces facteurs peuvent concourir à augmenter le temps consacré par les intervenants aux patients et résidents. Cette augmentation vise à améliorer leurs interactions, qu'il s'agisse d'établissement d'une relation thérapeutique ou du développement de l'autocritique, de l'interaction positive et stimulante, ou de l'entraînement ou développement des habiletés sociales, fonctionnelles ou de l'autonomie. Ces interactions facilitent aussi l'approche réflexive et la gestion de risques, l'observation des comportements, de symptômes et les signes des maladies, l'éducation concernant les maladies et la médication, ainsi que l'administration de la médication.

Les interactions positives et stimulantes font référence aux moments où les intervenants cliniques soutiennent les patients et les résidents, notamment en leur rappelant les expériences positives ou les encourageant quand ils font quelque chose de bien. Les intervenants cliniques peuvent également encourager les patients et les résidents à faire face à leurs problèmes et leur parler quand ils ont des moments difficiles (Rask & Brunt, 2007). Afin d'établir une relation thérapeutique, les intervenants doivent montrer aux patients et aux résidents qu'ils prennent soin d'eux, qu'ils veulent les connaître et établir des contacts avec eux, et leur montrer leur disponibilité. Ils pourraient également essayer

de bâtir des relations de confiance, honnêtes et fiables en montrant aux patients et aux résidents qu'ils peuvent se sentir en sécurité (Rask & Brunt, 2007).

Afin de développer les habilités sociales des patients et résidents, les intervenants cliniques les encouragent à faire des activités de groupe, à interagir avec d'autres personnes, ainsi qu'à maintenir des relations avec la famille et avec les amis et qu'à établir de nouveaux contacts en dehors de l'hôpital ou de la ressource résidentielle. Pour les entraîner à développer les habiletés fonctionnelles, les intervenants cliniques utilisent des approches individuelles ou de groupe fondées sur des données probantes, pour améliorer les déficits cognitifs des patients et des résidents. Les intervenants cliniques doivent également former les patients et les résidents à observer une bonne hygiène de vie, à garder leurs biens en ordre, à prendre soin de leurs finances et à apprendre des choses nouvelles pour favoriser leur réinsertion sociale et leur rétablissement (Rask & Brunt, 2007).

Le développement de l'autocritique fait partie de ce que Rask et Brunt ont nommé « les interactions réfléchissantes » et fait référence à des discussions entre les intervenants cliniques et les patients et les résidents sur la perception de ces derniers sur eux-mêmes, sur leurs sentiments et comment ils perçoivent leurs problèmes personnels et leurs souvenirs d'enfance. Ce type d'interactions se concentre également sur les sentiments et les pensées des patients et des résidents par rapport à d'autres personnes. L'approche réflexive, par contre, fait référence à des interactions dans lesquelles les intervenants cliniques décrivent aux patients et aux résidents comment ils les perçoivent comme des personnes et comment ils perçoivent leur comportement (Rask & Brunt, 2007).

Un temps plus élevé d'interaction entre les intervenants cliniques et les patients et les résidents peut conduire à une meilleure observation des comportements, qui, à son tour, peut faciliter la connaissance de la personne par les intervenants, une meilleure gestion de risques comme l'agressivité, les chutes ou les risques suicidaires ou pour mieux observer les symptômes et les signes de maladies. Finalement, plus de temps en interaction pourrait permettre l'éducation concernant les maladies et la médication incluant l'automédication.

# MÉTHODOLOGIE

## Recherche d'information

Pour répondre aux questions d'évaluation, deux revues systématiques ont été entreprises, de même que des entrevues auprès des parties prenantes du projet.

### Revue de la littérature

Les revues systématiques ont porté dans un cas sur les aménagements des unités de soins, et dans l'autre sur les aménagements des ressources résidentielles.

### Recherche dans les bases de données

En janvier 2013, une recherche de la littérature pour les unités de soins a été effectuée à l'aide d'une stratégie de recherche (annexe A) développée en collaboration avec une bibliothécaire de notre Institut et validée par l'INESSS. Cette stratégie a été utilisée sur les bases de données suivantes : PubMed, CINAHL, PsycINFO. En avril 2013, une recherche de la littérature pour les unités de soins a été aussi menée dans l'Avery Index to Architectural Periodicals (annexe A). Une autre stratégie de recherche (annexe B) a été développée pour les ressources résidentielles et a été utilisée sur les bases des données PubMed, CINAHL et Web of Science en février 2013.

En raison des contraintes de temps et des ressources allouées au projet, un nombre restreint des ressources documentaires de la littérature grise ont été consultées. Les détails de l'activité de repérage d'information scientifique de type littérature grise sont donnés à l'annexe C. Par contre, la bibliographie des articles retenus a été révisée pour identifier d'autres articles pertinents. Afin d'augmenter la chance d'identifier plus d'articles sur ces sujets, aucune restriction pour l'année de publication n'a été utilisée.

### Critères d'inclusion et d'exclusion

La sélection d'études a été effectuée utilisant les PICOTS<sup>1</sup> suivants :

#### PICOTS pour les unités de soins

**Population :** patients adultes hospitalisés

**Intervention/phénomènes d'intérêt :** les aménagements de unités de soins et de postes infirmiers pour permettre d'augmenter la durée des interactions entre le personnel infirmier et les patients (pour les études quantitatives) ou les perceptions du personnel ou/et des patients sur les facteurs environnementaux qui influence leur interactions (pour les études qualitatives)

**Comparateur :** différents types d'aménagement dont le type traditionnel avec le poste infirmier fermé

---

<sup>1</sup> PICOTS : P : Population; I : Intervention; C : Comparator; O : Outcomes; T : Time; S : Setting (<http://www.cebm.net>)

**Effets intermédiaires :** le temps des infirmières auprès des patients (exemple : le temps de soins direct ou indirect, le temps passé pour enregistrer les signes vitaux ou pour l'administration de médicaments)

**Effets proximaux et distaux:** la diminution du nombre de suicides et des incidents agressifs contre les autres patients et le personnel soignant; les améliorations sur la santé et la qualité de vie de patients

**Temps :** le temps de séjour à l'hôpital

**Lieu de soins :** unités de soins

### **PICOTS pour les ressources résidentielles**

Les éléments sont les mêmes que pour les unités de soins, sauf le lieu de soins qui est dans ce cas les ressources résidentielles.

Toutes les études quantitatives de différents devis, publiées en texte intégral en anglais ou en français, qui évaluent l'aménagement physique des unités hospitalières ou des ressources résidentielles et abordent le temps consacré par les intervenants cliniques aux patients ou aux résidents, ont été incluses dans les revues systématiques. Les études qualitatives rapportant les perceptions et les expériences des intervenants cliniques et / ou des patients / des résidents concernant leur interaction ont été également prises en considération par la présente recherche. Par contre, les études menées dans les services hospitaliers pour les enfants ont été exclues. Les études sur les aménagements physiques des unités ou des ressources résidentielles, qui ne font pas de référence au temps passé par les intervenants cliniques avec les patients / les résidents, ont été également exclues.

### **Collecte et extraction des données**

Toutes les références identifiées dans les bases de données mentionnées avant ont été révisées indépendamment par un chercheur (IG) et une stagiaire (NS) et les articles possiblement pertinents pour le projet ont été retenus pour la lecture du texte intégral. La sélection finale des études a été faite après la lecture intégrale d'articles choisis, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Cette étape a été également accomplie d'une manière indépendante par deux chercheurs (IG et le stagiaire HK) et les désaccords ont été discutés et résolus par consensus ou par arbitrage par un troisième chercheur (AL).

Les deux mêmes examinateurs (IG et HK) ont extrait indépendamment les informations requises à partir de tous les articles retenus pour les unités de soins, en utilisant une forme prédéterminée. Les différences entre les examinateurs ont été résolues par consensus. Des études quantitatives, qualitatives, ainsi que celles avec des méthodes mixtes ont été identifiées. Les données des études quantitatives et qualitatives incluses ont été extraites et présentées dans deux tableaux différents, tandis que les données des études mixtes ont été synthétisées dans le tableau de données qualitatives (annexe D). Les informations suivantes ont été recueillies :

1. Étude : l'auteur, l'année de la publication et le pays où l'étude a été menée
2. Objectif : l'objectif ou le but de l'étude
3. Méthodes : la méthodologie utilisée, divisée en trois sous-sections
  - a. Type d'unité ou poste analysé
  - b. Sélection de sujets

- c. Collecte et analyse des données
- 4. Résultats et commentaires : divisée en trois sous-sections :
  - a. Temps infirmier auprès du patient
  - b. Commentaires
  - c. Les facteurs contextuels de nature professionnelle et organisationnelle qui semblent influencer le temps du personnel soignant avec les patients

### **Évaluation de la qualité des études**

L'évaluation de la qualité des études incluses a été effectuée avec le « Mixed Methods Appraisal Tool – Version 2011 », un outil développé par un groupe d'auteurs du Department of Family Medicine, McGill University. Cet outil est utilisé pour l'évaluation de la qualité des études incluses dans des revues systématiques complexes contenant des études quantitatives, qualitatives et mixtes (Pluye et al., 2011). Les résultats de l'évaluation de la qualité sont présentés dans des tableaux sous forme de scores de qualité (annexe E).

L'outil décrit par Pluye (Pluye et al. 2011) consiste en une méthode mixte constituée de deux questions génériques, l'une sur la nature de l'étude (quantitative (QUAN), qualitative (QUAL) ou mixte (MM)) et l'autre sur la clarté des objectifs de recherche jumelée à un système de cotation pour quatre critères de qualité spécifiques au type d'étude. Ce système permet de générer un score d'appréciation de la qualité individuel par chacun des critères. Un score global a été calculé en divisant la somme des scores individuels par quatre. Le score peut varier entre 25 % pour un seul critère rempli et 100 % lorsque tous les critères sont rencontrés de façon satisfaisante. Pour les études à devis mixte, utilisant les deux types de devis à la fois, il y a trois critères spécifiques au lieu de quatre et les auteurs proposent d'utiliser le principe que la qualité globale d'une combinaison ne peut pas dépasser la qualité de son composé le plus faible. Ainsi, le score global de qualité est le score le plus faible des composés de l'étude. Par exemple, le score est de 25 % lorsque QUAL = 1 ou QUAN = 1 ou MM = 0; il est de 50 % lorsque QUAL = 2 ou QUAN = 2 ou MM = 1; il est de 75 % lorsque QUAL = 3 ou QUAN = 3 ou MM = 2 et il est de 100 % lorsque QUAL = 3 ou QUAN = 3 ou MM = 2 (Pluye et al., 2011).

Nous qualifions les études de faible qualité lorsque le score de qualité est  $\leq 25$  %, de moyenne qualité lorsque ce score est entre 50 % et 75 % et de bonne qualité lorsque le score est  $> 75$  %. La grille utilisée étant en version anglaise, sa traduction libre en français a été effectuée par le stagiaire impliqué dans le projet (HK) et validée par l'auteure de ce rapport (IG) et par le responsable scientifique de l'UETMISM (AL).

Les réponses « incertain » reflètent des données manquantes dans la publication. « NA » a été utilisé pour les situations quand la question ne s'applique pas à certaines études. Par exemple, la question 4.4 de la grille pour les études mixtes : « Le taux de participation est-il acceptable (60 % ou plus)? » n'est pas pertinente pour certaines études, comme les séries de cas et les études de cas (Pluye et al., 2011).

## **Analyse des données**

La synthèse narrative par analyse thématique du contenu a été utilisée pour examiner les données des articles retenus pour les unités des soins. Ce type d'analyse est en effet préférée quand la question d'évaluation impose l'inclusion des études qualitatives et quantitatives et quand un autre type d'analyse n'est pas appropriée (Popay J, 2006). Les thèmes ont été identifiés à partir des études analysées.

Pour les ressources résidentielles, une seule étude a répondu aux critères d'inclusion et a été retenue pour l'analyse. Par contre, des points importants reliés aux aménagements physiques ont été dégagés des autres articles et sont résumés à la fin du présent rapport, en utilisant la revue narrative (Mays, Pope, & Popay, 2005).

## **Méthodes d'entrevue auprès du personnel et des gestionnaires**

Des parties prenantes impliquées dans le projet, constituées des directeurs des départements DSI, DSC, DSIS et DSA, ont été consultées vers la fin de la revue systématique afin d'assurer l'arrimage au contexte de l'Institut, ainsi que de développer et enrichir le modèle théorique. Ces consultations ont été sous forme d'entrevues individuelles. Les questions suivantes ont servi comme canevas d'entrevue :

1. Est-ce que le modèle théorique vous apparaît complet ou y aurait-il d'autres éléments de contexte à documenter?
2. Avez-vous d'autres suggestions de sources de la littérature à consulter?
3. Sur la base des résultats préliminaires de la revue systématique de la littérature, quelle serait votre interprétation de la valeur des aménagements physiques des unités ou des ressources résidentielles sur le temps passé par les intervenants cliniques avec les patients et les résidents?

Les éléments principaux soulevés lors de ces entrevues ont été pris en note en cours de rencontre. Ces éléments réfèrent aux expériences des intervenants cliniques qui travaillent dans les unités de soins de l'Institut et dans les ressources résidentielles, comme nous ont été transmis par les parties prenantes consultées, et donc ne peuvent pas être considérés complets ni exhaustifs.

Deux exemples de notes d'entrevues sont présentés en annexe F. Les données recueillies lors des entrevues ont été analysé par analyse comparative avec les données probantes de la littérature.

## **La production des recommandations**

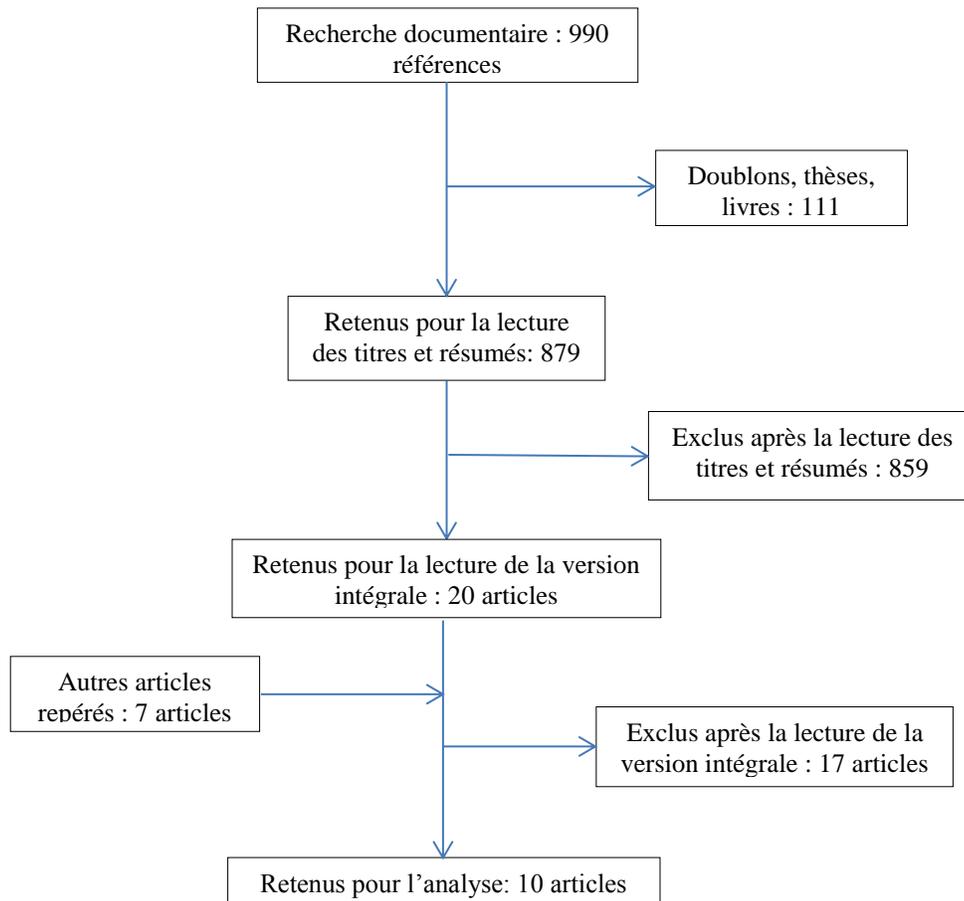
Les recommandations ont été produites lors d'un processus délibératif consensuel des membres du comité d'orientation lors de la rencontre de 6 mai 2013.

# RÉSULTATS DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE – UNITÉS DE SOINS

## Caractéristiques et qualité des études retenues

La recherche documentaire pour les unités de soins a permis d'identifier 990 résultats. Les doublons, les thèses et les livres ont été éliminés. Après la lecture de titres et des résumés de 879 références restants, 20 références ont été retenues pour la lecture des articles en entier. La revue manuelle des bibliographies a permis de cibler sept autres études. Finalement, la lecture intégrale de ces 27 articles nous a permis d'identifier dix articles qui remplissaient les critères d'inclusion et qui ont été retenus pour l'extraction des données et l'analyse (Figure 1).

**Figure 1. Diagramme de sélection des articles**



Parmi les dix études sur les unités de soins, cinq sont de nature qualitative, deux quantitatives et trois ont recouru à des méthodes mixtes. Les deux études quantitatives ont appliqué des devis de recherches descriptives. Des dix articles retenus, seulement quatre études ont été menées dans des unités de psychiatrie. Quatre autres ont été menées dans des unités médico-chirurgicales, tandis que les deux dernières dans différents types d'unités, autres que psychiatriques. Certaines de ces études ont analysé des aspects liés aux interactions entre les infirmières et les patients. D'autres ont étudié l'impact d'aménagements physiques des unités de soins ou des postes infirmiers sur les activités des infirmières. Les détails de chacune des études sont présentés dans l'annexe D. Aucune référence identifiée dans l'Avery Index to Architectural Periodicals n'a répondu aux critères d'inclusion de notre revue systématique. De plus, la consultation des quelques ressources de la littérature grise (annexe C) n'a pas mené à l'identification d'autres études pertinentes.

Une attention a été portée à identifier les biais possibles dans les études sélectionnées. En conséquence, nous avons constaté qu'à l'exception de deux études (Gurascio-Howard et Malloch, 2007 et Zborowsky et al., 2010), toutes les autres ont révélé les sources de financement ou ont fait une déclaration d'intérêt des auteurs.

L'évaluation critique de la qualité des études a été effectuée avec la grille Mixed Methods Appraisal Tool – Version 2011 (Pluye et al., 2011) et a révélé certaines faiblesses méthodologiques. En effet, parmi les dix études, huit sont de qualité moyenne, avec un score variant entre 50 et 75 % et deux de faible qualité, avec un score de 25 %. Les détails de l'évaluation de la qualité des études sont présentés dans l'annexe E.

Aucune des études qualitatives analysées (Cleary, Edwards, & Meehan, 1999a), (Cleary & Edwards, 1999b), (Hurst, 2008), (Shattell, Andes, & Thomas, 2008), (Tyson, Lambert, & Beattie, 2002) n'a donné de considérations appropriées à la manière dont les résultats sont influencés par les chercheurs, par exemple, au travers leurs interactions avec les participants. De plus, l'étude de Tyson ne donne pas de détails sur la manière dont les données ont été collectées, ni sur le lien entre les résultats obtenus et le contexte. Dans l'article de Hurst, les sources des données qualitatives et le type d'analyse utilisés ne sont pas expliqués.

Les études quantitatives (A. Hendrich, Chow, Skierczynski, & Lu, 2008), (A. Hendrich et al., 2009) révèlent également des faiblesses méthodologiques. Par exemple, dans les deux études, il n'est pas clair si la stratégie d'échantillonnage est pertinente pour aborder la question de recherche. Comme la participation à l'étude a été volontaire, nous ne savons pas si l'échantillon de participants est représentatif de l'ensemble de la population étudiée. De plus, les auteurs n'ont pas justifié la taille de l'échantillon utilisé.

L'analyse critique des études mixtes (Gurascio-Howard & Malloch, 2007), (Trites, Galbraith, Sturdavant, & Leckwart, 1970), (Zborowsky et al., 2010) a montré que la partie qualitative de ces études est d'une meilleure qualité que la partie quantitative. Cependant, les auteurs ne donnent pas des détails sur l'intégration ou la triangulation des

données qualitatives et quantitatives, et n'ont pas de regard critique sur les limites associées à l'approche de triangulation de données.

## **Les thèmes de l'étude**

Les thèmes dégagés des articles analysés ont été regroupés dans deux grandes catégories : les thèmes reliés à l'aménagement des unités de soins et ceux reliés aux pratiques cliniques, à l'organisation du travail et à la culture organisationnelle (Tableau 1). La première catégorie regroupe à son tour les sous-thèmes reliés au type d'aménagements physiques et au temps des infirmières avec les patients. Par la suite, les sous-thèmes regroupent des thèmes plus spécifiques, comme par exemple l'architecture de l'unité, le poste infirmier, ou le temps passé dans les chambres de patients ou le temps de soins directs.

Comme nous pouvons observer dans le tableau 1, ces thèmes sont distribués d'une façon hétérogène parmi les articles analysés. Certains articles ont abordés trois de ces thèmes, tandis qu'autres ont abordés sept thèmes. Par contre, les thèmes reliés aux facteurs organisationnels ont été retrouvés dans huit de dix articles analysés.

**Tableau 1. Thèmes dégagés de la revue de la littérature**

L'auteur et l'année de la publication <sup>2</sup>	L'aménagement des unités de soins									Les pratiques cliniques, l'organisation du travail et la culture organisationnelle	
	Type d'aménagement physique				Temps des infirmières avec les patients					Facteurs organisationnels	Autres facteurs
	L'architecture de l'unité	Le poste infirmier	La taille de l'unité	La présence d'autres salles d'activités dans l'unité	Passé dans les chambres de patients	Pour la médication et signes vitaux	Nombre de visites dans les chambres	Temps de soin direct	Temps de soin indirect		
Cleary 1999a			X							X	X
Cleary 1999b			X							X	X
Gurascio 2007		X			X		X	X	X	X	X
Hendrich 2008	X				X	X		X	X	X	
Hendrich 2009	X				X		X			X	
Hurst 2008	X					X		X	X		
Shattell 2007		X	X	X						X	
Trites 1970	X				X			X	X		
Tyson 2002			X	X						X	
Zborowski 2010	X	X						X	X	X	

Nous présentons dans les paragraphes qui suivent les principaux résultats par thème.

<sup>2</sup> Légende:

Cleary, M. (1999a). Factors influencing nurse-patient interaction in the acute psychiatric setting: an exploratory investigation. *Aust N Z J Ment Health Nurs*

Cleary, M., & Edwards, C. (1999b). 'Something always comes up': nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs*

Gurascio-Howard, L., & Malloch, K. (2007). Centralized and decentralized nurse station design: an examination of caregiver communication, work activities, and technology. *HERD*

Hendrich, A (2008). A 36-hospital time and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time? *Perm J*

Hendrich, A (2009). Unit-related factors that affect nursing time with patients: spatial analysis of the time and motion study. *HERD*

Hurst, K. (2008). UK ward design: patient dependency, nursing workload, staffing and quality--an observational study. *International Journal of Nursing Studies*

Shattell, M. M., Andes, M., & Thomas, S. P. (2008). How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nurs Inq*

Trites, D. K (1970). Influence of nursing-unit design on the activities and subjective feelings of nursing personnel. *Environment and behavior*

Tyson, G. A (2002). The impact of ward design on the behaviour, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. *International Journal of Mental Health Nursing Vol*

Zborowsky, T (2010). Centralized vs. decentralized nursing stations: effects on nurses' functional use of space and work environment. *HERD*

## L'aménagement des unités de soins

### Type d'aménagement physique

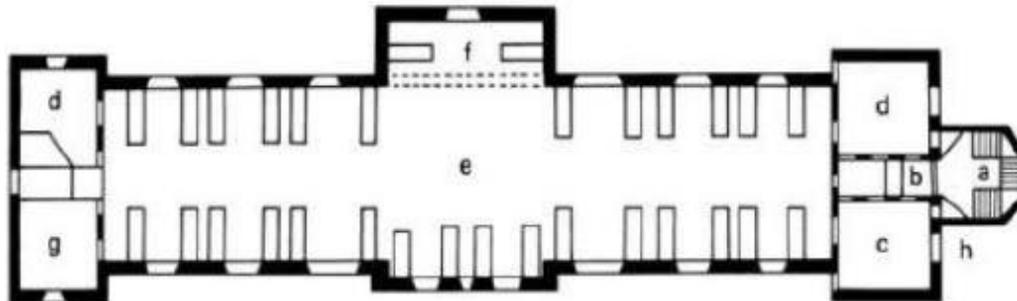
#### *L'architecture de l'unité*

Les unités de soins ont été catégorisées en fonction de la configuration architecturale. Ces catégories incluent des unités de type Nightingale, radial, couloir, piste ou double-couloir, rayons et autres (Hurst, 2008).

Les unités Nightingale (figure 2A) sont de grandes salles ouvertes, avec les lits placés le long des murs et des bureaux pour les infirmières. C'est le type d'aménagement le plus fréquent avant les années 1950 (Hurst, 2008). Les unités de type radial (figure 2B) ont une architecture circulaire, un poste infirmier central et des chambres placées autour du poste. Les unités de type piste ou double-couloir (figure 2C) ont une section centrale qui contient le poste infirmier et les chambres utilitaires, tandis que les chambres de patients sont situées le long de couloirs. Les unités sous forme de rayons (figure 2D) ont aussi un poste infirmier central et de grandes chambres se déployant comme les rayons de roue (Hurst, 2008).

### Figure 2. Types d'unités de soins

#### A. Nightingale



Source : Figure basée sur des dessins de Newcastle-upon-Tyne Infirmary, An account of the Plan for the Internal Improvement of the Infirmary at Newcatle, Newcastle, 1801 (Forty, 1980)



L'architecture de l'unité de soins pourrait jouer un rôle dans l'interaction entre le personnel soignant et les patients. Trites et al. (Trites et al., 1970) ont mené une étude qui a comparé trois types d'unités de soins : radial, couloir simple et couloir double. Ils ont trouvé que les infirmières d'unités radiales ont marché beaucoup moins que celles d'unités de type couloir double ou simple. Le gain du temps dans les unités radiales a été transformé en plus de temps avec les patients que dans les unités à couloir double ou simple. De plus, la majorité des infirmières préfère travailler dans des unités radiales et pense que la qualité des soins y est améliorée.

Une autre étude qui semble soutenir l'influence de l'architecture sur le temps consacré aux patients par les infirmières est celle de Hurst (Hurst, 2008). L'auteur a analysé plusieurs types d'unités, à savoir Nightingale, radiale, piste ou double couloir, unités sous forme de rayons et autres, et a trouvé que dans les unités Nightingale, l'activité des infirmières est « idyllique »; elles passent plus de temps face à face avec les patients à cause de la bonne visibilité et de la proximité avec les patients dans ce type d'unité.

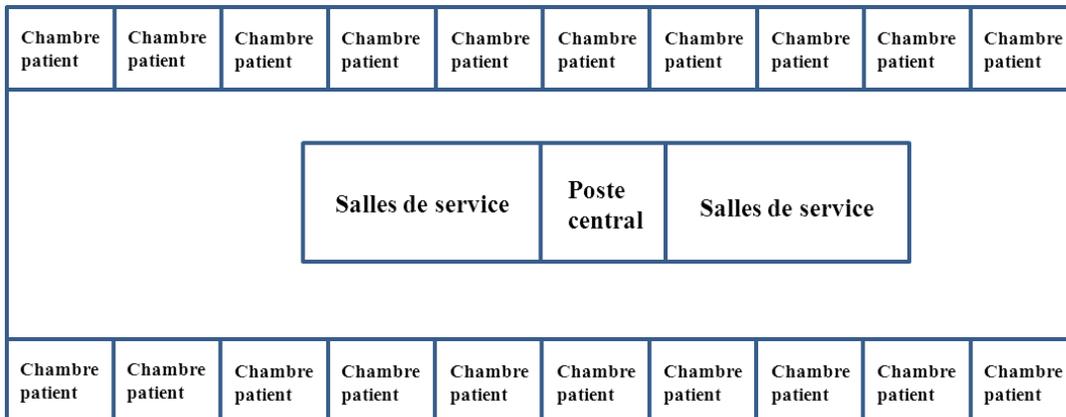
D'autres auteurs (A. Hendrich et al., 2008), (A. Hendrich et al., 2009) par contre, n'ont pas trouvé de relation significative entre les différents types d'architecture d'unités des soins, à savoir radial, simple et double couloir, et le temps que les infirmières passent auprès des patients. En menant l'étude dans des unités médico-chirurgicales de 36 hôpitaux, ils ont montré qu'il y a plus de différence dans une même unité de soins que dans des unités différentes par rapport au lien entre la distance parcourue par les infirmières et le temps que les infirmières passent avec les patients. Les auteurs ont expliqué cet effet par l'habileté des infirmières à organiser leur temps et par le nombre de patients assignés à chaque infirmière, facteurs qui semblent avoir un impact plus grand sur l'interaction patient-infirmière que l'espace physique lui-même. Dans l'étude de 2008, les auteurs ont conclu que les infirmières sont très adaptatives et qu'elles travaillent pour compenser les différences et les limites des unités de soins, et que cet aspect masque l'influence de l'architecture sur leur comportement vis-à-vis des patients.

Dans une étude ultérieure (A. Hendrich et al., 2009), la même équipe d'auteurs a utilisé une technique de la syntaxe spatiale pour analyser une partie de données générées durant l'étude publiée en 2008. La syntaxe spatiale est une approche du domaine de l'architecture qui permet de modéliser les effets de l'aménagement de l'unité de soins sur base de la tendance des mouvements des infirmières. Cette analyse a suggéré que les propriétés spatiales d'assignation de patients pour chaque infirmière influencent leurs types de mouvements. Par exemple, l'assignation de patients avec une plus grande centralité peut donner de la flexibilité aux infirmières pour passer plus de temps avec les patients, ainsi que d'interagir avec les autres infirmières dans le poste.

### *Le poste infirmier : centralisé ou décentralisé*

Historiquement, le poste infirmier a été centralisé, quel que soit le type architectural de l'unité de soins, comme présenté dans la figure 3. Un poste infirmier centralisé est défini comme le point central de l'unité, le lieu principal pour les activités liées à la documentation et à la coordination des soins.

**Figure 3. Poste centralisé**



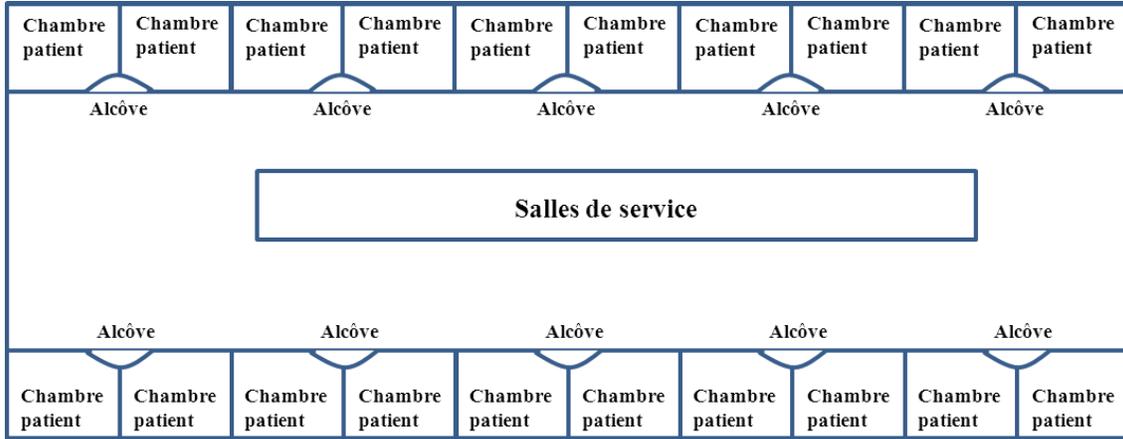
Source : Figure inspirée de l'article de (Zborowsky et al., 2010)

En ce qui concerne la définition d'une unité décentralisée, il n'y a pas de consensus dans la littérature et elle varie selon le système de santé (Zborowsky et al., 2010). Par exemple, une unité décentralisée peut varier entre plusieurs postes infirmiers<sup>3</sup> localisés à travers l'unité et des alcôves placées dans les couloirs à la proximité de chambres de patients (Zborowsky et al., 2010) (figure 4A). Gurascio-Howard et Malloch (Gurascio-Howard & Malloch, 2007) par contre, ont défini comme « décentralisée » une unité qui est composée d'un poste infirmier central et des alcôves placées à chaque deux chambres de patients (Figure 4B), tandis qu'un autre auteur (Flynn, 2005) a nommé ce type d'unité « hybride ».

<sup>3</sup> Les postes infirmiers décentralisés décrits par Zborowsky sont des anciennes chambres de patients qui ont été réaménagés et qui servent de poste de travail pour les infirmières et les cliniciens.

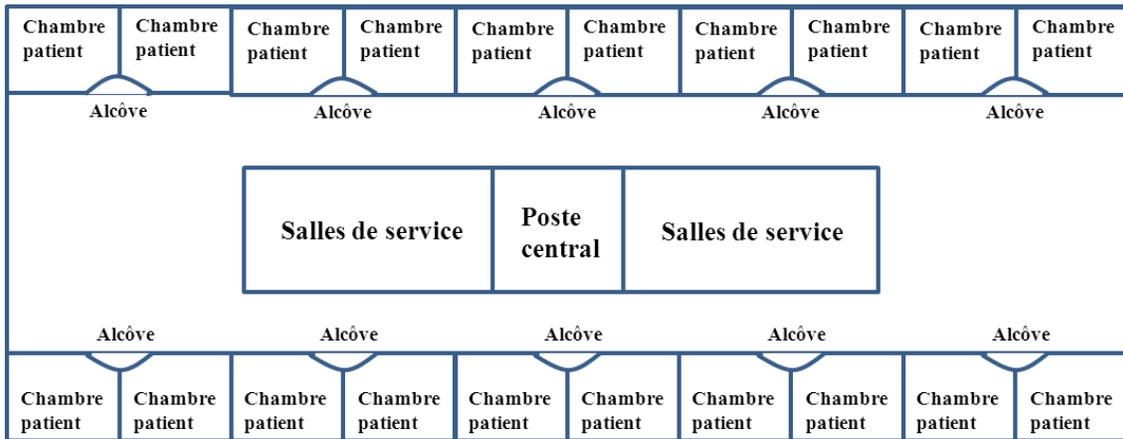
#### Figure 4. Type d'unités décentralisées

A. Des alcôves placées dans les couloirs à la proximité de chambres de patients



Source : Figure inspirée de l'article de Zborowsky et al., 2010)

B. Unité composée d'un poste infirmier central et des alcôves placées à chaque deux chambres de patients



Source : Figure inspirée de l'article de Gurascio-Howard & Malloch, 2007)

Gurascio-Howard et Malloch (Gurascio-Howard & Malloch, 2007) ont examiné l'aménagement des postes infirmiers centralisés et décentralisés dans des unités médico-chirurgicales de deux hôpitaux en relation, entre autres, avec les indicateurs de prestations des soins suivants : le temps consacré par les infirmières aux soins directs de patients et indirects lors des activités cliniques, le temps passé par les infirmières et le nombre de visites dans les chambres de patients et le temps passé par les infirmiers à répondre aux besoins des patients. À la fin de l'étude, les auteurs ont conclu que, du point de vue des soins aux patients dans une unité médico-chirurgicale, les avantages des postes décentralisés emportent sur les inconvénients. Tous les éléments de cette étude seront détaillés dans une des sections suivantes du rapport.

Zborowski et al. (Zborowsky et al., 2010) ont étudié comment l'aménagement du poste infirmier affecte l'utilisation de l'espace par les infirmières, leurs perceptions sur l'environnement physique et psychosocial du travail, la visibilité des patients et le niveau de bruit dans les postes infirmiers. Ils ont utilisé un échantillon de six unités médico-chirurgicales dans trois hôpitaux des États-Unis. Une unité avec un poste centralisé et une autre avec un poste décentralisé ont été analysées dans chaque hôpital. Les auteurs n'ont pas trouvé une différence entre les unités centralisées et décentralisées pour la visibilité de patients. D'autres détails de cette étude seront discutés dans la section suivante du rapport.

### ***La taille de l'unité de soins et la présence d'autres salles d'activités dans l'unité***

La grandeur de l'unité de soins semble aussi avoir un impact sur le temps que les infirmières accordent aux patients. Deux études qualitatives menées en 1998 (Cleary et al., 1999a), (Cleary & Edwards, 1999b) ont essayé, à partir des perceptions des infirmières et des patients, d'identifier et de décrire les facteurs qui influencent les interactions entre les infirmières et les patients dans une unité de soins aigus en psychiatrie. Parmi d'autres éléments qui semblent avoir un rôle dans cette interaction, la grandeur de l'unité a été identifiée par certaines infirmières. Elles ont mentionné que les patients peuvent facilement se perdre dans l'unité ou passer inaperçus. De plus, les infirmières se sentent frustrées quant aux va-et-vient des patients et trouvent que la recherche des patients dans l'unité peut réduire le temps dédié aux autres activités.

La grande taille de l'unité de soins a été identifiée comme un désavantage par 63 % d'infirmières psychiatriques interviewées dans l'étude de Tyson et al. (Tyson et al., 2002). Elles ont mentionné la difficulté de retrouver les patients et les membres du personnel, ainsi que d'observer les patients dans la nouvelle unité de soins intensifs. Tyson et ses collègues ont étudié l'impact que les modifications de l'environnement physique, à savoir, le remplacement de deux vieilles unités de soins dans un hôpital rural de psychiatrie par de nouvelles unités, ont eu sur la satisfaction et l'épuisement du personnel infirmier. Les auteurs ont trouvé que les infirmières des nouvelles unités semblent passer beaucoup moins de temps dans le poste infirmier et plus dans les unités. Le fait d'avoir plus d'espaces disponibles a favorisé les interactions entre les membres du personnel et les patients dans les nouvelles unités.

Dans une étude qui a exploré les expériences des patients et des infirmières dans une unité de soins intensifs en psychiatrie, Shattell *et al.* (Shattell et al., 2008) ont aussi trouvé que les infirmières passent du temps à chercher les patients dans l'unité. Une infirmière a mentionné que :

*« Vous devez monter et descendre le couloir, vérifier les différentes salles de séjour, vérifier les différentes chambres de consultation, vérifier tous les différents endroits où les patients pouvaient être afin de trouver les patients avec qui vous voudriez discuter... »  
(traduction libre)*

Dans cette étude, les infirmières ont soulevé l'aspect que les postes infirmiers ne contiennent pas des espaces pour favoriser l'interaction avec les patients et qu'elles se sentent coincées dans le poste par des activités administratives. De plus, si le poste infirmier est fermé, l'interaction avec les patients est davantage empêchée. Une infirmière a décrit les effets des postes fermés sur l'interaction infirmière-patient en ces termes (Shattell et al., 2008) :

*« Si vous êtes séparés à un tel degré que vous n'êtes même pas... en mesure de visualiser l'autre, de savoir ce qui se passe, vous êtes loin des yeux, loin de l'esprit. Votre réalité devient ce que vous voyez devant vous... le personnel interagit plus avec lui-même qu'avec les patients. C'est ce que les infirmières voient devant elles, c'est leur monde. »*  
(traduction libre)

Les auteurs ont suggéré que les barrières physiques des postes infirmiers, telles que les portes et les plexiglas soient retirés afin de faciliter davantage les interactions entre les membres du personnel et les patients. De plus, des espaces ou des locaux pourraient être aménagés pour les infirmières et les patients afin d'engager des interactions les uns avec les autres.

## **Temps des infirmières avec les patients**

L'analyse thématique des articles retenus pour ce rapport nous a permis de donner une typologie du temps que des infirmières consacrent aux patients. Les infirmières peuvent passer leur temps avec les patients en leur donnant des soins directs ou indirects, comme rapporté dans certains articles. Parfois, les auteurs ont mesuré le temps passé par les infirmières dans les chambres de patients, ou pour administrer les médicaments et prendre des signes vitaux, comme rapporté dans d'autres articles. D'autres fois, les auteurs ont déterminé le temps infirmier auprès de patient à partir du nombre de visites dans les chambres de patients.

### ***Temps de soins direct et indirect***

Les soins directs font référence au temps dédié par les infirmières à l'administration des médicaments, au bain, ou à répondre à des alarmes et des urgences des patients (Gurascio-Howard & Malloch, 2007), ainsi qu'au temps pour prendre les signes vitaux, à l'enseignement des patients, à l'aide des médecins ou le temps destiné à déplacer les patients (Hurst, 2008).

Les soins indirects réfèrent aux activités de soutien, comme la documentation, la commande ou l'enregistrement des médicaments, et aux activités pour compléter l'analyse de soins, tels que les chutes, l'acuité, la douleur, le plan de soins ou la communication avec les proches de patients (Gurascio-Howard & Malloch, 2007), (Hurst, 2008).

Gurascio-Howard et Malloch (Gurascio-Howard & Malloch, 2007) ont mesuré le temps des soins directs et indirects dans les unités centralisées et décentralisées étudiées et ont trouvé que les infirmières des unités décentralisées consacraient plus de temps dans les activités directes des soins que celles des unités centralisées. Hendrich et al. (A. Hendrich et al., 2008), dans leurs études de temps et mouvements, ont documenté comment et où les infirmières passent leurs jours de travail. Ils ont montré que la documentation, qui fait partie des pratiques des soins, prenait 35,3 % (147,5 minutes) du temps, tandis que les activités de soins auprès des patients représentaient un cinquième du temps total des infirmières, soit 19,3 % ou 81 minutes.

Par rapport aux autres types architecturaux, le temps des soins directs a été plus élevé dans l'unité Nightingale, représentant 47 % des activités des infirmières, comme cela a été démontré par Hurst (Hurst, 2008). Dans ce type d'unités, les infirmières ont parlé plus aux patients, étant donné qu'ils sont plus visibles que dans d'autres types d'unités. En ce qui concerne le temps dédié aux activités de soins indirects, celui est plus élevé dans l'unité de type radiale et représente jusqu'au 24 % du temps des infirmières.

L'équipe de Zborowski et al. (Zborowsky et al., 2010) ont fait des observations centrées sur la personne, en suivant trois infirmières des unités étudiées pour une période de 20 minutes, les trois quarts de travail, pour un total de 180 minutes d'observation pour chaque unité. Le nombre moyen de minutes consacré aux soins des patients variait de 9,1

minutes (SD = 6,7) dans l'unité centralisée de l'hôpital B à 13,1 minutes (SD = 4,6) dans l'unité décentralisée de l'hôpital A. Les infirmières qui travaillent dans des unités décentralisées ont passé plus du temps (M = 11,5; SD = 4,4) - mais non statistiquement significatif ( $p = 0,538$ ) - engagés dans des soins directs par rapport aux infirmières travaillant dans des unités centralisées (M = 10,7; SD = 5,4).

Trites et al. (Trites et al., 1970) ont aussi mesuré le temps direct et indirect des soins dans trois types d'unités de soins, à savoir radial, couloir simple et couloir double et trois quarts de travail. Ils ont mesuré plusieurs variables des activités de travail et ont présenté les résultats sous forme des moyens exprimés comme pourcentages. Ils ont trouvé que le temps total de soins variait entre 67,8 % et 73,4 % entre les trois types d'unités étudiées et trois quarts de travail.

### ***Nombre de visites et le temps passé dans les chambres de patients***

En mesurant le temps passé par les infirmières dans les chambres de patients, Gurascio-Howard et Malloch (Gurascio-Howard & Malloch, 2007) ont trouvé que celles des unités décentralisées y ont passé 36 % de leur temps du travail, tandis que les infirmières des unités centralisées 32 % de leurs temps. De plus, 39 % plus des visites par les infirmières aux chambres de patients sont notées dans l'unité décentralisée versus l'unité centralisée. La proximité de chambres de patients et la présence des lumières d'urgence ont favorisé ce nombre plus élevé des visites dans les unités décentralisées.

Hendrich et al. (A. Hendrich et al., 2008) ont trouvé que les infirmières ont passé 30,8 % (171 minutes) de leur temps de travail dans les chambres de patients et 38,6 % (214,2 minutes) dans le poste infirmier. Cependant, 91,1 % (155,8 minutes) du temps passé par les infirmières dans les chambres de patients et 84,6 % (180,9 minutes) du temps passé dans le poste étaient consacrés aux pratiques des soins infirmiers.

Dans leur étude suivante (A. Hendrich et al., 2009) dans laquelle la syntaxe spatiale a été utilisée pour analyser une partie de données, les auteurs ont montré une corrélation négative entre le nombre d'entrées dans les chambres de patients et le temps moyen passé par visite et une corrélation positive entre ce nombre d'entrées et le temps total passé dans les chambres. Ces résultats impliquent que les infirmières ont utilisé deux stratégies distinctes de mouvement : plus de déplacements de plus courte durée, ou moins de déplacements de plus longue durée. Les auteurs ont souligné que la création d'un environnement qui incite un plus grand nombre d'entrées devrait se traduire par des déplacements plus fréquents aux chambres des patients et plus de temps passé dans les chambres, même si la moyenne du trajet est d'une durée relativement courte. L'analyse a également suggéré que les propriétés spatiales d'assignation de patients pour chaque infirmière influencent leurs modes de mouvements; soit augmentent, soit diminuent le nombre de visites dans les chambres de patients ou au poste infirmier.

Trites et al. (Trites et al., 1970) ont aussi regardé le temps des infirmières dans les chambres de patients et ont trouvé une variation entre 25,6 %, 22,5 % et 14,4 % dans le

type d'unité à couloir simple et 29,5 %, 25,4 % et 23,3 % dans l'unité de type radial pendant les quarts de travail de jour, de soir et de nuit.

Tyson et al. (Tyson et al., 2002) ont montré que les pourcentages de temps d'interaction entre les infirmières et les patients a été plus élevée dans la nouvelle unité de soins intensifs en psychiatrie analysée versus la vieille unité :  $23,0 \pm 11,5$  versus  $13,9 \pm 7,5$  (moyen  $\pm$  SD). Par contre, les endroits spécifiques où les interactions entre les infirmières et les patients ont eu lieu n'ont pas été mentionnés dans l'article. L'analyse de la qualité des interactions par les auteurs démontre que les interactions de nature positive ont été plus élevées dans les nouvelles unités des soins intensifs et de longue durée versus les vieilles unités :  $98,3 \pm 5,3$  versus  $17,7 \pm 19,3$  et  $64,8 \pm 29,1$  versus  $53,3 \pm 19,5$  (moyen  $\pm$  SD). Nous avons noté que ni le contenu, ni la durée, et encore moins l'effet de ces interactions sur les patients ne sont connus. Les auteurs ont conclu que les interactions positives plus fréquentes avec le personnel sont susceptibles d'être plus bénéfiques pour les patients que des interactions neutres.

### ***Temps pour administrer les médicaments et pour prendre des signes vitaux***

Un thème moins fréquent dans les articles analysés est celui du temps de contact des infirmières avec les patients pour l'administration des médicaments et la prise des signes vitaux. Ce thème a été retrouvé dans seulement deux articles. Dans d'autres articles (par exemple celui de (Gurascio-Howard & Malloch, 2007), ce temps fait partie du temps dédié aux activités des soins directs aux patients.

L'administration des médicaments prend 17,2 % (72 minutes), tandis que le temps consacré à l'évaluation et à la prise des signes vitaux prend 7,2 % (30.9 minutes) du temps des infirmières des unités médico-chirurgicales selon Hendrich et al. (A. Hendrich et al., 2008). Hurst (Hurst, 2008) nous montre que 4 % du temps des soins directs est dédié à l'administration des médicaments et 4 % à la prise des signes vitaux dans l'unité Nightingale, tandis que dans une unité de type radiale ces chiffres sont de 6 % pour la médication et de 4 % pour les signes vitaux. Dans une unité de type piste ou double couloir, il a trouvé que 7 % du temps infirmier est dédié à la médication et 5 % à la prise des signes vitaux.

## La pratique clinique et la culture organisationnelle

### Les facteurs organisationnels et les autres facteurs qui influencent le temps passé avec les patients

Parmi les dix études analysées dans le rapport présent, huit ont mentionné le rôle important joué par les facteurs organisationnels sur le temps que les infirmières passent avec les patients. « Les aménagements physiques doivent être accompagnés par des changements organisationnels, autrement les avantages potentiels du nouvel environnement peuvent être atténués », a conclu Tyson et al. (Tyson et al., 2002) à la fin de leur publication. Certains auteurs ont identifié d'autres facteurs qui peuvent également influencer le temps d'interaction entre les infirmières et les patients.

Les infirmières interviewées par Cleary et ses collègues (Cleary et al., 1999a), (Cleary & Edwards, 1999b) ont mentionné que le nombre de patients a un impact sur la charge de travail des infirmières qui les rend moins disponibles pour l'interaction infirmière-patient. Les participants ont souvent déploré le manque de temps à consacrer aux patients :

*« Je... pense quand j'écris des notes, j'aurais aimé avoir passé plus de temps avec telle ou telle [personne] et je pourrais redire cela chaque fois que j'ai des patients à suivre. »  
(traduction libre)*

Les attitudes des infirmières sont vues comme un important facteur qui influence l'interaction infirmier – patient et parmi ces attitudes la compréhension (la compassion, l'empathie) est perçue comme la plus importante. Les interactions de soutien entre les membres du personnel ont été perçues comme influençant aussi les interactions infirmière-patient. Les participants ont parlé même de soutenir et d'éduquer leurs collègues pour faciliter l'interaction positive entre les infirmières et les patients.

D'autres facteurs ont été perçus comme des inhibiteurs de l'interaction infirmier – patient : répondre aux téléphones, écrire des notes, administrer des médicaments, compléter des documents, aider à gérer l'argent des patients, coordonner l'activité d'autres professionnels. La courte durée de séjour dans cette unité des soins aigus et la gravité de la maladie des patients ont été aussi mentionnées par les infirmières comme des obstacles au développement d'une relation thérapeutique efficace.

De leur côté, les patients ayant participé à la même étude (Cleary & Edwards, 1999b) ont identifié les facteurs qui entravent le nombre d'interactions avec les infirmières : le nombre de patients assignés à chaque infirmière, la charge de travail élevée, les tâches administratives et le grand nombre des patients dans l'unité.

Comme pour les infirmières des études précédentes, celles de l'étude de Shattell et al. (Shattell et al., 2008) ont souhaité de prendre plus directement et individuellement soin de leurs patients. Elles ont aussi identifié des contraintes organisationnelles qui empêchent leur interaction avec les patients : les faibles ratios infirmière-patients, le poids des tâches

administratives, telles que la documentation, que « personne ne regarde », et les admissions des patients, qui prennent beaucoup de temps.

La disponibilité de la technologie et des ressources de communication (« nurse locator system ») dans l'unité médico-chirurgicale décentralisée a aidé les infirmières à passer plus de temps avec les patients et à communiquer plus facilement avec les membres d'équipe de soins (Gurascio-Howard & Malloch, 2007). En même temps, les téléphones présents dans les alcôves réduisent le temps de réponse aux besoins des patients. Tous ces éléments ont été identifiés comme des facteurs qui influencent les interactions entre les infirmières et les patients.

Les résultats obtenus par Hendrich et ses collègues (A. Hendrich et al., 2008), (A. Hendrich et al., 2009) suggèrent que le processus de travail et de la politique organisationnelle, ainsi que des modifications physiques relativement mineures à l'intérieur d'une unité peuvent avoir un impact majeur sur la charge de travail des infirmières. La documentation auprès des lits des patients, et la réallocation des équipements et des provisions peuvent réduire le temps que les infirmières passent à marcher dans l'unité ou à travailler dans leurs postes et augmenter le temps passé dans les chambres des patients. De plus, comme mentionné dans une section précédente, l'assignation de patients avec une plus grande centralité peut donner de la flexibilité aux infirmières pour passer plus de temps avec les patients, et interagir avec les autres infirmières.

Dans leur article, Tyson et al. (Tyson et al., 2002) ont clairement fait le lien entre les changements dans l'environnement physique et les changements au niveau organisationnel. En comparant les comportements des infirmières des deux unités de psychiatrie remplacées par de nouvelles unités, les auteurs ont constaté que les changements dans l'environnement physique et celui organisationnel sont inextricablement liés et, par conséquent, les effets bénéfiques constatés dans l'étude reflètent l'impact de la combinaison de ces deux éléments. Par exemple, les aménagements dans la nouvelle unité des soins intensifs, plus précisément la mise à disposition d'un espace supplémentaire et d'une aile distincte d'observation, ont entraîné l'implémentation de plus d'activités pour les patients. De plus, dans la nouvelle unité, des tentatives ont été faites pour impliquer les patients dans leur propre traitement. Toutes ces activités ont conduit à une augmentation d'interaction entre les infirmières et les patients.

Finalement, Zborowsky et al. (Zborowsky et al., 2010) ont reconnu que les aménagements physiques doivent être accompagnés par des changements au niveau organisationnel. Ils ont aussi mentionné que ces changements organisationnels sont très importants pour les infirmières, car un manque d'harmonie entre les aspects organisationnels et les aspects d'aménagement physique peuvent contribuer au stress et à l'épuisement professionnel.

## **Résultats des consultations avec les parties prenantes**

Les consultations avec les parties prenantes du projet nous ont relevées que des aménagements physiques au niveau du poste, mais aussi au niveau de l'unité au complet sont souhaités pour les unités de soins de l'Institut. Actuellement, dans plusieurs unités de soins il n'y a pas une bonne visibilité à partir du poste infirmier sur les chambres de patients et sur l'ensemble de l'unité. Cette situation pourrait être améliorée par l'emplacement des bureaux ou des alcôves placées plus près de chambres de patients et partout dans l'unité, ou par l'ouverture du poste infirmier, tout en tenant compte de la mission de chaque unité de soins. Au niveau de l'unité au complet il y a un besoin d'y retrouver aussi une salle de réunion pour les rencontres des infirmières, des professionnels et des médecins, une salle pour les traitements de groupe, qui peuvent aussi servir comme espace de retrait en cas d'urgence, ainsi qu'un espace pour la famille et pour les visiteurs des patients.

Ces consultations ont aussi relevé l'importance de l'organisation du travail et de la pratique infirmière sur les interactions des infirmières avec les patients. Aujourd'hui les infirmières interagissent moins et font moins d'entrevues avec les patients, ce qui impose aussi des changements aux niveaux organisationnel et des pratiques pour favoriser cette interaction.

# **RÉSULTATS DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE – RESSOURCES RÉSIDENNELLES**

## **Caractéristiques des études retenus**

La revue systématique de la littérature a conduit à 153 résultats, desquels 9 ont été éliminés en étant des doublons. Après la lecture de 144 titres et résumés restants, 11 articles ont été retenus pour la lecture du texte intégral. La lecture complète de ces articles a montré qu'une seule étude (Novotna, Urbanoski, & Rush, 2011) a abordé l'aspect d'aménagement des ressources résidentielles en relation avec le temps des intervenants auprès des résidents. Par contre, d'autres points importants reliés aux aménagements physiques ont été dégagés des articles retenus pour la lecture du texte intégrale et sont également synthétisés dans les paragraphes suivants.

## **Temps des intervenants auprès des résidents**

Un groupe de chercheurs ontariens (Novotna et al., 2011) a mené une étude qualitative pour évaluer les perceptions du personnel soignant sur l'impact des aménagements physiques des nouvelles unités de traitement sur la prestation de services et l'environnement du travail. Cette étude fait partie d'une série d'études à méthodes mixtes visant l'évaluation des programmes cliniques dans un grand établissement canadien en santé mentale et de traitement de la toxicomanie.

Deux programmes de ressource résidentielle en milieu hospitalier ont participé à l'évaluation : l'un offre des soins pour les personnes souffrant de troubles de l'humeur et de l'anxiété, tandis que l'autre se concentre sur les troubles de toxicomanie. Les données ont été recueillies par des groupes de discussion menés auprès du personnel soignant. Ces unités sont logées dans trois bâtiments situés à une extrémité du campus principal de l'hôpital. Elles ressemblent aux habitations familiales et ont été conçues pour fournir un milieu thérapeutique de soutien, où les résidents peuvent se concentrer à acquérir les compétences nécessaires pour faire la transition vers la vie autonome dans la communauté. Chaque unité a une capacité de 24 chambres, avec six chambres sur chacun des quatre étages. À chaque étage on trouve six chambres privées, une cuisine avec une salle à manger commune, et un salon commun et au moins une salle polyvalente, un espace prévu pour des activités sociales ou solitaires.

L'espace de travail pour les intervenants cliniques a été volontairement limité dans ces ressources, et est formé par des petites salles (ou bureaux) situées dans un étage sur deux. Le but d'un tel aménagement est de faciliter les interactions entre le personnel soignant et les résidents en dehors des espaces cliniques et de limiter le temps passé par le personnel dans ces salles. Les résultats montrent que ces aménagements physiques ont facilité la communication entre les intervenants et les résidents, avec des répercussions positives et négatives sur ces dernières. D'un côté, l'augmentation des opportunités pour les communications informelles entre les intervenants et les résidents pourraient être bénéfiques pour la relation thérapeutique :

*« Je trouve que les limites du bureau d'intervenants ne sont pas si rigides comme dans les unités de soins intensifs. Le patient ne se sent pas nerveux ou restreint d'approcher le bureau afin de parler aux intervenants, ou même de faire parfois des blagues. C'est beaucoup plus détendu. » (traduction libre)*

Un autre participant a déclaré : *« En fait, on nous a dit que nous sommes plus accessibles, et avons une meilleure compréhension, nous sommes plus accueillants, et que les patients ne sont pas traités comme des clients ou des patients. »*

De l'autre côté, les participants ont noté que les résidents ne voulaient pas avoir des intervenants près d'eux pour toute la journée :

*« Je pense que cet objectif global qu'ils avaient pour les intervenants et cliniciens d'être plus interactif avec les résidents plutôt que de rester dans le bureau toute la journée est de type irréaliste, je ne dis pas que les intervenants devraient être encouragés à rester dans le bureau tous les jours, mais c'est juste cette réalité quotidienne que les résidents ne veulent pas des intervenants autour d'eux tous les jours. » (traduction libre)*

### **Autres résultats sur les aménagements de ressources résidentielles**

Les aménagements intérieurs des ressources résidentielles ressemblent aux habitations familiales (« residential homelikeness »). Lewis (Lewis & Trieman, 1995) a analysé dix résidences différentes en fonction du type de résidence et des utilisateurs. Toutes les résidences étudiées étaient aménagées comme des maisons, avec des espaces communs comme les cuisines, les salons, les salles de bain. Certaines résidences avaient des espaces désignés pour se détendre et presque toutes, des chambres individuelles pour les résidents. Cette apparence intérieure des résidences semble avoir une influence bénéfique sur les comportements des résidents.

Par exemple, l'apparence de la résidence à une habitation familiale a été positivement corrélée avec les interactions positives entre les intervenants et les résidents et négativement corrélée avec des mouvements stéréotypés et l'agression physique. De plus, les personnes demeurant dans des résidences qui ressemblent aux maisons étaient susceptibles d'être davantage impliquées dans les tâches ménagères que celles qui habitent dans des foyers institutionnels. Encore plus, la ressemblance de la résidence à une maison ou habitation familiale influence les interactions initiées par les intervenants avec les résidents et ces interactions influencent le nombre des activités de ces derniers dans la communauté (Egli, Feurer, Roper, & Thompson, 2002).

Dans sa revue, Calkins (Calkins, 2009) a repris les conclusions d'une de ses études antérieures qui suggéraient que des résultats positifs, tels que l'amélioration intellectuelle et le bien-être émotionnel, une agitation et une agressivité verbale réduites ont été associés à des environnements « non-institutionnels », et donc de type habitation familiale.

Les aménagements des chambres individuelles semblent aussi avoir des résultats positifs sur la santé et sur la qualité de vie des résidents. Elles peuvent être aménagées avec des meubles style maison (Calkins, 2009), ou d'autres effets personnels, comme montré dans cet extrait d'une entrevue de l'étude de Novotna (Novotna et al., 2011) :

*« Ils ont mis des photos sur les murs, ils font les choses afin qu'ils personnalisent, ce qu'ils ne peuvent pas faire s'ils sont dans une autre unité. » (traduction libre)*

De plus, la vue sur la nature et sur des jardins sont des éléments cités par les résidents comme pouvant avoir un effet positif sur leur santé (Novotna et al., 2011).

Un aspect important qui semble avoir une influence sur la qualité de vie des résidents est la taille de la ressource résidentielle. Une étude citée dans la revue de Calkins (Calkins, 2009) a suggéré que les résidences de taille réduite sont moins stressantes pour les intervenants, que leur permettent d'avoir de meilleures interactions avec les résidents, ce qui améliore la qualité de vie de ces derniers. Heller (Heller, Miller, & Factor, 1998) a reconnu que la taille de la résidence joue un rôle important sur les résultats de la santé des résidents, mais il a aussi démontré que le type de résidence (les résidences communautaires versus les unités hospitalières de longue durée) et les caractéristiques de l'environnement (la personnalisation de la chambre du patient, l'apparence de la résidence, les particularités des espaces de vie, etc.) sont reliés au niveau du comportement adaptatif et à l'intégration communautaire des résidents.

Comme constaté dans la revue systématique sur les unités de soins, l'aménagement physique n'est pas le seul élément qui influence le temps d'interaction entre les intervenants cliniques et les résidents. Dans sa revue, Calkins (Calkins, 2009) cite une étude qui a analysé les effets des rénovations majeures d'une résidence de longue durée sur les comportements des résidents souffrant de démence. Les rénovations comprenaient, entre autres, le développement des espaces communs (des salons et des salles à manger) à proximité des chambres de résidents. L'étude a montré qu'après les rénovations, les résidents avaient passé plus de temps dans les salons proches de leurs chambres à ne rien faire, que dans la salle située à l'étage principal où les activités étaient encore offertes. Les conclusions de cette étude montrent que l'espace à lui seul ne facilite pas l'interaction entre les intervenants et les résidents et que l'implication des intervenants est nécessaire pour l'atteinte des résultats souhaités sur la santé des résidents. Ce type de résultats a aussi été rapporté par d'autres auteurs, comme révélé par Calkins.

## **Résultats des consultations avec les parties prenantes**

Tous comme pour les unités de soins, la consultation avec les parties prenantes a montré que des aménagements physiques au niveau des bureaux des intervenants s'imposent; plutôt que d'avoir un seul bureau, en avoir plusieurs avec différentes vocations selon la mission de la ressource, à savoir : nursing, activités thérapeutiques, ordinateurs, rencontre, etc. De plus, la répartition des bureaux sur l'ensemble de la structure du bâtiment, par exemple sur les différents étages, favoriserait une bonne visibilité sur les allers et venues dans la résidence. La nécessité d'avoir des salles ou des endroits

appropriés pour faire des rencontres d'équipe est aussi retrouvée dans le cas de ressources résidentielles. Par contre, tous ces types d'aménagements suggérés doivent être ajustés au contexte de chaque ressource résidentielle et avoir l'approbation des propriétaires des ressources avant leur implantation.

## DISCUSSION

« *L'hôpital ne devrait pas seulement servir de résidence temporaire, mais son environnement devrait aider au rétablissement.* » (traduction libre). Ce sont les pensées de Shrivastava repris par Andes (Andes & Shattell, 2006) et reflètent l'idée derrière le présent projet. Dans le contexte de rénovations prévues pour les unités de soins de l'Institut et les ressources résidentielles, ainsi que pour répondre aux besoins des patients et des résidents qui demandent d'interagir plus facilement et plus souvent avec les intervenants cliniques ce projet avait comme objectif d'identifier les aménagements physiques et les autres facteurs qui peuvent augmenter le temps des intervenants cliniques dédié aux patients et résidents. Nous avons examiné deux types d'environnements, celui d'unités de soins et celui de ressources résidentielles et les autres facteurs identifiés dans la littérature comme ayant un impact sur le temps que les intervenants cliniques passent avec les patients et les résidents, à savoir les facteurs organisationnels et professionnels.

Deux revues systématiques ont été menées dans les plus importantes bases de données, PubMed, PsycINFO, CINAHL, Web of Science et Avery Index to Architectural Periodicals en utilisant des stratégies de recherche bien définies. La littérature grise a été également consultée. Malheureusement, un nombre réduit d'articles qui remplissaient les critères d'inclusion ont été repérés pour les unités de soins et encore moins pour les ressources résidentielles. Les résultats obtenus par les revues systématiques de la littérature ont été complétés avec des éléments des savoirs expérientiels du milieu qui nous ont été transmis par les parties prenantes consulté lors du projet.

Bien qu'il ait été montré que l'augmentation du temps d'interaction entre les infirmières et les patients ont des avantages sur les résultats de la santé, et que l'environnement physique peut jouer un rôle pour favoriser ces interactions (Ulrich, Quan, Zimring, Joseph, & Choudhary, 2004), nous avons constaté que peu d'études analysent l'impact des aménagements des unités de soins et des postes d'infirmiers sur le temps de ces interactions. Pour le présent projet, dix articles pour les unités de soins et seulement une étude pour les ressources résidentielles remplissaient les critères d'inclusion et ont été retenus pour l'analyse. Ce fait pourrait révéler un manque de recherche dans ce domaine. De plus, aucune des études retenues n'a analysé l'influence des aménagements physiques sur les résultats de santé des patients et des résidents, mais ont plutôt porté sur le temps des infirmières et des intervenants auprès d'eux. Le temps d'interaction n'est pas un résultat en soi, mais un facteur intermédiaire qui peut contribuer à la qualité des soins et ultimement à de meilleurs résultats de santé et de la qualité de vie des patients et résidents. La majorité des études retenues sont de nature qualitative ou emploient des méthodes mixtes et leur qualité était moyenne. Étant donné que la recherche qualitative est plus contextuelle, les résultats générés par ce type de recherche sont plus difficile à généraliser et leur interprétation nécessite de la prudence.

## Unités de soins

Parmi les études retenues pour les unités de soins, quelques-unes ont analysé l'influence de différents types d'architecture sur le temps consacré aux patients par les infirmières. Les résultats sont parfois contradictoires. Tandis que Trites (Trites et al., 1970) et Hurst (Hurst, 2008) ont montré que les unités de type radiale et Nightingale faciliteraient l'augmentation du temps des infirmières avec les patients plus que dans les autres unités analysées, Hendrich (A. Hendrich et al., 2008), (A. Hendrich et al., 2009) n'ont pas trouvé une relation significative entre les différents types d'architecture d'unités de soins de type radiale, couloir simple et double par rapport au temps que les infirmières passent auprès de patients. Ces auteurs ont trouvé que les infirmières s'adaptent pour compenser les différences et les limites des unités de soins et que le nombre de patients assigné à chaque infirmière influence leurs types de mouvements et finalement le temps passé avec eux.

La taille et la présence d'autres salles d'activités dans les unités de soins peuvent avoir un impact sur le temps que les infirmières accordent aux patients. D'un côté, une unité de grande taille peut conduire à une diminution du temps d'interaction entre les infirmières et les patients (Cleary et al., 1999a), (Cleary & Edwards, 1999b), (Tyson et al., 2002), (Shattell et al., 2008) à cause du fait que les infirmières peuvent perdre du temps en cherchant les patients dans l'unité. D'un autre côté, la présence des salles d'activités ou de réunion dans l'unité favorise les interactions entre les membres du personnel soignant et les patients (Tyson et al., 2002), tandis que l'absence de ces salles empêche l'interaction (Shattell et al., 2008). La nécessité et l'utilité d'avoir ces types de salles dans les unités de soins psychiatriques de notre hôpital ont été aussi soulevées pendant les discussions avec les parties prenantes du projet.

Le poste infirmier joue un rôle important dans l'unité de soins. Dans les hôpitaux psychiatriques, la plupart d'entre eux sont fermés avec des portes et des murs en Plexiglas (Andes & Shattell, 2006). Les portes sont perçues comme des barrières par les patients et elles empêchent leur interaction avec les infirmières (Andes & Shattell, 2006), (Shattell et al., 2008). L'ouverture du poste infirmier par la suppression de la barrière de verre, ainsi que d'autres rénovations du poste dans un hôpital psychiatrique (Southard et al., 2012) ont été analysées en relation avec le milieu thérapeutique. Bien que les effets positifs de l'ouverture du poste sur la relation infirmière-patient n'aient pas été quantifiés dans cette étude, des données empiriques telles que des commentaires non sollicités faits par les patients suggèrent qu'ils apprécient l'accès plus facile aux infirmières chargées de leurs soins. De plus, cette ouverture n'a montré aucune augmentation de l'agressivité des patients et, d'ailleurs, aucune augmentation des contentions et 'isolements. Les membres du personnel ont signalé une diminution de l'agressivité des patients et un meilleur contrôle des patients après les rénovations qui ont créé un poste infirmier ouvert. Les auteurs (Southard et al., 2012) ont commenté que ces tendances souhaitées pourraient être liées au fait que le personnel infirmier est plus disponible pour mieux répondre aux besoins des patients.

La disponibilité des infirmières pourrait être aussi atteinte par la décentralisation du poste infirmier. Malgré le manque du consensus dans la définition de poste décentralisé (Zborowsky et al., 2010), l'effet d'avoir plusieurs endroits de travail placés autour de l'unité de soins semble influencer le temps passé par les infirmières auprès des patients. Le temps consacré aux soins directs ou dans les chambres de patients, ainsi que le nombre de visites est plus élevé dans les unités décentralisées que dans celles centralisées (Gurascio-Howard & Malloch, 2007), (Zborowsky et al., 2010). La proximité de chambres de patients semble encourager un nombre plus élevé des visites dans les unités décentralisées. Hendrich et al. (A. L. Hendrich, Fay, & Sorrells, 2004) ont démontré que le poste infirmier décentralisé réduit le temps utilisé par les infirmières pour marcher, en augmentant le temps dédié aux soins de patients. Les mêmes conclusions ont été tirées par Ulrich et ses collègues (Ulrich et al., 2004). En rapport avec la suggestion précédente à l'égard des salles d'activités, on peut y voir une équivalence fonctionnelle contribuant à des postes infirmiers décentralisés.

La visibilité des chambres de patients à partir du poste infirmier a aussi été soulevée lors des discussions avec les parties prenantes. Malgré l'importance de cet élément, il a été traité seulement dans un article retenu pour ce projet (Zborowsky et al., 2010). Ces auteurs ont analysé la visibilité en comptant le nombre de lits et des chambres de patients visibles à partir du poste infirmier et le nombre de moniteurs électroniques de signes vitaux utilisés dans le poste. Étonnement, les résultats ne montrent pas une différence de visibilité entre les unités centralisées et décentralisées. L'étude montre que la visibilité est plutôt influencée par l'emplacement du poste infirmier à l'intérieur de l'unité et par le nombre de moniteurs électroniques de signes vitaux utilisés. Comme les auteurs font référence seulement à la visibilité à partir du poste infirmier, on peut considérer que la situation est différente dans le cas des alcôves.

Même très intéressants, tous ces résultats doivent être considérés avec prudence. Les études citées précédemment ont été menées dans des types d'unités des soins autres que de psychiatrie, principalement dans des unités médico-chirurgicales, et leur applicabilité dans notre contexte peut être contestable. Comme ressorti lors des discussions avec les parties prenantes, les patients des unités psychiatriques restent moins dans leurs chambres et se déplacent beaucoup plus dans les unités que les patients qui ont subi des interventions chirurgicales. De plus, pour faciliter leur travail, il est possible que les infirmières des unités psychiatriques aient besoin de postes infirmiers aménagés très différemment des postes infirmiers des autres types d'unités. Il ressort certainement que le poste infirmier d'une unité de soins doit être aménagé pour desservir les besoins cliniques uniques de chaque unité (Zborowsky et al., 2010).

À partir de tous ces éléments d'aménagement physique analysés et discutés jusqu'ici, une composante qui semble jouer un rôle très important sur le temps d'interaction entre les intervenants cliniques et les patients et résidents est constituée des facteurs organisationnels. Tyson (Tyson et al., 2002) a même souligné que les aménagements physiques doivent être accompagnés par des changements organisationnels, autrement les avantages potentiels du nouvel environnement peuvent être atténués. Plusieurs facteurs organisationnels qui entravent les interactions infirmière – patients, comme les tâches

administratives, répondre aux téléphones, écrire des notes, administrer des médicaments, compléter des documents, aider à gérer l'argent des patients, coordonner l'activité d'autres professionnels, le nombre de patients assignés à chaque infirmière, la charge de travail élevé, le grand nombre des patients (Cleary et al., 1999a), (Zborowsky et al., 2010), (Malone, 2003) ont été identifiés.

Certains auteurs ont donné des suggestions pour améliorer l'organisation du travail afin d'augmenter le temps des infirmières auprès des patients. La documentation auprès des lits des patients, et la réallocation des équipements et des provisions peuvent réduire le temps que les infirmières passent à marcher dans l'unité ou à travailler dans les postes et augmenter le temps passé auprès des patients (A. Hendrich et al., 2009), (Ulrich et al., 2004). De plus, l'assignation de patients avec une plus grande centralité peut donner de la flexibilité aux infirmières pour passer plus de temps avec les patients (A. Hendrich et al., 2009). La disponibilité de la technologie et des ressources de communication modernes (« nurse locator systems ») peuvent aider les infirmières à passer plus de temps avec les patients et à communiquer plus facilement avec les membres d'équipe de soins (Gurascio-Howard & Malloch, 2007). L'implantation des nouvelles activités pour les patients et l'implication des patients dans leur propre traitement (Tyson et al., 2002) sont d'autres exemples de modifications au niveau organisationnel qui pourrait conduire à plus de temps entre les intervenants cliniques et les patients.

### **Ressources résidentielles**

Dans le cas de ressources résidentielles, l'étude qui a analysé les aménagements physiques en corrélation avec le temps des intervenants auprès des résidents (Novotna et al., 2011) a montré que les aménagements caractérisés par des espaces de travail limités pour les intervenants semblent faciliter la communication entre les intervenants cliniques et les résidents. Par contre, selon les parties prenantes de l'Institut, l'emplacement des bureaux à différentes vocations sur l'ensemble de la résidence au lieu d'avoir un seul grand bureau favoriserait une bonne visibilité sur la ressource et une meilleure interaction entre les intervenants et les résidents. Cependant, les éventuels aménagements des ressources résidentielles devraient s'effectuer selon la mission de chaque ressource et avec l'approbation des propriétaires des bâtiments.

Comme ressorti de la littérature retenue pour le projet les aménagements de ressources résidentielles qui ressemblent aux habitations familiales ont un impact positif sur la santé et les comportements des résidents (Lewis et al., 1995, Egli et al., 2002, Calkins, 2009). Ces résultats sont en concordance avec les observations faites par les intervenants cliniques au cours des années. Finalement, tout comme pour les unités de soins, l'aménagement physique de l'espace à lui seul ne semble pas être suffisant pour augmenter le temps d'interaction entre les intervenants et les résidents, mais des changements au niveau organisationnel seraient aussi nécessaires (Calkins, 2009).

## **Modèle théorique**

En revenant sur le modèle théorique présenté au début du rapport, nous constatons que les aspects reliés aux pratiques cliniques et à l'organisation de travail, ainsi qu'à la culture organisationnelle ont été moins couverts dans ce projet compte tenu des limites du mandat imposé par le comité d'orientation. Par contre, ces éléments sont clairement ressortis lors des rencontres avec les parties prenantes et ont été intégrées au rapport. Ceci pourrait révéler dans une certaine mesure les préoccupations des diverses directions pour l'amélioration de la prestation de soins à l'Institut.

## CONCLUSION

La synthèse de la littérature nous a permis d'identifier des aménagements physiques qui semblent influencer le temps passé par les intervenants cliniques auprès des patients et des résidents. Il ressort que des unités décentralisées et la présence des salles d'activités dans les unités de soins semblent mieux favoriser l'interaction entre les infirmières et les patients. Pour les ressources résidentielles, les aménagements de type familial et ceux avec des espaces de travail limités pour les intervenants seraient plus favorables aux interactions thérapeutiques de réadaptation vers la réinsertion sociale. D'autres facteurs qui influencent le temps d'interaction relèvent des pratiques cliniques, l'organisation du travail et de la culture organisationnelle.

Ainsi, le comité d'orientation, lors de sa rencontre de 6 mai 2013, a conclu que les aménagements proposés par ce rapport, pour les unités de soins hospitalières et les ressources résidentiels supervisés, devraient être adaptés au milieu psychiatrique et à la mission spécifique de chacune des unités hospitalières ou des ressources résidentielles. Le réaménagement physique des postes devrait s'accompagner d'un plan intégré d'organisation du travail. Ce plan doit également tenir compte de la mission spécifique de l'unité, de la culture de soins favorisée pour la clientèle, et des pratiques administratives et cliniques. De plus, des outils technologiques, tel que des ressources de communication et des téléphones, pourraient être utilisés pour soutenir au maximum les interactions thérapeutiques par rapport aux obligations administratives. Finalement, pour collecter plus de données, une évaluation terrain pourrait être envisagée. Par contre, le comité d'orientation a proposé qu'une telle évaluation soit menée seulement à la fin du projet suivant qui abordera les aménagements en lien avec la sécurité des patients et des intervenants cliniques, ainsi que la gestion de risques.

Suite à ces discussions, le comité a recommandé :

1. que toutes les parties prenantes, incluant les patients et leurs proches, sont à mettre à contribution dès le départ dans le développement d'un nouvel aménagement tenant compte du type de clientèle et de la programmation clinique.
2. suite au second projet sur des aménagements physiques favorisant une meilleure gestion des risques et sécurité, une évaluation terrain pourrait être réalisée, avec une collecte de données primaires auprès des différentes parties prenantes des unités hospitalières et des ressources résidentielles pour compléter les résultats de ces études.

## **ANNEXE A : Recherche documentaire – unités de soins**

### **PubMed**

Recherche effectuée le 3 janvier 2013

- #1 environment design[mh] OR health facility environment[mh] OR facility design and construction[mh] OR spatial analysis[mh] OR spatial behavior[mh]
- #2 "environment design"[tiab] OR "health facility environment"[tiab] OR "facility design"[tiab] OR "facility construction"[tiab] OR "hospital design"[tiab] OR "hospital construction"[tiab] OR "unit organization"[tiab] OR "unit organisation"[tiab] OR "unit design"[tiab] OR "health facility organization"[tiab] OR "health facility organisation"[tiab] OR layout[tiab] OR "design feature"[tiab] OR "nursing station design"[tiab] OR "nurses station design"[tiab] OR "nurse's station design"[tiab] OR "spatial analysis"[tiab] OR "spatial autocorrelation"[tiab] OR "spatial dependency"[tiab] OR "spatial interpolation"[tiab] OR "spatial behavior"[tiab] OR "spatial behaviour"[tiab] OR proxemics[tiab] OR "ward design"[tiab] OR "hospital geography"[tiab]
- #3 (#1 OR #2)
- #4 (nurse\*[tiab] OR nurses[mh] OR nursing[mh] OR nursing[tiab]) AND (patients[mh] OR patient[tiab] OR patients[tiab] OR client\*[tiab]) AND (interaction\* OR relation\* OR "time spend")
- #5 #3 AND #4

Limites : anglais, français

Résultats : 513 références

### **PsycINFO**

Recherche effectuée le 3 janvier 2013

- #1 "environment design" OR "health facility environment" OR "facility design" OR "facility construction" OR "hospital design" OR "hospital construction" OR "unit organization" OR "unit organisation" OR "unit design" OR "health facility organization" OR "health facility organisation" OR layout OR "design feature" OR "nursing station design" OR "nurses station design" OR "nurse's station design" OR "spatial analysis" OR "spatial autocorrelation" OR "spatial

dependency" OR "spatial interpolation" OR "spatial behavior" OR "spatial behaviour" OR proxemics OR "ward design" OR "hospital geography"

#2 (nurse\* OR nurses OR nursing OR nursing) AND (patients OR patient OR patients OR client\*) AND (interaction\* OR relation\* OR "time spend")

#3 #1 AND #2

Limites : anglais, français

Résultats : 23 références

## **CINAHL**

Recherche effectuée le 3 janvier 2013

#1 "environment design" OR "health facility environment" OR "facility design" OR "facility construction" OR "hospital design" OR "hospital construction" OR "unit organization" OR "unit organisation" OR "unit design" OR "health facility organization" OR "health facility organisation" OR layout OR "design feature" OR "nursing station design" OR "nurses station design" OR "nurse's station design" OR "spatial analysis" OR "spatial autocorrelation" OR "spatial dependency" OR "spatial interpolation" OR "spatial behavior" OR "spatial behaviour" OR proxemics OR "ward design" OR "hospital geography"

#2 (nurse\* OR nurses OR nursing OR nursing) AND (patients OR patient OR patients OR client\*) AND (interaction\* OR relation\* OR "time spend")

#3 #1 AND #2

Limites : anglais, français

Résultats : 454 références

## **Avery Index to Architectural Periodicals**

Recherche effectuée le 4 avril 2013

#1 Nurs\* AND (station\* OR ward\* OR unit\*)

Limites : anglais, français

Résultats : 249

## **ANNEXE B : Recherche documentaire – ressources résidentielles**

### **PubMed**

Recherche effectuée le 25 février 2013

- #1 environment design[mh] OR health facility environment[mh] OR facility design and construction[mh] OR spatial analysis[mh] OR spatial behavior[mh] OR "environment design"[tiab] OR "health facility environment"[tiab] OR "facility design"[tiab] OR "facility construction"[tiab] OR "health facility organization"[tiab] OR "health facility organisation"[tiab] OR layout[tiab] OR "design feature"[tiab] OR "spatial analysis"[tiab] OR "spatial autocorrelation"[tiab] OR "spatial dependency"[tiab] OR "spatial interpolation"[tiab] OR "spatial behavior"[tiab] OR "spatial behaviour"[tiab] OR proxemics[tiab]
- #2 Housing [MH] OR Housing OR "community residence\*" OR "half-way house\*" OR "group home\*" OR "permanent supported housing" OR "high staff hostel\*" OR "medium-staffed hostel\*" OR "low-staffed hostel\*" OR "staffed care home\*" OR "residential facility" OR "residential facilities" OR hostel\* OR "foster home\*" OR "supervised apartment\*"
- #3 Mental disorders [MH ] OR "mental disorder\*" [TIAB] OR "psychiatric rehabilitation" [TIAB] OR "mental health" [MH] OR "mental health" [TIAB]
- #4 #1 AND #2 AND #3

Limites : anglais, français

Résultats : 142 références

### **PsycINFO**

Recherche effectuée le 25 février 2013

- #1 "environment design" or "health facility environment" or "facility design and construction" or "spatial analysis" or "spatial behavior" or "environment design" or "health facility environment" or "facility design" or "facility construction" or "health facility organization" or "health facility organisation" or layout or "design feature" or "spatial analysis" or "spatial autocorrelation" or "spatial dependency" or "spatial interpolation" or "spatial behavior" or "spatial behaviour" or proxemics

#2 Housing or Housing or "community residence\*" or "half-way house\*" or "group home\*" or "permanent supported housing" or "high staff hostel\*" or "medium-staffed hostel\*" or "low-staffed hostel\*" or "staffed care home\* " or "residential facility" or "residential facilities" or hostel\* or "foster home\*" or "supervised apartment\*"

#3 "mental disorder\*" or "psychiatric rehabilitation" or "mental health" or psychiatr\*

#4 #1 AND #2 AND #3

Limites : anglais, français

Résultats : 6 références

### **Web of Science**

Recherche effectuée le 25 février 2013

#1 "environment design" or "health facility environment" or "facility design and construction" or "spatial analysis" or "spatial behavior" or "environment design" or "health facility environment" or "facility design" or "facility construction" or "health facility organization" or "health facility organisation" or layout or "design feature" or "spatial analysis" or "spatial autocorrelation" or "spatial dependency" or "spatial interpolation" or "spatial behavior" or "spatial behaviour" or proxemics

#2 Housing or Housing or "community residence\*" or "half-way house\*" or "group home\*" or "permanent supported housing" or "high staff hostel\*" or "medium-staffed hostel\*" or "low-staffed hostel\*" or "staffed care home\* " or "residential facility" or "residential facilities" or hostel\* or "foster home\*" or "supervised apartment\*"

#3 "mental disorder\*" or "psychiatric rehabilitation" or "mental health" or psychiatr\*

#4 #1 AND #2 AND #3

Limites : anglais, français

Résultats : 5 références

## **ANNEXE C : Recherche documentaire - littérature grise**

### **L'activité de repérage de l'information scientifique de type littérature grise**

Date de la recherche : 8 – 12 mars

Limites : sites en anglais et français

Stratégies de recherche : « nurse unit layout », « nurse station design », « health facility environment », « health facility environment », etc.

### **Évaluation des technologies en santé**

- International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (<http://inahta.org>)
- Canadian Agency for Drugs and Technologie in Health (CADTH) (<http://cadth.ca>)
- Institute national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (<http://www.inesss.qc.ca>)
- Haute autorité de santé (<http://www.has-sante.fr>)

### **Sociétés, organisations et associations**

- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (<http://www.aqesss.qc.ca>)
- Formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers (<http://www.ferasi.umontreal.ca>)
- Social care Institute for Excellence (SCIE) (<http://www.scie.org.uk/>)
- Centre for Mental Health (<http://www.centreformentalhealth.org.uk/>)
- Royal College of Psychiatrists (<http://www.rcpsych.ac.uk/>)
- Center for Health Design (<http://www.healthdesign.org/>)

### **Autres**

- Google (<http://www.google.ca>)
- Google Scholar (<http://scholar.google.ca>)
- Scirus (<http://www.scirus.com>)

## ANNEXE D : Tableau des données : unités de soins

### Études qualitatives et mixtes

ÉTUDES	OBJECTIFS	MÉTHODES	RÉSULTATS ET COMMENTAIRES
<p>Cleary et al, 1999a Australia</p>	<p>Identifier et décrire les facteurs qui influencent les interactions entre les infirmières et les patients dans une unité des soins intensifs en psychiatrie à partir des perceptions des infirmières</p>	<p>Étude qualitative</p> <p><u>Type d'unité/poste analysé :</u> Une unité de soins intensifs en psychiatrie</p> <p><u>Sélection de sujets :</u> Un échantillon de 10 infirmières choisis de manière aléatoire simple (échantillonnage aléatoire simple)</p> <p><u>Collecte et analyse des données :</u> - Les données ont été recueillies par des entrevues semi-structurées, avec des thèmes identifiés à partir de la littérature, comme : les perceptions de la quantité et la qualité du temps d'interaction, les facteurs qui empêchent ou facilitent l'interaction - Les entrevues ont été enregistrés et transcrites verbatim; les données ont été analysées par la méthode d'analyse thématique du contenu.</p>	<p><u>Temps infirmier auprès du patient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Six thèmes majeurs identifiés à partir des entrevues : l'environnement, activités imprévues, les attributs des infirmières, les facteurs associés aux patients, le support par l'équipement médical et le focus sur les soins infirmiers</li> <li>- <b>L'environnement</b> : des commentaires ont été fait sur les aspects physiques de l'unité, comprenant la nécessité d'avoir des endroits calmes pour s'asseoir et parler.</li> <li>- La taille de l'unité a été identifié par certains comme problématique; les patients peuvent facilement se perdre ou passer inaperçus; la frustration des infirmières face aux va-et-vient des patients; la recherche des patients (par les infirmières) dans l'unité peut réduire le temps dédié aux autres activités : « <i>A lot of the time ... you find that you've got so many people on Care Level 2 you spend ... a lot of the shift just wandering around just trying to find people and just giving encouragement to stay around ...</i> »</li> <li>- Le programme du service est un facteur qui encourage l'interaction entre les infirmières et les patients; les infirmières veulent impliquer les patients dans ces programmes.</li> </ul> <p><u>Autres facteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre des patients assignés par infirmière influence le temps d'interaction : « <i>I ...think to myself when I'm writing notes, gee I wished I'd spent more time with such and such and I can say that I'd probably say that every time that I have patients.</i> »</li> </ul>

			<p>- Les attitudes de l'infirmier sont vues comme un important facteur qui influence l'interaction infirmier – patient et parmi ces attitudes la compréhension (compassion, empathie) est perçue comme la plus importante.</p> <p>- La gravité de la maladie est perçue comme un facteur qui influence l'interaction entre infirmier – patient.</p> <p>- Certains facteurs ont été perçus comme inhibiteurs de l'interaction infirmier – patient : répondre aux téléphones, écrire des notes, administrer des médicaments, compléter des documents... aussi un séjour court ou une maladie sévère entravent l'interaction infirmier-patient : « <i>Some found certain aspects of their role inhibited nurse–patient interaction. Examples of these were answering phones, writing notes, administering medication, completing nursing documentation, coordinating patient money, assisting with critical incidents, coordinating appointments and coordinating the activities of other professions in the multidisciplinary team. Some of these tasks were perceived as non-nursing and, as such, were frustrating and impinged upon effective nurse–patient interaction.</i> »</p>
Cleary et al, 1999b Australia	Identifier et décrire les facteurs qui influencent les interactions entre les infirmières et les patients dans une unité des soins intensifs en psychiatrie à partir des perceptions des infirmières et des patients	<p>Étude qualitative</p> <p><u>Type d'unité/poste analysé :</u> Une unité de soins aigus en psychiatrie avec 22 lits</p> <p><u>Sélection de sujets :</u> Un échantillon de 10 infirmières choisies de manière aléatoire simple (échantillonnage aléatoire simple) et 10 patients sélectionnés de manière délibérée par l'équipe de recherche (échantillonnage délibéré)</p> <p><u>Collecte et analyse des données :</u> - Guide de l'interview basé sur des questions relatives à l'interaction entre infirmier – patient, dégagées de la littérature. Ces questions comprenaient les perceptions de la qualité et de la quantité du temps consacré à l'interaction et des facteurs pouvant faciliter ou entraver cette</p>	<p><u>Temps infirmier auprès du patient :</u> Tous les éléments du précédent article sont repris en ce qui concerne la perception des infirmiers. De plus dans cet article s'ajoutent des éléments de la perception des patients (résultats des entrevues avec les patients) : Quatre thèmes majeurs identifiés : les attributs des infirmières, les perceptions du rôle des infirmières, les soins de santé et le temps.</p> <p><b>Le temps :</b> les patients ont identifié les facteurs qui entravent le nombre d'interactions avec les infirmières : le nombre de patients assignés à chaque infirmière, charge de travail élevée, les tâches administratives et le grand nombre des patients</p> <p>- Le temps de réponse des infirmières aux appels des patients varie entre quelques minutes à 30 minutes. Des fois les infirmières sont très occupées : « <i>Oh sometimes you just get totally ignored but sometimes they're</i></p>

		<p>interaction.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'interview des infirmiers incluait de manière spécifique les soins infirmiers de base, les activités prioritaires, la préparation et la planification pour des interactions, des interactions typiques et la perception de cette interaction infirmier-patient.</li> <li>- Les entrevues ont été enregistrées et transcrites verbatim; les données ont été analysées par la méthode d'analyse thématique du contenu</li> <li>- Les thèmes communs des entrevues : les perceptions sur la quantité et qualité du temps d'interactions, les facteurs facilitant ou empêchant les interactions</li> </ul>	<p><i>just saying, 'excuse me, wait a minute' . . . I mean it's all variable, it depends on the person . . . the time of day, the pressures on the ward. . . . »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En général, les patients étaient satisfaits avec le temps passé avec les infirmières. Cependant, la plupart d'entre eux ont dit qu'ils auraient aimé avoir plus de temps avec les infirmières :</li> </ul> <p><i>« I'm pretty satisfied with it. Yeah, I mean they could stay longer but these are busy people too you know, they're not just looking after one person . . . they have other people to attend to . . . the ward doesn't revolve around me . . . »</i></p> <p><u>Commentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les résultats de cette étude montrent qu'il y a plusieurs facteurs qui influencent la qualité et la quantité du temps de l'interaction infirmière-patient</li> <li>- La clarification du rôle des infirmières au moment de l'admission d'un patient et des attentes des patients pourraient améliorer la qualité de soins</li> <li>- Pour s'assurer que le contact thérapeutique planifié ne soit pas préjudicié par l'environnement dynamique d'une unité de soins intensif, il est nécessaire d'encourager et formaliser la créativité lors des pratiques infirmières et la priorisation des tâches.</li> </ul>
Gurascio-Howard et Malloch, 2007 États Unis	<p>Examiner l'aménagement des postes infirmiers centralisés et décentralisés en relation, entre autres, avec les indicateurs de prestations de soins suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps consacré par les infirmières aux soins directs de patients et indirects lors des activités cliniques</li> <li>- Le temps passé par les infirmières et le nombre de</li> </ul>	<p>Étude exploratoire qualitative (méthodes mixtes)</p> <p><u>Type d'unité/poste analysé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un poste infirmier centralisé et un poste décentralisé dans des unités de chirurgie de deux hôpitaux</li> <li>- Le poste centralisé, avec les chambres de médicaments et « supply room » adjacents</li> <li>- Le poste décentralisé : un poste d'intégration central et 12 alcôves dispersés et placés chaque fois à toutes les deux chambres; deux chambres à médicaments et « supply room » de chaque côté de l'unité</li> <li>- Le modèle de soins dépend du type du poste : dans le poste décentralisé c'est le modèle d'équipe de</li> </ul>	<p><u>Temps infirmier auprès du patient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps direct et indirect des soins : les infirmières consacrent plus de temps dans les activités directes des soins et dans les chambres des patients des unités décentralisées vs. centralisées (voir figure 5 pour plus de détails)</li> <li>- les infirmières de l'unité décentralisée vs les infirmières de l'unité centralisée ont passé plus de temps dans les chambres de patients (36 % vs 32 %) et à la médication (9.5 % vs 7 %)</li> <li>- 39 % plus des visites par les infirmières aux chambres de patients sont notées dans l'unité décentralisée vs. Centralisée; la proximité de chambres de patients et les lumières d'urgence (call lights) ont encouragé un nombre</li> </ul>

	<p>visites dans les chambres de patients</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps passé par les infirmiers à répondre aux besoins des patients</li> </ul>	<p>soins (« team patient care model »), dans le poste centralisé c'est le modèle de soins primaires (« primary care model »)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les deux unités ont des patients similaires</li> </ul> <p><u>Sélection de sujets :</u> 4 infirmières de chaque unité ont été suivies et ont participé aux entrevues (l'article ne donne pas des détails sur la stratégie d'échantillonnage)</p> <p><u>Collecte et analyse des données :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- par observation (« shadowing ») et entrevues non structurées avec les infirmières</li> <li>- Pour l'observation, un journal a été rempli pour collecter les données, et les conversations enregistrées</li> <li>- Les entrevues ont été enregistrées, transcrites et les textes codés et analysés par catégorie</li> <li>- Les rapports générés par le « nurse call system » ont été utilisés pour identifier et analyser le flux de travail et les problèmes de communication spécifique à chaque type d'unité</li> </ul>	<p>plus élevé des visites</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les résultats d'une enquête de satisfaction des patients sur une période de six mois ont montré que l'unité décentralisée a obtenu un score plus élevé pour la question « rapidité en réponse aux appels »</li> </ul> <p><u>Commentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le modèle alcôve encourage plus de visites aux chambres de patients</li> <li>- À cause de la proximité des chambres de patients dans l'unité décentralisée, la communication avec les patients et la vue des lumières d'appel sont facilitées</li> <li>- les téléphones présents dans les alcôves et la technologie de communication sans fil (« nurse locator system ») réduisent le temps de réponse aux besoins des patients</li> </ul> <p><u>Autres facteurs :</u> La disponibilité de la technologie et des ressources de communication (« nurse locator system ») dans l'unité décentralisée a aidé les infirmières à passer plus de temps avec les patients et à communiquer plus facilement avec les membres d'équipe des soins</p>
<p>Hurst, 2008 GB</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rassembler la littérature publiée sur l'aménagement des unités de soins, la dépendance de patients, l'acuité de la maladie, la dotation et qualité des soins aux patients</li> <li>- Transformer une large base de données pour analyser l'influence du type d'unité sur les structures des infirmières et le processus des soins</li> <li>- corrélérer les données sur les patients, le personnel et</li> </ul>	<p>Étude qualitative observationnelle non-participative</p> <p><u>Type d'unité/poste analysé :</u> unités des différents types : Nightingale, Bay, Night./Bay, Hub/Spoke, Racetrack, Split et autres</p> <p><u>Sélection de sujets :</u> base de données sur la qualité et l'acuité provenant de 375 unités de soins de 40 hôpitaux de GB</p> <p><u>Collecte et analyse des données :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 séries de données utilisées; une série sur la dépendance des patients, une autre sur les activités des infirmières (interventions classifiées comme : soins directs, soins indirects, tâches non-infirmières,</li> </ul>	<p><u>Temps infirmier auprès du patient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le temps des soins directs a été plus élevé dans l'unité Nightingale (47 % des activités des infirmières); les infirmières ont parlé plus aux patients, parce qu'ils sont plus visibles</li> <li>- dans l'unité Bay ils ont enregistré plus de temps en soins indirects (24 % des activités des infirmières)</li> <li>- pour les autres variables analysées ils n'ont pas trouvé de grandes différences entre les types d'unités analysées</li> </ul> <p><u>Commentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans les unités Nightingale l'activité des infirmières est « idyllique », elles passent plus de temps face à face avec les patients, à cause de la bonne visibilité; mais ces unités avaient plus de personnel soignant.</li> </ul>

	la qualité avec l'aménagement pour déterminer les déterminants de la charge et de la qualité du travail.	et temps personnel), une autre série est formée par les résultats de 135 standards de qualité testés au près du 1/3 de tous les patients, et la quatrième série inclue des données sur le personnel actuel et le temps d'absence des infirmières pour raison de maladie - De plus, des informations sur le type d'unité de soins ont été recueillies de toutes les 375 unités participantes - L'aménagement a été la variable indépendante pour analyser la relation entre la dépendance, l'activité, la qualité et les autres variables dépendantes - Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour les analyses statistiques	
Shattell, 2008 États Unis	L'étude a exploré les expériences des patients et infirmières dans une unité des soins intensifs en psychiatrie afin d'identifier les éléments de l'unité sur lesquels les infirmières doivent se concentrer pour mieux satisfaire les besoins de ceux qui y travaillent et ceux des patients	Étude qualitative phénoménologique  <u>Type d'unité/poste analysé :</u> Unité des soins pour adultes (de plus de 30 lits) en psychiatrie dans le Sud-Est des États-Unis; unité en T, avec 3 ailes et avec un poste infirmier barré situé au milieu de l'unité  <u>Sélection de sujets :</u> - 10 patients et 9 infirmières (l'article ne donne pas des détails sur la stratégie d'échantillonnage)  <u>Collecte et analyse des données :</u> - Les participants à l'étude ont passé des entrevues phénoménologiques sur l'environnement de l'unité; les entrevues ont été enregistrées, transcrites verbatim et analysées par unité de sens, regroupées ensuite par thèmes	<u>Temps infirmier auprès du patient :</u> - Thèmes identifiés : emprisonnés et confinés « imprisoned and confined », comme un pansement sur une plaie ouverte « like a band-aid on an open wound », prendre soin les uns des autres « here, we care about each other » - dans le thème « like a band-aid on an open wound », il est noté que les postes fermés et vitrés empêchent les infirmières de parler directement avec les patients; - les infirmières trouvent que les postes ne contiennent pas des espaces pour l'interaction avec les patients; elles se sentent coincées dans la station par des activités administratives - une infirmière a décrit les effets des postes fermés sur l'interaction infirmière-patient : « <i>If you're separated to such a degree that you're not even ...able to visualize each other, know what's going on, then out of sight, out of mind. Your reality becomes what you see in front of you ... staff starts interacting with each other more than they interact with patients. Because that's who you're seeing. That's who's in your world.</i> »  <u>Commentaires/recommandations :</u> - Les barrières physiques de postes infirmiers, telles que des portes et les plexiglas, peuvent être retirées afin de faciliter davantage les interactions du personnel avec les patients

			<p>- de l'espace ou des locaux pourraient être aménagés pour les infirmières et patients afin de les engager dans des interactions des uns avec les autres</p> <p><u>Autre facteurs :</u></p> <p>- les infirmières ont identifié des contraintes organisationnelles qui empêchent leurs interactions avec les patients : les faibles ratios infirmière-patients, le poids lourd des tâches administratives, la documentation que « personne ne regarde » et les admissions des patients qui prennent beaucoup du temps</p>
Trites et al. 1970 États-Unis	Étude pour investiguer l'impact de type d'unité des soins (radiale, couloir simple et double couloir) sur les activités de soins et les perceptions subjectives des infirmières qui travaillent dans ces types d'unités	<p>Étude mixte</p> <p><u>Type d'unité/poste analysé :</u></p> <p>- 4 unités de chaque type (radial, couloir simple et double couloir) ont été analysées pendant le quarts de journée, de soir et de nuit pour une période de 82 jours</p> <p><u>Sélection de sujets :</u></p> <p>- 590 membres différents du personnel soignant ont participé à l'étude (l'article ne donne pas des détails sur la stratégie d'échantillonnage)</p> <p><u>Collecte et analyse des données :</u></p> <p>- questionnaires utilisés avant et après le quart de travail</p> <p>- L'analyse de la régression linéaire a été faite pour compenser les lacunes expérimentales</p> <p>- L'étude a eu recours à des variables indépendantes (pour l'aménagement de l'unité de soins et variables de contrôle) et dépendantes (comme les échantillons de travail – « work activity samples »)</p>	<p><u>Temps infirmier auprès du patient :</u></p> <p>- les pourcentages pour l'échantillon de travail « temps total des soins » et pour la catégorie « localisation » varient entre 67,8 % et 73,4 % pour les trois types d'unités et les trois quarts de travail (figure 7)</p> <p>- les pourcentages ajustés pour l'échantillon de travail « chambre du patient » et pour la catégorie « localisation » varient entre 14,4 % et 29,5 % pour les trois types d'unités et les trois quarts de travail (figure 7)</p> <p><u>Commentaires :</u></p> <p>- Le modèle radial (radial design) est le meilleur modèle, suivi par le double-couloir pour les activités des infirmières et l'endroit où se déroulent ces activités</p> <p>- le personnel infirmier a marché moins au sein de l'unité radiale, un peu plus au sein de l'unité à double-couloir et beaucoup plus au sein des unités à couloir simple</p> <p>- le gain de temps dans les unités radiales a été transformé en plus de temps avec les patients que dans les unités à couloir double ou simple</p> <p>- la majorité des infirmières préfère travailler dans l'unité radiale et pense que la qualité des soins y est améliorée</p>
Tyson et al. 2002, Australia	Étudier l'impact des modifications de l'environnement physique sur la satisfaction et	<p>Étude qualitative</p> <p><u>Type d'unité/poste analysé :</u> deux vieilles unités de soins (une unité de soins intensifs de 32 lits et une</p>	<p><u>Temps infirmier auprès du patient :</u></p> <p>- l'interaction avec les patients est plus élevée dans la nouvelle unité de soins intensifs vs. la vieille unité : <math>23.0 \pm 11.5</math> vs <math>13.9 \pm 7.5</math>, mais moins d'interaction pour l'unité de</p>

	l'épuisement du personnel infirmier	<p>unité de soins de longue-durée de 31 lits) dans un hôpital rural de psychiatrie ont été remplacées par de nouvelles unités : une unité de soins intensifs de 28 lits et une unité de soins de longue-durée de 16 lits</p> <p><u>Sélection de sujets :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 22 infirmières dans la vieille unité et 26 dans la nouvelle pour l'unité des soins intensifs</li> <li>- 18 infirmières dans la vieille unité et 14 dans la nouvelle pour l'unité de long-duré</li> <li>- 16 infirmières ont participé aux entrevues (l'article ne donne pas des détails sur la stratégie d'échantillonnage)</li> </ul> <p><u>Collecte et analyse des données :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les données ont été collectées au travers l'observation, le remplissage d'un questionnaire et les entrevues structurées</li> <li>- les observations : 10 jours, pour 6 heures/jour; pour cette étude, 4 catégories de comportements ont été utilisées dans l'analyse : 1. interaction avec les patients, 2. l'interaction avec le personnel, 3. l'engagement dans une tâche solitaire 4. Autres fonctions</li> <li>- le questionnaire : a mesuré le niveau d'épuisement physique, les réalisations du personnel, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (rester professionnel avec les patients)</li> <li>- les entrevues : structurées, avec des questions ouvertes ont été enregistrées et transcrites verbatim, les thèmes communs identifiés</li> </ul>	<p>longue durée : <math>13.4 \pm 21.4</math> vs. <math>21.4 \pm 8.5</math> (nouvelle vs vieille)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les interactions positives ont été plus élevées dans la nouvelle unité vs. la vieille unité des soins intensifs et de longue durée : <math>98.3 \pm 5.3</math> vs <math>17.7 \pm 19.3</math> et <math>64.8 \pm 29.1</math> vs <math>53.3 \pm 19.5</math></li> <li>- désavantages de nouvelles unités : les unités sont plus grandes et il est difficile de trouver du personnel et des patients, de plus, les infirmières se sentent plus isolés</li> </ul> <p><u>Commentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les interactions positives peuvent avoir des effets bénéfiques sur les patients</li> <li>- les aménagements dans la nouvelle unité des soins intensifs (la mise à disposition d'un espace supplémentaire et d'une aile distincte d'observation) ont entraîné l'implémentation de plus des activités pour les patients</li> <li>- dans la nouvelle unité les infirmières passent moins du temps dans le poste et plus dans l'unité, parce qu'il y a plus d'espaces disponibles pour l'interaction des uns envers les autres</li> <li>- les aménagements physiques doivent être accompagnés par des changements organisationnels, autrement les avantages potentiels du nouvel environnement peuvent être atténués</li> </ul>
Zborowski et al. 2010, États-Unis	Étudier comment l'aménagement du poste infirmier affecte l'utilisation de l'espace par les infirmières, leurs perceptions sur	<p>Étude exploratoire (méthodes mixtes)</p> <p><u>Type d'unité/poste analysé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- échantillon de 6 unités de chirurgie dans 3 hôpitaux des États-Unis : une unité avec un poste centralisé et une autre avec un poste décentralisé pour chaque</li> </ul>	<p><u>Temps infirmier auprès du patient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les infirmières des unités décentralisées ont passé un peu plus de temps (mais pas statistiquement significatif) avec les patients que les infirmières des unités centralisés : <math>M=11.5, SD=4.4</math> vs <math>M=10.7, SD=5.4</math></li> <li>- il n'y a pas une différence entre les unités centralisées et</li> </ul>

	<p>l'environnement physique et psychosocial du travail la visibilité de patients et le niveau de bruit</p>	<p>hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une unité est considérée comme décentralisée quand il y a plus d'un poste infirmier dans l'unité</li> <li>- l'hôpital A : unités en Y; une unité centralisée avec un poste centralisé ouvert; l'unité décentralisée a des postes dans chaque couloir (qui sont des chambres de patients transformées en postes)</li> <li>- l'hôpital B : unités à couloir simple/« radial design », une unité avec un poste central ouvert au milieu de l'unité et l'autre avec des postes situés au milieu de chaque aile</li> <li>- l'hôpital C : unités à doubles couloirs (« racetrack »); l'unité centralisé a un poste central au milieu du racetrack, tandis que l'unité décentralisée est formée par 10 alcôves remplacées à chaque deux chambre</li> </ul> <p><u>Sélection de sujets :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le nombre de participants n'est pas mentionné</li> <li>- 3-4 infirmières de chaque unité ont participé au focus-groupe (l'article ne donne pas des détails sur la stratégie d'échantillonnage)</li> </ul> <p><u>Collecte et analyse des données :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- données quantitatives recueilli par : observations (des observations centrées sur le lieu ou sur la personne)</li> <li>- données qualitatives recueillies par entrevues de focus groupe</li> <li>- pour les observations centrées sur le lieu : total 200 minutes d'observation; 20 minute d'observation pour les quarts de travail du jour, après-midi et nuit; 10 périodes d'observation par poste</li> <li>- pour les observations centrées sur la personne : 3 infirmières ont été suivies pour des périodes de 20 minutes, les trois quarts de travaux, pour un total de 180 minutes d'observation</li> </ul>	<p>décentralisées pour la visibilité, mais ils ont trouvé une différence entre les unités étudiées qui dépend de l'emplacement du poste par rapport aux chambres de patients et du type du système de monitoring utilisé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tous les dessins des infirmières (sauf un) ont montré : un poste central avec des poste plus petits décentralisés; les patients plus malades ont été placés plus proche du poste infirmier; les postes étaient semi-fermés avec des matériaux transparents pour assurer la confidentialité et l'intimité</li> </ul> <p><u>Commentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les activités plus fréquentes dans les postes (centralisés ou décentralisés) sont l'administration (dossiers cliniques) et l'utilisation des ordinateurs et du téléphone</li> <li>- moins des interactions professionnelles et moins de support social pour les infirmières ont été observés dans l'unité décentralisée qui peut avoir des conséquences pour le personnel soignant et indirectement sur la qualité des soins</li> <li>- la généralisation des résultats de cette étude est limitée par le petit échantillon utilisé</li> <li>- les auteurs ont mentionné que les aménagements des unités des soins/postes infirmiers dépendent de besoins spécifiques de chaque unité de soins</li> <li>- les aménagements physiques doivent être accompagnés par des changements au niveau organisationnel</li> <li>- l'implication des infirmières dans le processus d'aménagement des postes et des unités de soins est très importante</li> </ul>
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- la visibilité a été mesurée en comptant le nombre de lits et des chambres visibles du poste et le nombre de monitors électroniques des signes vitaux utilisés</li> <li>- pour les focus-groupe : questions semi-structurées; à la fin chaque session de groupe les infirmières participantes ont été demandées de dessiner des postes infirmiers et des unités de soins idéals pour leur travail</li> <li>- les données quantitatives ont été analysées par les analyses statistiques descriptives et t-tests</li> <li>- les données qualitatives de focus-groupe : analyse par thèmes et sous-catégories de sens</li> </ul>	
--	--	---	--

### Études quantitatives

ÉTUDES	OBJECTIFS	MÉTHODES	RÉSULTATS ET COMMENTAIRES
Hendrich et al, 2008 États Unis	« Time and motion study » L'article vise à documenter comment les infirmières passent leur temps; l'objectif était d'identifier les facteurs d'inefficacité dans le processus de travail des infirmières et dans l'aménagement des unités de soins	<p>Étude quantitative descriptive</p> <p><u>Type d'unité/poste analysé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unités médico-chirurgicales de 36 hôpitaux dans 17 systèmes de soins de santé et 15 états; les unités participantes ont été sélectionnées de manière aléatoire</li> <li>- trois types d'unités de soins ont été analysés : « racetrack » 19 unités, « corridor » 12 unités et « radial » 5 unités</li> </ul> <p><u>Sélection de sujets :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1420 infirmières ont été identifiées dans les 36 unités étudiées; 826 infirmières admissibles selon les critères d'inclusions de l'étude ont y participé, et 763 infirmières ont complétées l'étude</li> </ul> <p><u>Collecte et analyse des données :</u></p> <p>4 protocoles ont été utilisés : Protocole A : données</p>	<p><u>Temps infirmier auprès du patient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les infirmières ont passé 30,8 % de leur temps dans les chambres de patients et 38,6 % dans le poste infirmier (figure 1)</li> <li>- 91,1 % du temps passé par les infirmières dans les chambres de patients et 84.6 % du temps dans le poste étaient consacrés aux pratiques des soins infirmiers (nursing practice)</li> <li>- La documentation (qui fait partie de pratiques des soins) prend 35,3 % du temps, tandis que les activités des soins au près des patients prennent 19,3 % du temps</li> <li>- L'administration des médicaments prend 17.2 % du temps et le temps consacré à l'évaluation et à obtenir les signes vitaux prend 7.2 % du temps des infirmières</li> <li>- Ils n'ont pas trouvé une corrélation statistique significative entre le type d'unité et le temps passé par les infirmières avec les patients</li> </ul> <p><u>Commentaires :</u></p>

		<p>de base pour l'implémentation du Dossiers cliniques informatisés</p> <p>Protocole B : Comment les infirmières passent leur temps</p> <p>Protocole C : l'emplacement et les mouvements des infirmières</p> <p>Protocole D : les réponses physiologiques des infirmières</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les données collectées par les différents protocoles ont permis la cross-validation pour certains résultats</li> <li>- Les données ont été collectés durant 7 jours, 24 heures par jour (sauf protocole D, 23 heures/jour)</li> <li>- Les infirmières du protocole A, B ont utilisées des PDAs (« personal digital assistants ») pour enregistrer les activités qu'elles font et l'endroit où elles les font</li> <li>- Les infirmières du protocole C ont été surveillées avec des étiquettes d'identification par radiofréquence (« radiofrequency identification tags (RFID) »)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il y a plus de variation par rapport à la distance parcourue par les infirmières et le temps avec les patients entre les infirmières dans une même unité de soins que dans des unités différentes; les auteurs ont expliqué cet effet par l'habilité des infirmières à organiser leur temps et les attributions des tâches, facteurs qui ont un impact plus grand que l'espace physique lui-même</li> <li>- Les auteurs ont conclu que les infirmières sont très adaptatives et qu'elles travaillent pour compenser les différences et les limites des unités de soins, et cet aspect masque l'influence de l'architecture sur leurs comportements</li> </ul> <p><u>Autres facteurs :</u> Facteurs contextuels : l'interopérabilité de la technologie, des attributions des tâches et le processus du travail</p>
Hendrich et al, 2009 États Unis	<p>Les auteurs ont utilisé le concept de « syntaxe spatiale » (« spatial syntax ») pour ré-analyser une partie des données d'étude précédente (Hendrich 2008) afin d'identifier des relations structurées et quantifiables entre l'espace de travail et le processus organisationnel dans le domaine de la santé et les aspects architecturaux qui influencent le comportement des infirmières.</p>	<p>Étude quantitative descriptive</p> <p><u>Type d'unité/poste analysé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unités médico-chirurgicales de 36 hôpitaux dans 17 systèmes de soins de santé et 15 états; les unités participantes ont été sélectionnées de manière aléatoire</li> <li>- trois types d'unités de soins ont été analysés : « racetrack » 19 unités, « corridor » 12 unités et « radial » 5 unités</li> </ul> <p><u>Sélection de sujets :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La base de données utilisée pour cette étude est constituée par des données de RFID (RFID movement patterns) de 53 infirmières qui couvrent 143 quarts de travail de 5 (de 36) unités analysées</li> </ul>	<p><u>Temps infirmier auprès du patient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'étude a trouvé une corrélation négative entre le nombre d'entrées dans les chambres de patients et le temps moyen passé par visite et une corrélation positive entre ce nombre et le temps total passé dans les chambres; les infirmières ont utilisé deux stratégies : plus de voyages de plus courte durée, ou moins de voyages de plus longue durée</li> <li>- l'analyse suggère que les propriétés spatiales d'assignation de patients pour chaque infirmière influence leurs modes de mouvements; soit augmentent, soit diminuent le nombre de visites dans les chambres de patients ou au poste infirmier; il faut des changements aux niveaux des chambres de patients ou au niveau organisationnel</li> </ul> <p><u>Commentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assignation de patients avec une plus grande centralité peut donner de la flexibilité aux infirmières pour passer plus</li> </ul>

		<p><u>Collecte et analyse des données :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'étude recourt aux variables « nombre d'entrées dans les chambres de patients » et « nombre d'entrées dans le poste infirmier » pour construire un modèle linéaire généralisé (GLM) afin d'évaluer les effets des caractéristiques spatiales sur les paramètres importants pour la pratique des infirmières</li> <li>- ils ont utilisé une variable de syntaxe spatiale, l'intégration linéaire, qui mesure le degré de centralité de toutes les chambres assignées par rapport à l'aménagement de l'unité entière.</li> </ul> <p>La syntaxe spatiale modélise les effets de l'aménagement physique de l'unité des soins sur la tendance du mouvement des infirmières; cette technique identifie les tendances globales (au niveau de l'unité) et locales (au niveau de des patients affectés à chaque infirmière - « nurse-assignment-level »)</p>	<p>de temps avec les patients et d'interagir avec les autres infirmières dans le poste</p> <p><u>Autres facteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la documentation auprès des lits des patients, la réallocation des équipements et des provisions peuvent réduire le temps que les infirmières passent à marcher ou dans leurs postes et augmenter le temps dans les chambres des patients</li> <li>- utiliser le nouveau concept de « caractéristiques de l'espace » pour configurer l'assignation des patients peut influencer, entre autres, les résultats sur la santé des patients</li> </ul>
--	--	---	---

## ANNEXE E : Évaluation de la qualité des études

Types of mixed methods study components or primary studies (Types des méthodes mixtes, composantes des études ou études primaires)	Methodological quality criteria : qualitative studies (critères de la qualité méthodologique : études qualitatives)	Studies (Études)				
		Cleary et al. 1999a	Cleary et al. 1999b	Hurst 2008	Shattell et al. 2007	Tyson et al. 2002
Screening questions (for all types) [Questions de catégorisation (pour tous les types)]	Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives*), or a clear mixed methods question (or objective*) ? – les questions (ou objectifs*) de recherche qualitative et quantitative sont-ils clairs ? ou la question (ou objectifs*) de recherche avec méthodes mixtes sont-ils clairs?	Yes (Oui)	Yes (Oui)	Yes (Oui)	Yes (Oui)	Yes (Oui)
	Do the collected data allow address the research question (objective)? E.g., consider whether the follow-up period is long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components). Est-ce que les données collectées permettent d'aborder la question (ou les objectifs) de recherche ? Par exemple, se demander si la période de suivi est suffisamment longue pour que le résultat se produise (pour des études longitudinales ou des études des composants).	Yes (Oui)	Yes (Oui)	Yes (Oui)	Yes (Oui)	Yes (Oui)
1. Qualitative (Qualitative)	1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)? 1.1. Les sources de données qualitatives (archives, documents, informateurs, observations) sont-elles pertinentes pour aborder la question (ou les objectifs) de recherche?	No (Non)	Yes (Oui)	can't tell (incertain)	Yes (Oui)	Yes (Oui)
	1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)? 1.2. Le processus d'analyse des données qualitatives est-il pertinent pour aborder la question (ou les objectifs) de recherche ?	Yes (Oui)	Yes (Oui)	can't tell (incertain)	Yes (Oui)	Yes (Oui)

1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting in which the data were collected? 1.3. Des considérations appropriées ont-elles été apportées au lien entre les résultats et le contexte, par exemple, le cadre dans lequel les données ont été collectées?	Yes (Oui)	Yes (Oui)	Yes (Oui)	Yes (Oui)	No (Non)
1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g. through their interactions with participants? 1.4. Des considérations appropriées ont-elles été apportées sur la manière dont les résultats sont influencés par les chercheurs, par exemple, au travers de leurs interactions avec les participants ?	No (Non)	No (Non)	can't tell incertain	No (Non)	No (Non)
<b>Total score (Score total) :</b>	<b>50 %</b>	<b>75 %</b>	<b>25 %</b>	<b>75 %</b>	<b>50 %</b>

Types of mixed methods study components or primary studies (Types de composantes des méthodes mixtes, ou études primaires)	Methodological quality criteria : quantitative studies (critères de la qualité méthodologique : études quantitatives)	Studies (Études)	
		Hendrich et al. 2008	Hendrich et al. 2009
Screening questions (for all types) [Questions préliminaires (pour tous les types)]	Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives*), or a clear mixed methods question (or objective*) ? – les questions (ou objectifs) de recherche qualitative et quantitative sont-ils clairs ? ou la question (ou objectifs) pour la recherche avec des méthodes mixtes sont-ils clairs ?	Yes (Oui)	Yes (Oui)
	Do the collected data allow address the research question (objective)? E.g., consider whether the follow-up period is long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components). Est-ce que les données collectées permettent d'aborder la question (ou les objectifs) de recherche ? Par exemple, se demander si la période de suivi est suffisamment longue pour que le résultat se produise (pour des études longitudinales ou des études des composants).	Yes (Oui)	Yes (Oui)

<b>4. Quantitative descriptive (Quantitative ou descriptive)</b>	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed methods question)? 4.1. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour aborder la question de la recherche quantitative (ou l'aspect quantitatif de la question avec des méthodes mixtes)?	can't tell (incertain)	can't tell (incertain)
	4.2. Is the sample representative of the population under study?. 4.2. L'Échantillon est-il représentatif de la population à l'étude ?	Yes (oui)	NA (NA)
	4.3. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument)? 4.3. Les mesures sont-elles appropriées (origine claire, ou validité connue, ou outil standard) ?	Yes (oui)	Yes (oui)
	4.4. Is there an acceptable response rate (60% or above)? 4.4. Le taux de participation est-il acceptable (60 % ou plus)?	Yes (oui)	NA (NA)
	<b>Total score (Total score) :</b>	<b>75 %</b>	<b>50 %</b>

Types of mixed methods study components or primary studies (Types des composantes des méthodes mixtes, ou études primaires)	Methodological quality criteria : mixed methods studies (critères de la qualité méthodologique : études mixtes)	Studies (Études)		
		Gurascio et al. 2007	Trites et al. 1970	Zborowski et al. 2010
Screening questions (for all types) [Questions préliminaires de catégorisation (pour tous les types)]	Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives*), or a clear mixed methods question (or objective*) ? – les questions (ou objectifs*) de recherche qualitative et quantitative sont-ils clairs ? ou la question (ou objectifs*) pour une recherche avec des méthodes mixtes sont-ils clairs ?	Yes (oui)	Yes (oui)	Yes (oui)
	Do the collected data allow address the research question (objective)? E.g., consider whether the follow-up period is long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components). Est-ce que les données collectées permettent d'aborder la question (ou les objectifs) de recherche ? Par exemple, se demander si la période de suivi est	Yes (oui)	Yes (oui)	Yes (oui)

	suffisamment longue pour que le résultat se produise (pour des études longitudinales ou des études des composants).			
<b>1. Qualitative (Qualitative)</b>	1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)? 1.1. Les sources de données qualitatives (archives, documents, informateurs, observations) sont-elles pertinentes pour aborder la question de recherche ?	Yes (oui)	Yes (oui)	Yes (oui)
	1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)? 1.2. Le processus d'analyse des données qualitatives est-il pertinent pour aborder la question (ou les objectifs) de recherche ?	Yes (oui)	Yes (oui)	Yes (oui)
	1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting in which the data were collected? 1.3. Des considérations appropriées ont-elles été apportées sur le lien des résultats au contexte, par exemple, le cadre dans lequel les données ont été collectées?	Yes (oui)	Yes (oui)	Yes (oui)
	1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g. through their interactions with participants? 1.4. Des considérations appropriées ont-elles été apportées sur la manière dont les résultats sont influencés par des chercheurs, par exemple, au travers de leurs interactions avec les participants ?	can't tell (incertain)	can't tell (incertain)	No (Non)
	<b>Total score for qualitative section (Total score pour la section qualitative) :</b>	<b>75 %</b>	<b>75 %</b>	<b>75 %</b>
<b>4. Quantitative descriptive (Quantitative descriptive)</b>	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed methods question)? 4.1. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour aborder la question de la recherche quantitative (ou l'aspect quantitatif de la question dans une recherche avec des méthodes mixtes)?	No (Non)	Yes (oui)	can't tell (incertain)
	4.2. Is the sample representative of the population understudy? 4.2. L'Échantillon est-il représentatif de la population à l'étude ?	can't tell (incertain)	can't tell (incertain)	Yes (oui)
	4.3. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument)? 4.3. Les mesures sont-elles appropriées (origine claire, ou validité connue,	Yes (oui)	Yes (oui)	Yes (oui)

	ou outil standard) ?			
	4.4. Is there an acceptable response rate (60% or above)? 4.4. Le taux de participation est-il acceptable (60 % ou plus)?	NA (NA)	NA (NA)	NA (NA)
	<b>Total score for quantitative section</b> <b>(Total score pour la section quantitative) :</b>	<b>25 %</b>	<b>50 %</b>	<b>50 %</b>
<b>5. Mixed methods</b> <b>(Méthodes mixtes)</b>	5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)? 5.1. L'approche des méthodes mixtes est-elle pertinente pour aborder les questions (ou les objectifs) de la recherche qualitative et quantitative, ou les aspects qualitatifs et quantitatifs de la question (ou les objectifs) de la recherche avec des méthodes mixtes?	Yes (oui)	Yes (oui)	Yes (oui)
	5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results*) relevant to address the research question (objective)? 5.2. L'intégration des données qualitatives et quantitatives (ou des résultats*) permet-elle d'aborder la question (ou les objectifs) de recherche ?	can't tell (Incertain)	can't tell (Incertain)	can't tell (Incertain)
	5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results*) in a triangulation design? 5.3. Des considérations appropriées ont-elles été apportées aux limites associées à cette intégration, par exemple la divergence entre les données qualitatives et quantitatives (ou des résultats*) dans une approche de triangulation des données ?	can't tell (Incertain)	can't tell (Incertain)	can't tell (Incertain)
	<b>Total score for mixed section :</b> <b>(Score Total pour la section des méthodes mixtes)</b>	<b>50 %</b>	<b>50 %</b>	<b>50 %</b>
	<b>Total score of the study :</b> <b>(Score total de l'étude)</b>	<b>25 %</b>	<b>50 %</b>	<b>50 %</b>

\*These two items are not considered as double-barreled items since in mixed methods research, (1) there may be research questions (quantitative research) or research objectives (qualitative research), and (2) data may be integrated, and/or qualitative findings and quantitative results can be integrated.

Ces deux items ne sont pas considérés comme des items à double – canon depuis que la recherche recourt à des méthodes mixtes, (1) ils peuvent être des questions de recherche (recherche quantitative) ou des objectifs de recherche (recherche qualitative), et (2) les données peuvent être intégrées et/ou les résultats qualitatifs et quantitatifs peuvent être intégrés.

NA = not applicable (NA= non applicable)

## **ANNEXE F : Exemples de notes d'entrevues**

### **Notes de la rencontre de consultation du 02/04/2013**

#### **Discussion**

- La direction signale que les expériences relevées dans les unités de Médecine et de chirurgie sont différentes de celles dans les unités psychiatriques, partant des publications exploitées relatives à l'aménagement des unités des soins dans les services de Médecine et de chirurgie.
- La direction signale également que l'aménagement est certes un élément important mais l'organisation joue un rôle capital dans l'interaction des infirmiers avec les patients. Aujourd'hui, poursuit-elle, les infirmiers font moins d'entrevues avec les patients et se réfèrent plus à ce qui est écrit sur eux. Il faut considérer l'aménagement plutôt sous l'angle de la sécurité mais on devrait insister plus sur l'organisation et la pratique infirmière. Et finalement la vraie question serait : Pourquoi les infirmiers ne se rapprochent plus des patients ? La clientèle est alourdie, elle est « malade » avec risque d'agressivité vis-à-vis des infirmières mais il reste nécessaire qu'il faut travailler sur le changement de la pratique infirmière.
- Littérature complémentaire (si elle existe) à celle analysée : « Santé mentale au Québec », des firmes pharmaceutiques et la corporation des hébergements du Québec (CHQ) ont effectué des rénovations de unités (dont psychiatriques) et qu'il serait utile de vérifier s'ils n'ont pas des références sur lesquelles ils se sont appuyées pour ces constructions.
- Retro-information sur le modèle théorique (cadre théorique) :
  - La direction marque son appréciation pour le modèle théorique présenté et émet séance tenante plusieurs observations / propositions de formulation des concepts qui sont intégrées dans le modèle évolutif et concerne chacun des 4 pôles.
  - La direction fait observer que dans l'avenir, la durée d'hospitalisation sera brève et que l'enjeu de la sécurité sera important. Il faudrait en tenir compte dans les aménagements physiques à réaliser.

## Notes de la rencontre de consultation du 01/03/2013

### Discussion

- La direction signale une forte ressemblance des résultats présentés avec ce qui ressort des échanges au niveau de la direction et notamment avec des unités décentralisées.
- Des idées comme « laisser la porte ouverte, mettre en place de petits bureaux, visibilité du personnel, aspect de sa propre maison au niveau des résidences, créer des lieux pour faire des rencontres d'équipe mais avec de petits bureaux dispersés » sont ressortis des interventions des membres de la direction. Une contrainte cependant à prendre en compte : les espaces ne sont pas parfois disponibles dans des maisons louées pour y faire plusieurs petits bureaux.
- Un problème de taille est également soulevé : « la stimulation fréquente des intervenants par le téléphone, l'arrivée des messages fax, des entrées intempestives dans le poste infirmier... ne permettant pas aux intervenants d'effectuer dans le temps leurs tâches administratives ou prolongeant le temps à consacrer à celles-ci au détriment de l'interaction avec les patients / les clients ». Soutenir davantage les tâches administratives permettrait de dégager les infirmiers.
- Littérature complémentaire (si elle existe) à celle analysée : pas d'autre littérature proposée, l'équipe de la direction adhère aux résultats intermédiaires présentés.
- Retro-information sur le modèle théorique (cadre théorique) : l'équipe de direction voudrait approfondir et comprendre le contenu des interactions décrites. L'article source leur sera envoyé le plus tôt que possible
- Informations du contexte pouvant améliorer la finalisation des recommandations qui seront issues de l'étude : l'équipe de direction recommande de s'ajuster au contexte de chaque ressource résidentielle car il y a différentes missions, différents milieux et généralement des aménagements doivent avoir l'approbation des propriétaires des ressources.

## RÉFÉRENCES

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Anderson, S. (2007). Deadly consequences: The hidden impact of America's nursing shortage. Arlington, VA: National Foundation for American Policy.
- Andes, M., & Shattell, M. M. (2006). An exploration of the meanings of space and place in acute psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(6), 699-707.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., & Hartz, Z. (2011). L'évaluation: concepts et méthodes. *Les Presses de l'Université de Montréal*.
- Busse, R., Orvain, J., Velasco, M., Perleth, M., Drummond, M., Gurtner, F., . . . Wild, C. (2002). Best practice in undertaking and reporting health technology assessments. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(2), 361-422.
- Calkins, M. P. (2009). Evidence-based long term care design. *NeuroRehabilitation*, 25(3), 145-154. doi: 10.3233/nre-2009-0512
- Clarke, S. P., & Aiken, L. H. (2006). More nursing, fewer deaths. *Qual Saf Health Care*, 15(1), 2-3. doi: 10.1136/qshc.2005.017343
- Cleary, M., & Edwards, C. (1999b). 'Something always comes up': nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 6(6), 469-477.
- Cleary, M., Edwards, C., & Meehan, T. (1999a). Factors influencing nurse-patient interaction in the acute psychiatric setting: an exploratory investigation. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 8(3), 109-116.
- Collins, J. F., Ellsworth, R. B., Casey, N. A., Hyer, L., Hickey, R. H., Schoonover, R. A., . . . Nesselroade, J. R. (1985). Treatment characteristics of psychiatric programs that correlate with patient community adjustment. *J Clin Psychol*, 41(3), 299-308.
- Dodds, P., & Bowles, N. (2001). Dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 8(2), 183-188.
- Egli, M., Feurer, I., Roper, T., & Thompson, T. (2002). The role of residential homelikeness in promoting community participation by adults with mental retardation. *Res Dev Disabil*, 23(3), 179-190.
- Flynn, L. (2005). Nursing stations for the 21st century. *Building design & construction*, 46(2), 1-5.
- Forty, A. (1980). The modern hospital in England and France: the social and medical uses of architecture. in: *Buidings and Society. Essays on the social development of the built environment.*, Editor: Anthony D. King (Routledge and Kegan Paul, London).
- Gurascio-Howard, L., & Malloch, K. (2007). Centralized and decentralized nurse station design: an examination of caregiver communication, work activities, and technology. *HERD*, 1(1), 44-57.
- Heller, T., Miller, A. B., & Factor, A. (1998). Environmental characteristics of nursing homes and community-based settings, and the well-being of adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, 42 ( Pt 5), 418-428.

- Hendrich, A., Chow, M. P., Bafna, S., Choudhary, R., Heo, Y., & Skierczynski, B. A. (2009). Unit-related factors that affect nursing time with patients: spatial analysis of the time and motion study. *HERD*, 2(2), 5-20.
- Hendrich, A., Chow, M. P., Skierczynski, B. A., & Lu, Z. (2008). A 36-hospital time and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time? *Perm J*, 12(3), 25-34.
- Hendrich, A. L., Fay, J., & Sorrells, A. K. (2004). Effects of acuity-adaptable rooms on flow of patients and delivery of care. *American Journal of Critical Care*, 13(1), 35-45.
- Hurst, K. (2008). UK ward design: patient dependency, nursing workload, staffing and quality--an observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 370-381.
- Lewis, A., & Trieman, N. (1995). The taps project. 29: residential care provision in north London: a representative sample of ten facilities for mentally ill people. *Int J Soc Psychiatry*, 41(4), 257-267.
- Malone, R. E. (2003). Distal nursing. *Soc Sci Med*, 56(11), 2317-2326.
- Mays, N., Pope, C., & Popay, J. (2005). Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Policy*, 10 Suppl 1, 6-20. doi: 10.1258/1355819054308576
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*, 346(22), 1715-1722. doi: 10.1056/NEJMsa012247
- Novotna, G., Urbanoski, K. A., & Rush, B. R. (2011). Client-centered design of residential addiction and mental health care facilities: staff perceptions of their work environment. *Qual Health Res*, 21(11), 1527-1538. doi: 10.1177/1049732311413782
- Peplau, H. E. (1994). Psychiatric mental health nursing: challenge and change. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 1(1), 3-7.
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Barlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., . . . Rousseau, M. C. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. . Retrieved on 11th March 2013 from <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>.
- Popay J, R. H., Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, Britten N, Roen K, Steven D. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. *Lancaster: Institute for Health Research, University of Lancaster*.
- Rask, M., & Brunt, D. (2007). Verbal and social interactions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a model and its philosophical and theoretical foundation. *Nurs Inq*, 14(2), 169-176. doi: 10.1111/j.1440-1800.2007.00364.x
- Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A., & Wykes, T. (2010). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatients wards: a literature review. *Int J Nurs Stud*, 47(7), 909-917. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.012

- Shattell, M. M., Andes, M., & Thomas, S. P. (2008). How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nurs Inq*, 15(3), 242-250. doi: 10.1111/j.1440-1800.2008.00397.x
- Southard, K., Jarrell, A., Shattell, M. M., McCoy, T. P., Bartlett, R., & Judge, C. A. (2012). Enclosed versus open nursing stations in adult acute care psychiatric settings: does the design affect the therapeutic milieu? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 50(5), 28-34. doi: 10.3928/02793695-20120410-04
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychol Med*, 29(4), 761-767.
- Tourangeau, A. E., Cranley, L. A., & Jeffs, L. (2006). Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *Qual Saf Health Care*, 15(1), 4-8. doi: 10.1136/qshc.2005.014514
- Trites, D. K., Galbraith, F. D., Sturdavant, M., & Leckwart, J. F. (1970). Influence of nursing-unit design on the activities and subjective feelings of nursing personnel. *Environment and behavior*, 2(3), 303-333.
- Tyson, G. A., Lambert, G., & Beattie, L. (2002). The impact of ward design on the behaviour, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. *International Journal of Mental Health Nursing Vol*, 11(2), 94-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00232.x>
- Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., & Choudhary, R. (2004). The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime-opportunity. *Report to the Center for Health Design for the Designing the 21st Century Hospital project*. Concord, CA: Center for Health Design.
- Whittington, D., & McLaughlin, C. (2001). Finding time for patients: an exploration of nurses' time allocation in an acute psychiatric setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 7(3), 259-268.
- Zborowsky, T., Bunker-Hellmich, L., Morelli, A., & O'Neill, M. (2010). Centralized vs. decentralized nursing stations: effects on nurses' functional use of space and work environment. *HERD*, 3(4), 19-42.

L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal offre des services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie. Chef de file dans son domaine, l'établissement a mis en place un dispositif varié et innovateur de services de traitement, de réadaptation et de réhabilitation qui répond aux besoins multiples de sa clientèle.

À la fine pointe des connaissances, le Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal est le plus important lieu de recherche en santé mentale dans le milieu francophone canadien. Il regroupe le plus important nombre de chercheurs en santé mentale des facultés de médecine, des arts et des sciences et des sciences infirmières de l'Université de Montréal et d'autres universités.

[iusmm.ca](http://iusmm.ca)

## Collections

