

Recherche et évaluation

Les aménagements physiques pour une meilleure sécurité dans les unités psychiatriques et d'urgence

Rapport rédigé par
IONELA L. GHEORGHIU



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

APPRIÈRE
Université 
de Montréal

Les aménagements physiques pour une meilleure sécurité dans les unités psychiatriques et d'urgence

Rapport rédigé par

Ionela L. Gheorghiu

Dépôt légal
Bibliothèque Nationale du Québec
ISBN 978-2-923984-05-6

© 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 31 janvier 2014.

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 :

Andreea Neagota, stagiaire à l'UETMISM

Autres collaborateurs :

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 UETMISM

Recherche documentaire :

Marie Désilets, bibliothécaire, Direction de l'enseignement

Conflit d'intérêts : l'auteure du rapport n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer

Remerciements : à tous les participants de l'IUSMM, de l'IUSMQ et du CHUM aux groupes de discussions menés lors du projet.

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 :

Jacques Couillard, directeur général, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, Institut universitaire

Daniel La Roche, directeur de l'évaluation, de la qualité et de la planification stratégique, CHU de Québec

Comité d'orientation du 31 janvier 2014 :

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

Mme Mélissa Couture, coordonnatrice du comité des usagers, IUSMM

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

Mme Caroline Lafond, directrice intérimaire de l'enseignement, IUSMM

Mme Linda Fortier, codirectrice des services cliniques, IUSMM

Mme Denise Fortin, directrice générale, IUSMM

Mme Ionela Gheorghiu, coordonnatrice UETMISM, IUSMM

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

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

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

M. Adam Mongodin, adjoint à la direction générale, Qualité-performance, responsable administratif UETMISM, IUSMM

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

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

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.....	6
RÉSUMÉ.....	8
SUMMARY.....	9
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	11
INTRODUCTION.....	12
LE MODÈLE THÉORIQUE.....	13
OBJECTIF DU PROJET	15
Questions d'évaluation	16
Les dimensions de l'évaluation	16
MÉTHODOLOGIE	17
Revue de la littérature.....	17
Recherche dans les bases de données	17
Critères d'inclusion et d'exclusion d'études.....	17
Collecte et extraction des données.....	18
Analyse des données.....	19
L'évaluation de la qualité	19
Méthodes d'entrevue auprès des parties prenantes du projet.....	19
RÉSULTATS.....	20
Unités de soins psychiatriques.....	20
Caractéristiques des études retenues.....	20
Les niveaux de sécurité par zone	21
Les aménagements environnementaux/apaisants	28
Unités d'urgence.....	29
Caractéristiques des études retenues.....	29
Les aménagements sécuritaires.....	29
La sécurité du personnel des soins psychiatriques.....	30
Caractéristiques des études retenues.....	30
Les aménagements sécuritaires.....	30
Les consultations avec les parties prenantes du projet.....	32

DISCUSSION.....	33
CONCLUSIONS	38
ANNEXE A : Recherche documentaire – unités de soins psychiatriques.....	40
ANNEXE B : Recherche documentaire – unités d’urgence	45
ANNEXE C : Recherche documentaire - littérature grise	50
ANNEXE D : Le diagramme de sélection des articles – unités psychiatriques	51
ANNEXE E : Tableau de données – unités psychiatriques	54
ANNEXE F : Le diagramme de sélection des articles – unités d’urgence	65
ANNEXE G : Tableau de données – unités d’urgence.....	67
RÉFÉRENCES	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Aménagements sécuritaires - niveau 1	22
Tableau 2: Aménagements sécuritaires - niveau 2	23
Tableau 3: Aménagements sécuritaires - niveau 3	24
Tableau 4: Aménagements sécuritaires - niveau 4	24
Tableau 5: Aménagements sécuritaires - niveau 5	26
Tableau 6: Aménagements environnementaux/apaisants	28
Tableau 7: Aménagements sécuritaires: unités d'urgence	29
Tableau 8: Aménagements sécuritaires pour le personnel.....	31
Tableau 9: Suggestions de groupes de discussion	32

PRÉFACE

Il s'agit du second 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, en plus des soins tertiaires, de l'enseignement et de la recherche, est l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (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, maintenant nommé Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), 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. 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 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, de l'INESSS et d'une entreprise d'économie sociale de patients partenaires de soins, d'enseignement et de recherche. 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 un premier projet portant sur les aménagements physiques des unités hospitalières ou des milieux résidentiels supervisés, afin d'accroître le temps passé par le personnel auprès des patients ou résidents. Ce premier projet a été complété et approuvé par le comité d'orientation de l'UETMISM du 6 mai 2013. Le rapport (1) se trouve sur le site internet de l'UETMISM à www.iusmm.ca/evaluation-des-technologies-et-moyens-d'intervention.html. Un second projet a aussi été approuvé, mais devant être réalisé à la suite du premier, portant sur les améliorations à apporter aux aménagements physiques des unités de soins hospitalières pour accroître leur sécurité pour les patients et le personnel. Ce projet ici présenté va mobiliser une collaboration avec l'IUSMQ qui s'était

penché autour de cette question dans les dernières années, et avec le CHUM qui a été interpellé sur la qualité des aménagements sécuritaires autour de deux incidents critiques mortels impliquant des patients psychiatriques.

Ce rapport, comme le précédent, ne va trouver que peu d'articles pour éclairer la question. Comme dans le précédent rapport, un modèle heuristique situant le rôle des aménagements physiques dans les issues cliniques se montre essentiel pour situer l'information disponible. La majorité de la littérature identifiée est de nature descriptive ou de type revue, tandis que des guides émergeant de deux grandes organisations de soins américaines, ont certaines limites méthodologiques. Toutefois, à partir de ces données, nous avons résumé les recommandations qui constituent la meilleure preuve disponible à ce jour. En s'inspirant des guides américains, les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques ont été structurés et présentés par niveau de sécurité. Les aménagements environnementaux ou apaisants, qui jouent un rôle important dans la sécurité des unités de soins psychiatriques, ainsi que d'autres facteurs qui influencent la sécurité, ont également été résumés et discutés dans le rapport. De plus, les aménagements sécuritaires des unités d'urgence et du personnel ont été présentés dans des sections spécifiques.

Des groupes de discussion menés dans les trois établissements (IUSMM; IUSMQ; CHUM) vont confirmer les informations recueillies, leur utilité, l'absence d'autres guides meilleurs que ceux identifiés, et confirmer la sensibilité du personnel à leur propre sécurité dans leur milieu de travail. Ils vont faire émerger le besoin d'un guide québécois qui impliquerait deux organisations québécoises impliquées dans la santé et sécurité au travail (l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales, ASSTSAS), et dans les aménagements physiques (la Société immobilière du Québec, SIQ). Nous recommandons que ce guide soit développé sous l'égide de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), tiennent compte du précédent rapport sur les aménagements physiques permettant plus de temps clinique d'interaction avec le patient et sa famille. Finalement, que l'AQESSS convoque aussi comme partie prenante pour ce guide, des représentants des familles et des représentants de personnes ayant eu une expérience vécue avec les unités de soins psychiatriques et leur sécurité. Les unités de soins psychiatriques et d'urgence sont d'abord des lieux de soins, devant créer une atmosphère thérapeutique optimale, tout en assurant constamment la sécurité des patients, leurs familles et le personnel qui y œuvre. Les aménagements physiques peuvent y contribuer s'ils sont conçus en fonction de la vocation de l'unité de soins, avec toutes les parties prenantes, dans l'équilibre de la fonction primordiale de soins et de l'obligation de sécurité pour tous.

Alain Lesage, chef médical et responsable scientifique UETMISM

Adam Mongodin, adjoint à la direction générale, Qualité-performance, responsable administratif de l'UETMISM

RÉSUMÉ

L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal prévoit, à court et à moyen terme, procéder à la rénovation de certaines de ses installations. Dans ce contexte, la direction de l'Institut a demandé à son UETMISM d'identifier des aménagements physiques qui visent l'amélioration de la sécurité des unités psychiatriques et de l'urgence et qui favorisent la diminution de l'agressivité, qu'elle s'exprime à l'égard des personnes elles-mêmes, envers les autres patients ou le personnel soignant. L'Institut universitaire en santé mentale de Québec et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal ont également participé à ce projet.

Deux revues systématiques de la littérature, l'une sur les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques et l'autre sur les aménagements sécuritaires des unités d'urgence, ont été menées dans les bases de données suivantes : EMBASE, MEDLINE, PubMed et PsycINFO. En utilisant des stratégies de recherche bien définies, 554 références ont été identifiées pour les unités psychiatriques et 201 pour les unités d'urgence. Quatorze études sur les unités psychiatriques et seulement sept sur les unités d'urgence ont répondu aux critères d'inclusion et ont été retenues pour l'analyse. Différentes sources de littérature grise (article ou étude qui n'est pas, comme tel, un article scientifique) ont également été consultées. Cet exercice nous a permis d'identifier quelques documents pertinents, desquels deux guides américains ont été particulièrement utilisés. Les résultats de la revue systématique de la littérature ont été complétés par de l'information contextuelle obtenue lors de groupes de discussions avec les parties prenantes participantes au projet.

La majorité de la littérature identifiée est de nature descriptive ou de type revue, tandis que les guides ont certaines limites méthodologiques. Toutefois, à partir de ces données, nous avons résumé les recommandations qui constituent la meilleure preuve disponible à ce jour. En s'inspirant des guides américains, les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques ont été structurés et présentés par niveau de sécurité. Les aménagements environnementaux ou apaisants, qui jouent un rôle important dans la sécurité des unités de soins psychiatriques, ainsi que d'autres facteurs qui influencent la sécurité, ont également été résumés et discutés dans le rapport. De plus, les aménagements sécuritaires des unités d'urgence et du personnel ont été présentés dans des sections spécifiques.

Les résultats de groupes des discussions avec les parties prenantes nous ont permis de résumer des éléments du contexte québécois qui ont enrichi les données de la littérature. En même temps, ces discussions nous ont permis d'identifier le besoin de se doter d'un guide sur les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques adapté au contexte québécois et développé par des spécialistes, en collaboration avec l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) et la Société immobilière du Québec (SIQ). Finalement, il faut tenir compte du fait que les aménagements physiques ne présentent qu'une partie des facteurs qui contribuent à la sécurité d'une unité de soins. L'aménagement physique sécuritaire doit appuyer le

personnel dans leurs habiletés à maintenir leur sécurité et celle de patients, mais il ne remplace pas l'observation continue et les interactions avec les patients. En conclusion, en attendant le guide sur les aménagements sécuritaires au Québec, nous suggérons l'utilisation des guides américains et le présent rapport pour réaménager les unités psychiatriques et d'urgence de façon sécuritaire.

SUMMARY

In the context of renovations on the short and on the long term planned by the Mental Health University Institute of Montreal (IUSMM), as well as to respond to concerns of a safe environment for patients and staff, this project had the objective the identification of environmental features that can reduce aggression towards self, the other patients and the staff, and increase the security of psychiatric and emergency units. The Mental Health University Institute of Quebec (IUSMQ) and the University's of Montreal Hospital Center (CHUM) participated in this project as stakeholders.

Two systematic reviews of literature, one on the safe design features of psychiatric units and the other on the safe design features of emergency units, were conducted in the following databases: EMBASE, MEDLINE, PubMed and PsycINFO. Using defined search strategies, 554 references were identified for psychiatric units and 201 for emergency units. Fourteen studies on psychiatric units and only seven on emergency units responded to the inclusion criteria and were selected for the analysis. Different sources of grey literature were also consulted. This allowed us to identify some relevant documents of which, two American guidelines were particularly used. The results of the systematic reviews were completed with information obtained during the focus groups with the stakeholders involved in the project.

The majority of the identified literature was of descriptive nature or review type. Besides, the guides had some methodological limitations. However, from these data, we summarized recommendations that represent the best available evidence so far. Inspired by the American guides, safety design features of psychiatric units were structured and presented by security level. The environmental or the soothing design features, which play an important role in the safety of psychiatric units, as well as other factors that affect security, were also summarized and discussed in the report. In addition, safety design features for the emergency units and for the staff were presented in specific sections of the report.

The discussions with the stakeholders allowed us to identify design features appropriate for the province of Quebec, that enriched the data of the literature review. In the same time, these discussions made us identify the need for a Québec guideline on safety design features for the psychiatric units, developed by experts and in collaboration with the Joint Commission for Health and Safety for the Sector of Social Affairs (ASSTSAS) and Quebec Infrastructures Society (SIQ). Finally, we should take into consideration the fact that the physical features of the environment are only a part of the factors that contribute to the ward atmosphere. The safety design features must support the staff in maintaining the security in the unit and the safety of the patients, but it does not replace the need of

continuous observation and interaction with patients. In conclusion, while waiting for a guide adapted to the province of Quebec, we suggest to use the American guides and this report for the safety renovations of the psychiatric and emergency units.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AL : Alain Lesage

AN : Andreea Neagota

ASSTSAS : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

ETMI : évaluation des technologies et de moyens d'interventions

IG : Ionela Gheorghiu

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

IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec

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

NAPHS : National Association of Psychiatric Health System (Association nationale américaine du système de santé en psychiatrie)

RUIS : Réseau universitaire intégré de la santé

SIQ : Société immobilière du Québec

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

VA : Veterans Affairs (Anciens combattants américains)

INTRODUCTION

La sécurité dans les unités de soins en santé générale et dans les unités de psychiatrie en particulier est un enjeu très important et qui mérite beaucoup d'attention. La violence dans les unités de psychiatrie est un problème mondial qui semble augmenter. Une revue récente (2) a montré que 32,4 % patients hospitalisés en psychiatrie ont un comportement agressif ou violent. De plus, presque 50 % de tous les incidents agressifs qui se passent dans les unités de psychiatrie au travers le monde impliquent d'actes de violence physique et 37 % des incidents violents ou agressifs entraînent des blessures physiques au personnel. En plus des conséquences au niveau physique et psychologique, les comportements violents ont aussi des implications financières importantes (3).

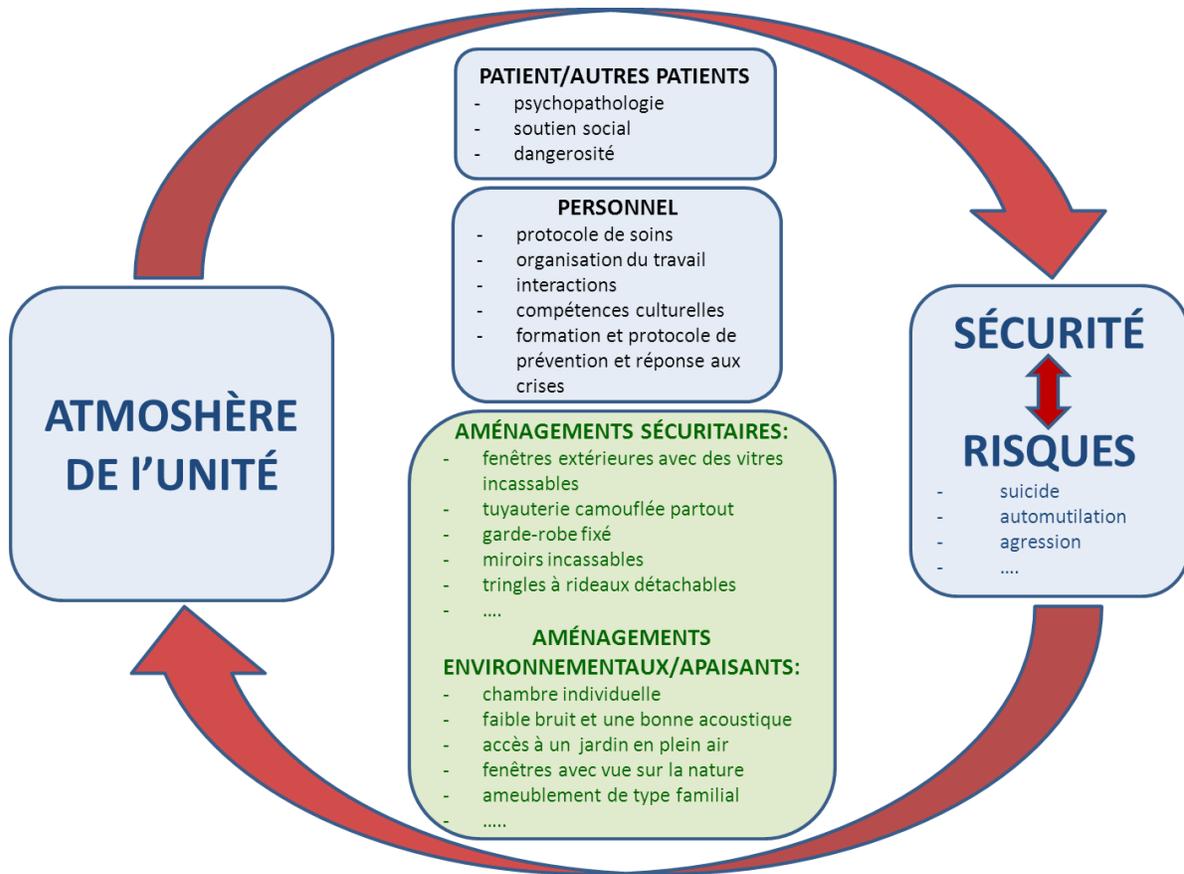
Au-delà de la violence et l'agressivité envers les autres, patients ou personnel, dans les unités de soins psychiatriques en particulier on retrouve la violence et l'agressivité envers soi-même, sous forme de l'automutilation et de suicide. L'Association américaine de psychiatrie a montré qu'en 2003 environ 1500 des 31 484 suicides se sont produits en milieu hospitalier à travers les États-Unis (4). La revue de Cardell et al. (5) nous révèle une différence entre les suicides produits dans le milieu hospitalier (plus souvent par pendaison, asphyxie ou saut) et ceux qui se produisent dans les milieux communautaires (par armes à feu ou surdosage). Les chercheurs ont soupçonné que la disponibilité de moyens présents dans le milieu hospitalier contribue à la réussite d'une tentative de suicide. Par conséquent, l'élimination des moyens disponibles a été considérée comme un pas vers la diminution des suicides de patients hospitalisés (5).

L'unité d'urgence est un autre endroit où la sécurité de patients et du personnel est un enjeu important. La violence au travail a augmenté dans les dernières années aux États-Unis, et les services d'urgence ont été identifiés comme étant à haut risque (6). Dans une étude menée à Michigan sur les médecins d'urgence (6), plus d'un quart de médecins d'urgence et des infirmières ont rapporté qu'ils étaient victimes d'agressions physiques. Un autre auteur a montré que jusqu'au 80 % des incidents dans le milieu hospitalier se passent aux services d'urgence (7). L'état émotionnel de patients et de leur famille qui visitent l'unité d'urgence, parfois aggravé par les longues périodes d'attente, ainsi que l'ouverture de ce type d'unité, sont des facteurs qui contribuent à l'augmentation du nombre d'incidents à l'urgence (7, 8).

LE MODÈLE THÉORIQUE

Parmi les facteurs identifiés dans la littérature comme ayant un impact sur l'agressivité dans les unités de soins en psychiatrie, les aménagements physiques de l'unité semblent jouer un rôle important. En effet, Ulrich et al. (2) ont proposé une théorie qui postule que la violence dans les unités de soins pourrait être réduite si l'unité était conçue avec des aménagements qui réduisent le stress. Pour illustrer leur théorie, ces auteurs ont proposé un modèle qui montre le lien entre les facteurs environnementaux et l'agressivité.

Nijman et al. (3) ont identifié des variables reliées aux patients et au personnel soignant qui semblent aussi avoir un impact sur l'agressivité dans les unités de soins en psychiatrie. Ils ont proposé un modèle qui intègre ces deux éléments avec les variables reliés aux aménagements physiques. Selon ces auteurs, ces trois types de variables influencent les comportements agressifs de patients hospitalisés dans les unités de psychiatrie. En s'inspirant du travail d'Ulrich et al. (2) et de celui de Nijman et al. (3), nous proposons un modèle dans lequel sont présentés les éléments qui influencent la sécurité dans les unités de psychiatrie et l'interaction entre ces éléments.



Le centre du modèle est occupé par trois catégories de variables : les variables reliées aux patients, au personnel et aux aménagements physiques de l'unité. Ces variables

contribuent à l'atmosphère de l'unité de soins. À son tour, l'atmosphère joue un rôle très important sur la sécurité de l'unité et les risques qui peuvent y apparaître. Entre les risques et la sécurité, il y a une relation inversement proportionnelle. Dans une unité où les risques sont augmentés, la sécurité est affaiblie. Finalement, la sécurité et les risques de l'unité de soins influencent son atmosphère en ensemble.

Parmi les variables reliées aux patients, la psychopathologie a été identifiée comme étant une source majeure qui influence l'agressivité dans le milieu hospitalier psychiatrique (3). Les troubles psychotiques comme la manie, les troubles de la personnalité, la toxicomanie ou les syndromes organiques cérébraux ont été associés avec le comportement agressif. Un patient agressif peut faire mal à lui-même, mais peut aussi agresser verbalement et physiquement les autres patients et le personnel soignant. En plus de la psychopathologie décrite par Nijman et ses collègues (3), les groupes de discussion menés lors du projet nous ont permis d'ajouter d'autres éléments pouvant influencer l'atmosphère d'une unité psychiatrique, tels que la dangerosité des patients, le soutien social des patients de la part des autres patients, du personnel et leurs familles.

Dans une unité de soins en psychiatrie, les variables reliées au personnel contribuent aussi à l'atmosphère de l'unité, à la sécurité et à la gestion des risques. La pratique clinique et l'organisation du travail adoptées par le personnel impliquent d'avoir des règles dans l'unité qui peuvent générer des frustrations aux patients au cas où elles sont mal comprises par ces derniers. Les interactions problématiques entre le personnel et les patients ou l'inaccessibilité du personnel peuvent aussi mener à une augmentation des risques d'agressivité et de violence dans l'unité (3). Le protocole de préventions aux crises, ainsi que la formation du personnel en réponse à l'agressivité, comme la formation Oméga, sont d'autres éléments importants contribuant à l'atmosphère de l'unité de soins.

Le troisième élément qui contribue à l'atmosphère et à la sécurité d'une unité de soins est son aménagement physique. Nous avons classifié les aménagements physiques dans deux catégories : sécuritaires et environnementaux ou apaisants. Dans la catégorie des aménagements sécuritaires, nous avons regroupé les éléments qui peuvent empêcher les actes violents contre soi-même ou contre une autre personne, comme les fenêtres extérieures avec des vitres incassables, la tuyauterie camouflée partout dans l'unité, la garde-robe de chambre fixée, des miroirs incassables, des rideaux à velcro sécuritaire, du mobilier fixé dans les salles d'entrevue et autres.

Dans la catégorie aménagements environnementaux/apaisants sont regroupés les caractéristiques ambiantes, comme le bruit, l'éclairage, la qualité d'air, les caractéristiques architecturales telles que la configuration, la taille et la forme d'unités et celles du design intérieur, comme l'ameublement, la couleur, etc. (9). Parmi les aménagements environnementaux/apaisants identifiés dans la littérature qui peuvent contribuer à la diminution des risques dans les unités psychiatriques font partie les chambres individuelles pour les patients, les fenêtres avec vue sur la nature, le mobilier de type familial, la présence dans les unités de salles de séjour ouvertes. Le faible bruit et une bonne acoustique dans l'unité, la présence de l'art nature, ainsi que des jardins en

plein air accessibles aux patients sont d'autres facteurs qui semblent avoir des impacts positifs sur les patients et semblent aussi réduire les risques (2, 9).

OBJECTIF DU PROJET

À l'été 2012, deux incidents critiques sont survenus au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), à la suite desquels deux personnes ont perdu leur vie. Dans ce contexte, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a souligné la nécessité d'avoir de normes d'aménagements sécuritaires pour tous les établissements de santé, à la lumière des meilleures pratiques des établissements psychiatriques. En même temps, des rénovations des unités de soins prévues à court 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, mais aussi aux préoccupations constantes de la direction d'assurer la sécurité des patients et du personnel.

Dans ce contexte, le comité d'orientation, qui régit les activités de l'UETMISM de l'Institut, a demandé de mener une évaluation afin d'identifier les aménagements sécuritaires dans les unités de soins psychiatriques et d'urgence. Ce projet vise à compléter les conclusions du projet antérieur qui a ciblé l'identification des aménagements physiques pour augmenter le temps de présence des intervenants cliniques auprès des patients dans les unités de soins et des résidents des ressources résidentielles. Le comité d'orientation a aussi demandé de gagner la participation à ce projet des UETMIS de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) et du CHUM comme parties prenantes. L'IUSMQ avait déjà mené des travaux sur cette question dans les cinq dernières années.

Les résultats du présent projet serviront de guide pour la prise de décision d'aménagement et de rénovations prévus à l'IUSMM à court terme et à long terme, et pourront éclairer les mêmes décisions au CHUM et à l'Agence. La participation du CHUM et de l'IUSMQ au projet veut assurer une portée de ce rapport plus large que les seuls établissements psychiatriques ou Montréal.

Questions d'évaluation

Selon le mandat donné par le comité d'orientation pour soutenir les décisions sur les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques, mais aussi pour répondre aux besoins d'aménager d'une façon sécuritaire les unités d'urgence psychiatrique ou autres, le présent projet veut répondre aux questions d'évaluation suivantes :

1. Quels sont les types et les caractéristiques d'aménagements physiques les plus sécuritaires pour réduire les risques de suicide et d'agression dans les unités de soins en psychiatrie?
2. Quels sont les types et les caractéristiques d'aménagements physiques les plus sécuritaires pour réduire les risques de suicide et d'agression dans les unités d'urgence?
3. Quels sont les types et les caractéristiques d'aménagements physiques les plus sécuritaires pour réduire les risques d'agression contre le personnel soignant dans les unités de soins en psychiatrie?
4. Quels sont les types et les caractéristiques d'aménagements physiques les plus sécuritaires pour réduire les risques d'agression contre le personnel soignant dans les unités d'urgence?

Les dimensions de l'évaluation

Des cinq dimensions qu'une d'évaluation des technologies et des moyens d'intervention en santé peut traiter (10), seulement la dimension sécurité sera abordée dans ce projet. Conjointement à l'efficacité, la sécurité d'une technologie ou d'un mode d'intervention est une dimension fondamentale, d'où l'importance de l'aborder. Les trois autres dimensions d'une ETMI, à savoir la dimension sociale et éthique, la dimension organisationnelle et professionnelle et la dimension économique ne seront pas traitées, afin de rester dans les limites de la question initiale et de l'ampleur autorisée par le comité d'orientation.

La dimension sécurité comporte plusieurs aspects. D'un côté se retrouve la sécurité de patients; cela fait référence aux gestes d'agressivité envers soi-même, comme le suicide ou l'automutilation, ou envers les autres patients. D'un autre côté se retrouve la sécurité du personnel. La sécurité est fortement liée aux risques, tel que mentionné dans l'introduction. Les risques dans les unités hospitalières en générale sont multiples. Cependant, les risques particuliers aux unités psychiatriques et d'urgence qui seront abordés dans ce projet sont : les risques de suicide, d'automutilation et d'agression.

MÉTHODOLOGIE

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 sécuritaires des unités psychiatriques, et dans l'autre sur les aménagements sécuritaires des unités d'urgence. De plus, afin d'augmenter la chance d'identifier les études qui portaient notamment sur la sécurité du personnel, des mots clés spécifiques ont été utilisés.

Recherche dans les bases de données

En fin juillet 2013, une recherche de la littérature pour les unités de soins en psychiatrie a été effectuée à l'aide d'une stratégie de recherche (annexe A) développée en collaboration avec une bibliothécaire de notre Institut. Cette stratégie, avec des parties distinctes pour les patients et pour le personnel, a été utilisée sur les bases de données suivantes : MEDLINE, EMBASE et PsycINFO. Vers la fin d'août, le même exercice a été répété sur la base de données PubMed. Une autre stratégie de recherche a été développée pour les unités d'urgence (annexe B) et a été utilisée sur les bases de données MEDLINE, EMBASE et PsycINFO en fin juillet et sur PubMed en fin août 2013.

Un nombre de ressources documentaires de la littérature grise a été également consulté. Les détails de l'activité de repérage d'information scientifique de type littérature grise sont donnés à l'annexe C. 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 d'études

La sélection d'études a été effectuée utilisant les PICOTS¹ suivants :

PICOTS pour les unités de soins en psychiatrie

Population : patients adultes hospitalisés ou personnel soignant

Intervention/phénomènes d'intérêt : les aménagements sécuritaires des unités de soins, incluant les couloirs, les chambres de patients, les salles communes, les salles de bain, les salles d'entrevue et d'isolement; les aménagements environnementaux ou apaisants

Comparateur : l'aménagement actuel, cas échéant

Effets attendus :

- une augmentation de la sécurité de patients, caractérisé par une diminution du nombre des suicides et des incidents d'agressivité

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

- une augmentation de la sécurité du personnel soignant, caractérisé par une réduction du nombre des incidents d'agressivité envers le personnel

Temps : le temps de séjour à l'hôpital ou les heures de travail pour le personnel

Lieu de soins : unités de soins en psychiatrie

PICOTS pour les unités d'urgence

Les éléments sont les mêmes que pour les unités psychiatriques, sauf le temps qui est, dans ce cas, le temps passé au service d'urgence et le lieu de soins qui est les unités d'urgence psychiatriques et générales.

Toutes les études de différents devis, publiées en texte intégral en anglais ou en français, qui décrivent des aménagements sécuritaires des unités de soins psychiatriques, en psychiatrie légale ou d'urgence ont été incluses dans les revues systématiques. Les études qui décrivent les aménagements environnementaux ayant un rôle apaisant sur les patients seront également incluses. Notons que, les autres facteurs qui semblent influencer la sécurité des unités psychiatriques, d'urgence, ainsi que celle du personnel, identifiés et décrits dans les articles retenus, seront également résumés dans des sections spécifiques.

Les études menées dans les services hospitaliers pour les enfants et dans des unités de soins autres que psychiatriques ou d'urgence ont été exclues. Les éditoriaux et les lettres de l'éditeur ont été également exclus.

Collecte et extraction des données

Toutes les références identifiées dans les bases de données mentionnées avant ont été révisées indépendamment par un agent ETMI (IG) et une stagiaire (AN) 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 l'agent ETMI et la stagiaire AN et les désaccords ont été discutés et résolus par consensus ou par arbitrage par un troisième responsable scientifique de l'UETMISM (AL).

Les deux mêmes examinateurs (IG et AN) ont extrait indépendamment les informations requises à partir de tous les articles retenus pour les unités de soins, en utilisant une forme prédéterminée. 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 : le type d'étude et des détails sur la méthodologie utilisée, le cas échéant
4. Résultats : divisée en trois sous-sections :
 - a. Aménagements sécuritaires
 - b. Aménagements environnementaux ou apaisants
 - c. Autres facteurs qui influencent la sécurité

Les différences entre les examinateurs ont été résolues par consensus.

Analyse des données

Étant donné l'hétérogénéité des études retenues pour l'analyse et de leur nature plutôt descriptive, une revue narrative a été utilisée pour examiner les données. Cette approche est flexible, permettant de résumer différents types de preuves, tels que des études qualitatives, quantitatives, ou des preuves provenant de la recherche ou de la littérature grise² (11).

L'évaluation de la qualité

La qualité de deux principaux guides de pratique utilisés dans le rapport a été effectuée avec l'outil « The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) ». Cet outil évalue le processus d'élaboration de guides de pratique et la qualité de la présentation³.

Méthodes d'entrevue auprès des parties prenantes du projet

Vers la fin de la revue systématique, plusieurs groupes de discussion ont été menés auprès des parties prenantes impliquées dans le projet afin d'assurer l'arrimage au contexte de deux Instituts en santé mentale participants et au contexte du CHUM. Ces groupes de discussion ont aussi contribué au développement et à l'enrichissement du modèle théorique. Trois groupes de discussions ont été menés à l'IUSMM, un à l'IUSMQ et un au CHUM et ont réuni un total de 7 personnes avec des expertises dans le domaine clinique, 7 dans le domaine de la sécurité et 6 dans le domaine du bâtiment. Les rencontres ont été d'une durée de 60 à 90 minutes.

Les questions suivantes ont servi comme canevas d'entrevue lors de consultations :

1. Connaissez-vous d'autres articles ou guides qui traitent du même sujet et qui n'ont pas été mentionnés dans ce document?
2. Quelles sont vos opinions concernant le modèle présenté dans ce document? Est-il explicite?
3. Avez-vous d'autres suggestions sur les aménagements sécuritaires dans les domaines suivants : soins, sécurité et bâtiment?
4. Pensez-vous que les informations présentées vous seront utiles?

Les éléments principaux soulevés lors de ces discussions ont été pris en note en cours de rencontres. Ces éléments réfèrent aux expériences des personnes qui travaillent dans les

² Le Glossaire en évaluation des technologies de la santé définit la littérature grise comme étant «des documents pour un public restreint, en dehors des grands circuits de distribution et difficilement repérables dans les bases de données courantes, tel que des présentations à des congrès, des évaluations de technologies de la santé réalisées par des hôpitaux, certains documents gouvernementaux etc. La définition de littérature grise ne fait pas l'unanimité, car la frontière qui la délimite est mouvante et évolue avec les nouveaux moyens techniques». Source : <http://htaglossary.net/grey+literature>

³ Source : <http://www.agreetrust.org/>

secteurs mentionnés ici en haut, et donc ne peuvent pas être considérés complets ni exhaustifs. Les données recueillies lors de ces consultations ont été analysées par analyse comparative avec les données probantes de la littérature.

RÉSULTATS

Unités de soins psychiatriques

Caractéristiques des études retenues

La recherche documentaire pour les unités de soins psychiatriques a permis d'identifier 554 résultats. Les doublons, les thèses et les livres ont été éliminés. Après la lecture de titres et des résumés restants, 49 références potentiellement pertinentes ont été retenues. La lecture de la version intégrale de ces articles nous a permis d'identifier 14 articles sur des aménagements sécuritaires des unités psychiatriques qui ont été retenus. Le diagramme de sélection des articles, présenté à l'annexe D, donne des détails sur le processus de sélection d'études. La liste des études exclues et les raisons d'exclusion sont également présentées à l'annexe D.

Parmi les 14 études sur les aménagements sécuritaires et environnementaux/apaisants des unités de soins psychiatriques, sept sont de nature descriptive (4, 12-17), trois sont des revues de la littérature (5, 9, 18), une étude est de nature qualitative (19), une autre a recouru à des méthodes mixtes (20) et deux sont de nature observationnelle (21, 22). Les détails de chacune de ces études sont présentés à l'annexe E.

La consultation de plusieurs ressources de la littérature grise (annexe C) a mené à l'identification de sept documents pertinents sur les aménagements sécuritaires des unités de soins psychiatriques. Deux de ces documents proviennent des États-Unis et sont des guides d'aménagements très détaillés (23, 24). Un autre document vient de la Grande-Bretagne (25), un de la France (26) et un du Danemark (2). Nous avons également identifié un document canadien qui donne certains détails sur les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques (27) et un rapport ETMI produit par l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (28).

La qualité des guides américains (23, 24) qui ont été les plus utilisés dans notre rapport a été évaluée avec la grille AGREE II. Ces guides émergent de deux grandes organisations des États-Unis : le Département des anciens combattants⁴ (US Department of Veterans

⁴ Le département des anciens combattants des États-Unis (United States Department of Veterans Affairs - DVA) est une administration gouvernementale américaine chargée de pensions, de soins de santé, d'assurance médicale, de programmes d'éducation et de la réadaptation professionnelle. DVA exploite un vaste système national de soins de santé, avec plus de 1 700 hôpitaux, cliniques, centres communautaires, ressources résidentielles et d'autres installations (www.va.gov)

Affairs) et l'Association nationale des systèmes de santé psychiatriques⁵ (The National Association of Psychiatric Health Systems). L'évaluation de leur qualité nous a révélé certaines faiblesses méthodologiques. Par exemple, les deux guides n'ont pas inclus dans leur développement une revue systématique de la littérature. Les recommandations ont été plutôt développées en se basant sur l'expertise, les conseils et les lignes directrices donnés par les différents professionnels impliqués. Si le guide produit par le Département des anciens combattants (24) donne plus des détails sur les personnes impliquées et leur expertise sur le sujet traité, l'autre (23) donne seulement l'affiliation de professionnels impliqués, ce qui rend très difficile l'appréciation de la pertinence de leur contribution. De plus, les auteurs de ces guides n'ont fait aucune référence aux possibles conflits d'intérêts, alors c'est également difficile à évaluer cet aspect.

Les niveaux de sécurité par zone

Dans le « Design Guide for the Built Environment of Behavioral Health Facilities »⁶ (23) cinq niveaux de construction intérieurs sont identifiés. Cette classification a été également adoptée par le « Mental Health Facilities design guide »⁷ produit par le Department of Veterans Affairs (DVA) des États-Unis (24).

Ces niveaux correspondent aux types d'espaces retrouvés dans un établissement psychiatrique, notamment pour les patients hospitalisés. Le Niveau 1 serait construit de manière similaire à un espace de soins en santé générale. Dans ces zones il n'y a pas des finitions intérieures spécifiques, ni d'appareils ou dispositifs uniques aux services psychiatriques. À l'autre extrémité se retrouve le niveau 5, qui nécessite une construction et des finitions spécifiques, ainsi que des accessoires et des appareils dans les chambres qui sont propres à la psychiatrie. Les patients qui présentent des risques potentiels inconnus peuvent occuper ces espaces en toute sécurité. Les niveaux 2 à 4 nécessitent des finitions spécifiques, des appareils et des dispositifs qui appuient la sécurité de patients dans ces espaces en fonction de leur utilisation. En ce qui concerne les niveaux 4 et 5, aucun élément qui se retrouve dans ces types d'espace ne devrait faciliter son utilisation comme point d'ancrage, arme ou projectile (24).

Niveau 1 : Les zones du travail du personnel et les aires de services où les patients ne sont pas autorisés.

Niveau 2 : Les salles de thérapie individuelle, les salles d'examen, les salles de thérapie de groupe, les salles polyvalentes où les patients sont beaucoup supervisés et ils ne sont pas laissés seuls pendant de longues périodes de temps.

Niveau 3 : Les couloirs, les salles communes et les salles à manger où les patients peuvent passer du temps avec un minimum de supervision.

⁵ L'Association nationale de systèmes de santé psychiatriques, créée en 1933, assure une gamme complète des services de traitement, y compris en milieu hospitalier, résidentiel, l'hospitalisation partielle, des programmes de soins ambulatoires, ainsi que des services de prévention et de gestion. Parmi les membres du conseil d'administration du NAPHS il y a les directeurs des hôpitaux : McLean Hospital, BayCare Behavioral Universal Health Services, Butler Hospital, Princeton House Behavioral Health, Sequel Youth and Family Services (<https://www.naphs.org>)

⁶ Source : <https://www.naphs.org/quality/design-guide-for-the-built-environment>

⁷ Source : <http://www.cfm.va.gov/til/dGuide/dgMH.pdf>

Niveau 4 : Les chambres des patients (semi-privé et privé) et les salles de bain où les patients passent beaucoup de temps seuls.

Niveau 5 : Les salles d'entrevue/admission où le personnel interagit avec les patients nouvellement admis qui présentent des risques inconnus. Le niveau 5 est aussi considéré pour les salles d'isolement.

La classification par niveaux de sécurité a également été utilisée dans le présent projet. Les aménagements sécuritaires qui correspondent à chaque niveau seront détaillés dans les tableaux de sections suivantes. Ces tableaux contiennent des éléments répétés dans plusieurs écrits, tandis que la liste exhaustive des éléments identifiés dans les articles analysés se retrouve à l'annexe E.

Niveau 1

Les aménagements sécuritaires spécifiques aux zones de travail du personnel, plus particulièrement au poste de soins infirmiers et aux diverses aires de services, sont résumés dans le tableau suivant. Ces recommandations sont retirées des guides (23, 24, 26) et de différents articles (9, 17, 18, 20).

Tableau 1 : Aménagements sécuritaires — niveau 1

Zone	Recommandations
Poste infirmier	- ouvert ou avoir une barrière minimale, renforcé au besoin avec du verre trempé ou avoir des comptoirs plus larges - avoir une visibilité directe de toutes les ailes de l'unité et les zones d'activité
Les aires de services	- les salles de poubelles et les locaux techniques propres et sales : avoir les portes verrouillées en tout le temps - les produits de nettoyage : enfermés à l'intérieur des chariots - les chariots de ménage et les substances toxiques : entreposés dans des endroits fermés quand ne sont pas utilisés - les chambres utilitaires et à médicaments : avoir des places sécuritaires pour les équipements et les instruments tranchants; soit équipées avec des boutons panique et fermées et verrouillées quand elles ne sont pas utilisées

Niveau 2

La littérature consultée (plus spécifiquement : (5, 13, 14, 16, 20, 23-25) nous a révélé des aménagements sécuritaires pour les différentes zones du niveau 2, tels que les salles de thérapie individuelle, les salles d'examen, les salles de thérapie de groupe et les salles polyvalentes. Ces éléments sont résumés dans le tableau qui suit.

Tableau 2 : Aménagements sécuritaires — niveau 2

Zone	Recommandations
<p>Les salles de thérapie, les salles d'examen et les salles polyvalentes</p>	<p>Plancher : des tapis ou des carreaux de vinyle ou des tapis antimicrobiens avec des fils teints et résistants à l'humidité</p> <p>Murs : en bloc de béton léger, résistant à l'abrasion et des plaques de plâtre résistantes aux chocs</p> <p>Plafond : non accessible aux patients ou fait en tuiles acoustiques, si l'accès aux équipements est nécessaire</p> <p>Vitres : de type sécuritaire, trempées ou feuilletées; ouverture de fenêtres inférieure à 4 pouces; écran de sécurité avec un châssis en acier robuste</p> <p>Portes : durables, avec un aspect du bois; l'épaisseur d'au moins 50 mm; la majorité devrait s'ouvrir vers l'extérieur</p> <p>Quincaillerie : charnières continues de haut en bas; les ferme-porte installés en surface du côté de l'espace public; les serrures de type anti-pendaison</p> <p>Éclairage : luminaires trempés ou avec des lentilles prismatiques en polycarbonate d'une épaisseur minime de ¼ pouce, solidement fixés dans le cadre</p> <p>Gicleurs d'incendie : de type industriel, anti-pendaison</p> <p>Ventilation et chauffage : couverts avec des grilles à petites perforations, fixées</p> <p>Habillage des fenêtres : des mini-stores montés entre des couches de verre sécuritaire ou entre des vitrages en polycarbonate ou des stores à rouleaux spécialement conçus pour les unités psychiatriques</p> <p>Meubles : doivent être très robustes et aussi lourds que possible, intégrés ou solidement ancrés en place; les cabinets doivent avoir les poignées encastrées</p> <p>Miroirs d'observation convexes : faites en polycarbonate, avec une épaisseur minimum de ¼ pouce, remplis d'une mousse de haute densité et avec un cadre en métal lourd qui s'adapte étroitement au mur et au plafond; le périmètre doit être scellé avec un calfeutrage anti-vandalisme</p> <p>Œuvres d'art : avec un vitrage en polycarbonate et des châssis lourds vissés sur les murs avec un minimum d'une vis anti-vandalisme de chaque côté</p> <p>Tuyauterie : camouflée partout</p> <p>Autres facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les enseignes de sortie lumineuses résistantes au vandalisme et anti-pendaison, fixés au mur au lieu du plafond - les panneaux des conseils solidement fixés aux murs avec des vis sécuritaires - des mains-courantes selon les besoins et des protections pour les murs - es stations d'alarme d'incendie et tous les cabinets d'extincteurs verrouillés - les salles sans surveillance et les salles d'entrevue : verrouillées en tout temps - les sacs à poubelle en papier (plutôt qu'en plastique) dans les zones accessibles aux patients - les téléphones avec des boîtes en acier inoxydable, solidement fixés au mur, avec le cordon d'une longueur maximal de 14 pouces - toutes les prises électriques de type anti-vandalisme et situées à l'extérieur de chambres de patients, accessibles seulement au personnel; tous les circuits électriques à la proximité de sources d'eau (comme les éviers et toilettes) doivent être protégés - les espaces fumeurs à l'extérieur

Niveau 3

Les aménagements sécuritaires pour les salles communes et les salles à manger recommandés par plusieurs auteurs (9, 18, 23-25) sont résumés dans le tableau qui suit.

Tableau 3 : Aménagements sécuritaires — niveau 3

Zone	Recommandations
Les couloirs les zones communes, les salles d'activités	Les mêmes recommandations que pour le niveau 2, avec quelques ajustements : Planchers : des feuilles ou des carreaux de vinyle, des revêtements de sol sans soudure ou des tapis antimicrobiens avec des fils teints et résistants à l'humidité Meubles : soit confortable et de type résidentiel, avoir les bords arrondis; les caisses à livres : intégrés aux murs ou avoir les étagères fixes; les chaises en polypropylène ou les chaises légères qui ne se brisent pas en morceaux coupants ou des chaises qui peuvent être partiellement remplies de sable pour les salles d'activités Lampes, tables basses et autres accessoires : fixés à la surface, si utilisés Téléviseurs : localisés dans des niches et fixés au mur; la longueur de leur cordon d'alimentation électrique et câble : inférieure à 12 pouces
Les cuisines et les salles à manger	Les mêmes recommandations que pour le niveau 2, avec quelques ajustements : Appareils de cuisson (cuisinières, micro-ondes, cafetière) : avoir des interrupteurs à clé - l'accès des patients au café doit être surveillé; les cafetières en verre ne sont pas recommandées, les distributeurs en plastique sont préférés - toutes les unités d'élimination de déchets devraient avoir un interrupteur à clé pour les désactiver - salle à manger peut être fermée ou ouverte, avec des tables et des chaises lourdes, difficiles à lancer

Niveau 4

Les aménagements sécuritaires de chambres des patients et de salles de bain, selon les recommandations de différents auteurs (4, 13, 14, 16-18, 23-25, 28), sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 4 : Aménagements sécuritaires — niveau 4

Zone	Recommandations
La chambre de patient	Les mêmes recommandations que pour les niveaux 2 et 3, avec quelques ajustements : Planchers : les mêmes que pour le niveau 3, sans moulures en caoutchouc ou vinyle Portes : durables, l'ouverture vers le couloir; pour réduire le risque de

	<p>pendaison un dispositif sensible à la pression qui déclenche une alarme peut être installé sur le dessus de la porte</p> <p>Vitres : fenêtres extérieures en verre trempé, avec une ouverture limitée ou avec l'ouverture contrôlée par des clés spéciales ou avoir des grillages intérieurs sécuritaires verrouillés; les miroirs : encadrés, en polycarbonate, verre trempé ou acier inoxydable, fixés au mur</p> <p>Éclairage : de type sécuritaire, comme pour le niveau 2; les lampes de table : déconseillées; si utilisées, doivent être conçus pour empêcher ou réduire l'accès aux ampoules ou être munis d'ampoules sécuritaires</p> <p>Meubles : en bois solide, en thermoplastique ou en composite solidement ancrés en place et de type anti-vandalisme; avoir les bords arrondis; l'entreposage des vêtements : dans des unités ouvertes, avec des étagères fixes, sans portes ni tiroirs, ou dans des bacs en plastique rangés dans des étagères ouvertes ou intégrées dans des meubles</p> <p>Lits : type plate-forme, non réglable, sans ressorts métalliques ni tiroirs, solidement ancrés en place, avec des matelas spécifiquement conçus, résistants aux abus et à la contamination</p>
<p>La salle de bain</p>	<p>Les mêmes recommandations que pour les niveaux 2 et 3 avec quelques ajustements (voir le Guide 2013 pour les détails) :</p> <p>Plancher : les types suivants, en fonction de la désorganisation de patients:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revêtement en époxy transparent avec moulure intégrée - revêtement en vinyle avec moulure intégrée dans la salle de bain, plancher céramique dans la douche - des carreaux céramiques - unités de plancher d'un seul morceau - salles de bains préconstruites avec toutes les finitions et accessoires <p>Murs : les types suivants, en fonction de la désorganisation de patients : quartz, carreaux céramiques ou des plaques de plâtre résistantes aux impacts et carreaux céramiques dans la douche</p> <p>Plafond : des plaques de plâtre avec une peinture époxy</p> <p>Portes : options : Soft Suicide Prevention Door, Sentinel Event Reduction Door, Acrovyn Patient Safety Door</p> <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les crochets : de type pliable, anti-pendaison - les barres porte-serviettes déconseillées, à utiliser les crochets anti-pendaison - des barres d'appui : fixées au mur avec une plaque horizontale soudée sur la partie inférieure de la barre pour empêcher l'ancrage - rideau de douche sécuritaire, anti-pendaison, suspendu à un rail encastré, avec des clips en plastique ou des bandes Velcro qui se décrochent sous un poids de 4 livres - les cloches d'appel infirmier (si nécessaire ou fourni) : de type bouton-poussoir ou avoir des cordes de maximum 12 cm - le lavabo : de type encastré ou vanne, avec un panneau d'accès qui est fixé avec des vis inviolables; l'unité d'évier de type anti-pendaison - les étagères : montées en surface ou encastrées, anti-pendaison - les robinets : avec des boutons-poussoir ou avec un détecteur de mouvement - les distributeurs du savon : fixés au mur, sans poignées et aplatis, en matériel résistant ou acier inoxydable - les toilettes : en matériel solide ou en acier inoxydable; avec des soupapes de chasse encastrées ou activées par un bouton poussoir; avoir la tuyauterie en arrière (pas dans les murs)

	<ul style="list-style-type: none"> - les distributeurs de papier hygiénique : en acier inoxydable entièrement encastré ou avec une barre qui pivote vers le bas lorsqu'il y a une pression verticale - la douche : avoir un thermostat pour contrôler la température, des boutons poussoir anti-pendaison, avec les pommes de douche de type institutionnel, anti-pendaison, avoir les commandes de la douche encastrées
--	--

Niveau 5

Des recommandations (9, 14, 23, 24, 26) pour les aménagements sécuritaires de salles d'accueil et d'isolement sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau 5 : Aménagements sécuritaires — niveau 5

Zone	Recommandations
Les salles d'entrevue /d'admission	<p>Les mêmes recommandations que pour le niveau 4, avec quelques ajustements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une pièce séparée avec un accès direct de l'extérieur doit être considérée (deux portes) - suffisamment grande pour permettre plusieurs membres du personnel de gérer physiquement le patient si nécessaire - salle d'attente prévue à proximité pour les visiteurs et la famille - le vestibule d'entrée sécurisé avec une petite zone de casier - minimalement meublé; un bureau intégré ou une table qui est solidement fixée au sol ou sur les murs et contenir un tiroir verrouillé - disposition de la salle d'entrevue selon les recommandations du programme Oméga
Les chambres d'isolement	<p>Les mêmes recommandations que pour le niveau 4 avec quelques ajustements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - placées à la proximité de postes infirmiers, mais à l'extérieur des zones d'activités intenses et des couloirs principaux - dimensions : minimum 7 pieds en largeur et maximum 11 pieds en longueur pour un accès simultané de plusieurs professionnels (6 à 7 personnes); conçu pour réduire les angles morts - aucune protubérance interne; poignées encastrées plutôt que des poignées saillantes <p>Les planchers : feuille de vinyle continu avec support en mousse, imperméables, sans joints, facile d'entretenir, non absorbants aux rejets corporels, lisses et avec une certaine résilience, insonorisant et avec une couleur neutre; aucune moulure</p> <p>Les murs : en plaques de plâtre résistantes aux chocs sur des contreplaqués de ¾ pouces, placés sur des poteaux métalliques de calibre 20, de 16 pouces au centre, avec une finition de haute performance. Si un revêtement des murs est souhaité, une surface Kevlar ou un matériel en vinyle lourd avec un support en mousse d'une épaisseur de 1 1/2 pouce peuvent être envisagées</p> <p>Les portes : capitonnées; avoir un panneau d'observation de maximum 36 pouces; sans poignées de porte, sans ferme-porte mécanique, sans charnières; avoir des seuils tombant à l'extérieur au bas de la porte (côté public); doivent s'ouvrir vers le couloir ou directement dans une antichambre</p>

	<p>Fenêtres : en plexiglass, avec des moustiquaires sécuritaires verrouillés; non accessible au patient; les couvre-fenêtres doivent être situés derrière une vitre de sécurité</p> <p>Interrupteurs et prises murales : absents dans la chambre</p> <p>Éclairage : luminaires encastrés avec un grillage de protection</p> <p>Les plafonds : des tuiles acoustiques collées au plafond existant, sans faux plafonds; hauteur de minimum 9 pieds</p> <p>Le chauffage : contrôlé par le personnel; les grilles de ventilation couvertes et encastrées</p> <p>Meubles : minimum un matelas et une couverture; tous les items doivent être ignifuges ou avoir des capacités ignifuges inhérentes</p> <p>Les matelas et coussins : sans fermeture éclair ni poches, en tissu de coton lourd, matelassé</p> <p>Miroir d'observation convexe : en polycarbonate, placé à l'angle ou à la paroi latérale, opposé à la porte; à ne pas installer dans les chambres avec un plafond de 8 pieds ou moins</p> <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - système interphone à deux voies - vidéosurveillance dans la chambre d'isolement - insonorisation de la chambre - salles d'isolement fermées et verrouillées quand elles ne sont pas utilisées
--	--

Les efforts pour la prévention des suicides dans les hôpitaux des anciens combattants des États-Unis ont conduit à la production d'une liste des éléments potentiellement dangereux à changer : The Mental Health Environment of Care Checklist. Cette liste a été demandée par le Veterans Health Administration (VHA) et son utilisation a été adoptée par tous les hôpitaux de ce réseau. La liste est régulièrement mise à jour et est disponible sur l'internet⁸.

La liste a été développée par un groupe multidisciplinaire comprenant des ingénieurs, des architectes et du personnel de soins en santé mentale. Le groupe a mené premièrement une revue complète de la littérature dans le domaine, a examiné les nombreux suicides de patients hospitalisés dans le VHA, et a incorporé des spécifications d'ingénierie et d'architecture pour guider le développement de la liste. La liste a été conçue pour être utilisée par le personnel en santé mentale et contient 114 éléments à revoir et à éliminer (si trouvés dans l'unité). Trente-neuf éléments sont de nature générale et s'appliquent à toutes les parties d'une unité psychiatrique. La liste contient aussi des éléments spécifiques aux chambres de patients, salles de bains, chambres d'isolement, salles à manger, bureaux du personnel et poste infirmier, ainsi que des recommandations pour l'élimination des éléments potentiellement dangereux identifiés.

L'étude de Watts et al. (22) a démontré que la mise en œuvre de la liste MHEOCC a été associée à une réduction des taux de suicide chez les patients hospitalisés dans les hôpitaux VHA à l'échelle nationale. À noter que les recommandations pour les éléments

⁸ Source : http://www.oshpd.ca.gov/Boards/HBSB/Meetings/20121130-meeting/Copy_of_MHEOCC.pdf

contenus dans la liste MHEOCC sont en concordance avec les recommandations pour les aménagements sécuritaires présentés précédemment.

Les aménagements environnementaux/apaisants

La littérature consultée a révélé qu'au-delà des aménagements sécuritaires présentés jusqu'ici, il y a des aménagements environnementaux ou apaisants qui peuvent également contribuer à la diminution des risques dans les unités psychiatriques. Ces éléments, regroupés selon les caractéristiques de l'environnement (9) et retirés de plusieurs documents (2, 14, 18, 20, 23, 25), sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Aménagements environnementaux/apaisants

Caractéristiques environnementales	Recommandations
Ambiantes	<ul style="list-style-type: none"> - l'éclairage : doux, indirect, et une lumière ample et naturelle - l'exposition à la lumière naturelle - avoir un niveau faible de bruit dans l'unité - avoir une bonne qualité de l'air et une bonne ventilation
Architecturales	<ul style="list-style-type: none"> - chambres individuelles avec de salles de bains privées - unités avec un nombre réduit de patients - fenêtres : avec vue sur de la nature - des jardins accessibles aux patients - des couloirs courts préférables - salon pour le personnel
Design intérieur	<ul style="list-style-type: none"> - un environnement de type familial préférable; réduire l'aspect institutionnel des unités - le choix de couleur, soit stimulante, soit calmante, en fonction de l'aire de l'unité - la présence de l'art nature - l'inclusion de plantes naturelles dans les unités de soins
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - salons spacieux avec des chaises mobiles - salles de séjour ouvertes et flexibles pour encourager l'interaction avec le personnel - la disponibilité d'espaces où les patients peuvent se retirer
Spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - le poste infirmier ouvert, situé à proximité de zones d'activités et avec une bonne visibilité sur l'unité

Unités d'urgence

Caractéristiques des études retenues

La recherche documentaire pour les unités d'urgence a permis d'identifier 201 résultats. Après élimination des doublons, thèses et livres et la lecture de titres et des résumés restants, 17 références potentiellement pertinentes ont été retenues. La lecture de la version intégrale de ces articles nous a permis d'identifier cinq articles sur des aménagements sécuritaires des unités d'urgence qui ont été retenus pour l'analyse. Le diagramme de l'annexe F donne des détails sur le processus de sélection d'études. La liste des études exclût et les raisons d'exclusion sont présentées à la même annexe. Parmi les cinq études retenues pour les unités d'urgence, quatre sont de nature descriptive (7, 8, 29, 30) et une de type revue de la littérature (6). Quatre de ces études viennent des États-Unis et une d'Islande. Les détails de chacune de ces études sont présentés à l'annexe G.

Les aménagements sécuritaires

Certains auteurs (6-8, 29, 30), préoccupés de la sécurité dans les unités d'urgence, ont proposé des stratégies de conception et d'aménagement physique qui pourraient améliorer la sécurité dans ce type d'unités. Parmi ces stratégies, dans le tableau 7 nous présentons pour illustration, les suivantes. Plus de détails se retrouvent à l'annexe G.

Tableau 7 : Aménagements sécuritaires : unités d'urgence

Stratégies de conception et d'aménagement physique	Recommandations
Surveillance facile par le personnel	<ul style="list-style-type: none">- postes infirmiers avec une bonne visibilité sur l'ensemble de l'unité- configuration des aires publiques utilisant des fenêtres, des cloisons vitrées et des écrans perforés
Zones délimitées par groupe d'utilisateurs : public/personnel/patients	<ul style="list-style-type: none">- différents matériaux, finitions, couleurs et motifs pour délimiter les zones- zones d'accueil séparées de celles de triage, de traitement ou des chambres de patients tranquilles et sécuritaires, en utilisant des plantes, des fontaines, des murs partiels, des écrans perforés- aires réservées pour les familles et les visiteurs dans la salle générale d'attente- chambre pour la transmission de mauvaises nouvelles ou pour discuter de l'information bouleversante- salles d'attente équipées avec des téléphones, des fontaines à l'eau, des toilettes, des distributeurs automatiques, de télévision et avec accès à un jardin ou une cour intérieure- des entrées séparées pour les patients qui arrivent en ambulance de celles pour les patients qui arrivent à pied
Prévenir les fuites et réduire les	<ul style="list-style-type: none">- salles d'examen avec des fenêtres d'observation vers le corridor- l'environnement pour les patients psychiatriques sans mobilier ni

risques des blessures	équipement qui pourraient être utilisés en tant qu'armes
Mesures indirectes de protection pour le personnel	<ul style="list-style-type: none"> - plateformes/comptoirs élevés et plus profonds du côté du personnel - sièges fixes et des surfaces d'écriture pratiques pour être utilisés en position assise - meubles ancrés en place dans les zones publiques - nombre limité d'entrées dans l'unité - détecteurs de métaux à l'entrée et recherche manuelle de personnes qui arrivent en ambulance - caméras de surveillance en circuit fermé - serrures électromagnétiques - moyens de communication bidirectionnelle - tablettes tactiles électroniques - boutons panique partout dans l'unité - systèmes d'alarme
Autres facteurs qui influencent la sécurité :	<ul style="list-style-type: none"> - services de sécurité dans l'unité ou juste à proximité - personnel de sécurité présent 24 heures sur 24 - système permettant d'indiquer les temps d'attente, le statut de priorité des patients, etc. - formation du personnel - soutien de la direction de l'établissement - utilisation des représentants de la famille

La sécurité du personnel des soins psychiatriques

Caractéristiques des études retenues

Malgré l'utilisation dans les stratégies de recherche de mots clés spécifiques pour la sécurité du personnel (annexe A), tous les résultats obtenus lors de la recherche systématique dans les bases de données consultées se sont retrouvés parmi les résultats obtenus pour les patients. Par contre, dans la littérature de type grise nous avons identifié deux documents qui portent sur la sécurité du personnel (31, 32), et un guide qui contient des recommandations pour la sécurité du personnel des unités de soins intensifs psychiatriques (25). Ces trois documents proviennent de la Grande-Bretagne.

Les aménagements sécuritaires

Les aménagements physiques des unités psychiatriques et d'urgence qui visent la sécurité de patients, détaillés dans les sections précédentes, sont tous des aménagements qui contribuent également à la sécurité du personnel. Au-delà de ces éléments déjà mentionnés, le tableau suivant résume des aménagements physiques et d'autres stratégies qui contribuent particulièrement à la sécurité du personnel (25, 31, 32).

Tableau 8 : Aménagements sécuritaires pour le personnel

Stratégies de conception et d'aménagement physique	Recommandations
Zones situées à l'extérieur du bâtiment	<ul style="list-style-type: none"> - bien éclairées pendant la nuit - le mobilier du jardin ancré ou très lourd - les pierres, le gravier ou le matériel qui pourrait être utilisé comme des armes : déconseillés
Logements « sur appel »	<ul style="list-style-type: none"> - situés dans une zone sécuritaire - avoir l'accès bien éclairé - le bâtiment soit sécuritaire, avoir une serrure de bonne qualité à la porte d'entrée et des serrures individuelles pour chaque chambre à coucher - avoir des téléphones dans le salon et dans chaque chambre
Dans les unités de soins	<ul style="list-style-type: none"> - l'environnement : vidé des éléments qui pourraient être utilisés comme des armes : les outils utilisés par le personnel d'entretien, les articles de nettoyage, les chariots et les instruments utilisés par les médecins et le personnel infirmier - surveillance des patients quand ils utilisent des équipements pour leurs soins personnels, tels que les rasoirs électriques, les sèche-cheveux et les rasoirs manuels - des alarmes encastrées situées dans toutes les zones accessibles au patient et des alarmes portatives pour le personnel
Autres facteurs qui influencent la sécurité :	<ul style="list-style-type: none"> - la formation du personnel pour reconnaître et prévenir la violence, en utilisant des stratégies de désescalade et les techniques d'autodéfense - des modalités de soutien par d'autres employées en cas d'urgence - la vérification de routine du matériel cassable (la tuyauterie, les barres du placard) et le remplacement du matériel ou équipement existant par du matériel et de l'équipement détachable - des procédures claires pour l'utilisation du système d'alarme et sa vérification de routine - le verrouillage des portes qui peuvent donner accès aux objets tranchants - des précautions prises avant d'évaluer le patient : un chaperon (personnel infirmier ou personnel de sécurité) ou une infirmière responsable mise au courant du plan d'entrevue et les antécédents de violence chez le patient soient connus - éviter de marcher seul dans les endroits mal éclairés - l'éducation et la sensibilisation du public, de la police, des travailleurs de soins de la santé et des professionnels - une plus grande communication et coopération entre les organisations et entre les administrations

Les consultations avec les parties prenantes du projet

Les groupes de discussion sur la sécurité d'unités de soins qui ont fait l'objet de ce projet nous ont permis d'identifier des points communs avec la littérature consultée, mais aussi des éléments différents, des suggestions faites par des personnes avec des expertises dans le domaine de la sécurité. Le tableau suivant présente ces suggestions.

Tableau 9 : Suggestions de groupes de discussion

Concept	Suggestions
Aménagements physiques	<ul style="list-style-type: none"> - avoir des salles sécuritaires de relaxation et d'apaisement dans les unités psychiatriques - utiliser des luminaires non fluorescents - avoir un poste infirmier qui assure la confidentialité des dossiers et la sécurité du personnel - éviter l'aspect résidentiel des unités de traitement intensif - avoir des salles d'isolement avec des éléments apaisants et un aspect plus chaleureux
Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> - éviter la surpopulation des unités (idéalement 20 patients/unité) - établir une collaboration entre les équipes du travail (qui doivent inclure aussi le personnel d'entretien) et les gestionnaires du projet avant de lancer un projet d'aménagement - adapter les décisions de réaménagements au type d'unité et aux besoins de la clientèle - tenir compte de la prévention d'infections pendant les réaménagements pour augmenter la sécurité
Culture organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - la sensibilisation et l'éducation du personnel pour diminuer les fausses croyances (comme celles envers les boutons-paniques ou les caméras) - la formation du personnel
Guide d'aménagements sécuritaires	<ul style="list-style-type: none"> - développer un guide des pratiques pour les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques pour avoir un standard au niveau provincial qui pourrait être adapté pour chaque unité - impliquer l'ASSTSAS et la SIQ dans ce processus et des personnes avec une expérience terrain et assurer un suivi - tenir compte de rapports d'accidents et de rapports de sécurité locale
Autres	<ul style="list-style-type: none"> - avoir des politiques judiciaires claires pour les détecteurs de métaux et l'utilisation des caméras - avoir des mesures claires pour empêcher la contrebande dans les unités psychiatriques - avoir des dérogations de la part de la SIQ concernant la fermeture des portes en cas d'une alarme incendie

Lors des rencontres, les participants ont suggéré à notre équipe de consulter certains documents pour compléter la revue de la littérature. Parmi ces documents, seulement le Répertoire des guides de planification immobilière⁹ et le Guide d'aménagements des centres hospitaliers¹⁰ produits par le Ministère de la Santé et des Services sociaux n'avaient pas été consultés.

DISCUSSION

Les rénovations prévues à court et à long terme par l'IUSMM, ainsi que les préoccupations constantes pour la sécurité de patients et du personnel de notre Institut et des institutions participantes au projet, ont conduit à ce travail d'évaluation qui avait comme objectif d'identifier les aménagements physiques pour augmenter la sécurité dans les unités psychiatriques et d'urgence.

Des revues systématiques ont été menées dans les plus importantes bases de données, telles qu'EMBASE, MEDLINE, PubMed et PsycINFO, en utilisant des stratégies de recherche bien définies. Plusieurs ressources de la littérature grise ont été également consultées. Malheureusement, la plupart des articles retenus pour l'analyse est de nature descriptive ou de type revue, devis qui ne permettent pas d'établir des liens de causalité entre les aménagements physiques et la sécurité dans les unités étudiées. Cela démontre un manque de recherche de qualité dans ce domaine.

Comme constaté par Ulrich et al. (2), il existe une littérature sur les meilleures pratiques pour la conception de services hospitaliers de psychiatrie aigus et psychogériatrie, mais les recommandations sont fondées principalement sur des conjectures cliniques, l'expérience professionnelle et l'anecdote et ne fournissent pas de directives de conception explicites pour réduire l'agressivité et la violence. Cependant, ces recommandations constituent la meilleure preuve disponible à ce jour (2). Le présent rapport fait un résumé de ces recommandations. 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 consultées lors du projet.

Unités de soins psychiatriques

Les articles retenus pour les unités psychiatriques ont décrit, en différents degrés de détails, des aménagements sécuritaires ou environnementaux/apaisants. Certains d'entre

⁹ Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Publications/Guide/CH_Principes_generaux_Juin11.pdf

¹⁰ Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Unites_fonctionnelles/CH/UPsy_28.pdf

eux ont aussi identifié d'autres facteurs qui influencent la sécurité de ce type d'unités. Par contre, les deux guides américains (23, 24) auxquels nous avons souvent fait référence sont très détaillés et classifient les aménagements sécuritaires en cinq niveaux. Nous avons également adopté cette classification, comme montré dans la section Résultats.

Le niveau 1, correspondant aux zones de travail du personnel et aux aires de services, n'ont pas besoin d'aménagements spécifiques, car dans ces zones les patients ne sont pas autorisés. Étant donné que le poste infirmier joue un rôle important dans l'unité de soins, le paragraphe suivant résume quelques suggestions ressorties des articles analysés.

Le poste doit fournir une visibilité directe de toutes les ailes et zones d'activités de l'unité de soins permettant en même temps, l'interaction entre le personnel soignant et les patients (20, 23, 24). La littérature montre que les postes fermés fournissent généralement une sensation d'inaccessibilité et sont peu accueillants pour les visiteurs (9). Par contre, un poste infirmier ouvert favorise la communication entre le personnel et les patients (9), encourage les interactions sociales et réduit la psychopathologie (18). Cependant, l'ouverture du poste peut poser un problème pour la confidentialité des dossiers. En conséquence, les dossiers de patients, électroniques ou autres, ainsi que les écrans d'ordinateur doivent être protégés de consultations non autorisées (9, 20, 23, 24). Yeager recommande l'utilisation des dossiers médicaux électroniques qui offrent la mobilité aux infirmières, tout en préservant la confidentialité de l'information du patient (4).

En passant d'un niveau à un autre, les aménagements devraient être de plus en plus sécuritaires, pour atteindre un maximum de sécurité dans les salles d'entrevue ou d'isolement du niveau 5. Les tableaux 2 à 5 dans la section Résultats résument, sans donner trop de détails, des éléments auxquels il faut porter attention quand on veut mener des rénovations dans les unités psychiatriques. Plus de détails sont disponibles dans l'annexe E ou directement dans les deux guides américains qui ont constitué la base de ce rapport. Ces guides donnent aussi des images (ex. photos, dessins) des éléments sécuritaires auxquels ils font référence, ainsi que des informations sur les fournisseurs des matériaux et des équipements présentés.

Parmi les éléments qui semblent influencer la sécurité dans les unités psychiatriques, les aménagements environnementaux ou apaisants jouent un rôle très important. Ulrich et al. (2) ont récemment proposé un modèle qui résume plusieurs facteurs environnementaux qui ont des influences sur la réduction du stress. Parmi ces éléments, l'auteur a mentionné : les chambres individuelles avec de salles de bains privées, les unités avec un nombre réduit de patients, les salons spacieux avec des chaises mobiles, des unités avec un niveau faible de bruit, des fenêtres avec vue sur la nature, des jardins accessibles aux patients, la présence de l'art de nature, l'exposition à la lumière naturelle, le poste infirmier situé à la proximité de zones d'activités, offrant une bonne visibilité sur l'unité.

Karlin et Zeiss, ont résumé dans un article récent (9), des pratiques et des recommandations sur la conception des environnements physiques d'hôpitaux psychiatriques. Les recommandations ont été regroupées en cinq catégories, comme montré dans le tableau 6 de la section Résultats. De la première catégorie font partie les

recommandations sur l'éclairage, la qualité de l'air et le bruit. La lumière ample et naturelle est particulièrement favorisée (23, 24). Ulrich et al. (2) ont fait référence à des études qui montrent que l'assignation des patients souffrant de la dépression sévère ou d'Alzheimer dans des chambres exposées à la lumière naturelle pour des périodes plus prolongées, favorise leur rétablissement ou baisse le niveau d'agitation. D'autres études citées par les mêmes auteurs ont rapporté que la réduction de niveaux de bruit diminue le stress chez les patients hospitalisés non psychiatriques, comme témoigne, par exemple, une réduction de leur pression artérielle.

Parmi les caractéristiques architecturales et même de toutes les caractéristiques, la chambre individuelle semble être l'intervention la plus importante pour réduire le stress et l'agression dans les services psychiatriques (2, 9). Ces auteurs ont cité des études qui ont montré une corrélation entre les nombres de personnes qui partagent une chambre, une salle de bain ou une cellule carcérale et le stress causé par la surpopulation, le niveau réduit de la vie privée, le contrôle perçu, le nombre plus élevé de désaccords avec les colocataires, le nombre plus élevé de plaintes de la maladie et le retrait social. De plus, les unités psychiatriques avec un nombre réduit de patients aident à prévenir le stress de l'encombrement, en permettant aux patients de gérer plus facilement leur espace personnel et les relations avec les autres dans les endroits communs, tels que les salles de séjour et les salles à manger (2).

Les fenêtres avec vue sur la nature et l'accès aux jardins en plein air sont des éléments qui aident aussi à réduire la détresse et le temps de récupération de patients (2, 9). Ulrich a montré que l'accessibilité de patients à un jardin permet d'améliorer leur bien-être émotionnel, en augmentant l'exposition à la lumière du jour. De plus, elle favorise le contrôle et la réduction du stress en fournissant une escapade des espaces intérieurs de l'unité de soins (2).

En ce qui concerne les caractéristiques du design intérieur, la réduction de l'aspect institutionnel des unités psychiatriques et l'incorporation dans l'environnement des éléments de type résidentiel/familial est l'une de recommandations les plus cohérentes dans la littérature selon Karlin et Zeiss (9), et qui se retrouvent aussi dans les guides américains (23, 24). Ce type d'aménagement a été associé avec une amélioration du bien-être émotionnel et intellectuel, ainsi qu'avec une amélioration du comportement des patients.

Des études menées dans des hôpitaux non psychiatriques ou généraux sur divers groupes de patients ont constamment montré que la grande majorité a préféré les œuvres d'art représentant la nature et n'aimaient pas les œuvres d'art abstrait ni les images affichant des sujets émotionnellement négatifs ou difficiles (2). Une étude menée dans un groupe de patients psychiatriques âgés a montré que l'emplacement d'une image nature de grandes dimensions dans le salon de l'unité étudiée a conduit à une diminution de l'agitation des patients et du nombre d'injections données pour le comportement agressif. La même idée se retrouve aussi chez Karlin et Zeiss (9) qui recommandent d'utiliser des œuvres représentant des images apaisantes pour décorer le milieu psychiatrique.

Karlin et Zeiss ont également résumé quelques recommandations sur le choix des couleurs dans le milieu psychiatrique. Les couleurs vives peuvent être préférables pour les patients souffrant de dépression et certains adultes plus âgés, mais pourraient être trop stimulantes pour les patients très agités. Les tonalités bleues sont préférées dans les zones calmes, à cause de leur effet apaisant ou sédatif (9). Cependant, les couleurs bleu-vert peuvent avoir des effets négatifs sur les patients souffrant de dépressions ou de manque d'énergie.

Les salles communes et les autres zones partagées doivent être spacieuses pour permettre aux patients de régler facilement ou maintenir leur espace personnel (2). De plus, les chaises mobiles dans ces espaces améliorent la capacité de patients de déterminer leur espace personnel et les interactions avec les autres, ce qui réduit le stress. Karlin et Zeiss recommandent les salles de séjour ouvertes et flexibles, qui facilitent l'interaction entre les patients et le personnel, ainsi que des espaces où les patients peuvent se retirer (9). Les mêmes auteurs ont recommandé le poste infirmier ouvert à cause des bénéfices sur l'atmosphère de l'unité et la communication entre les patients et le personnel, comme montrés par les études citées dans leur revue.

Unités d'urgence

Le tableau 7 de la section Résultats résume des éléments de la conception et d'aménagement physique qui pourraient contribuer à la diminution de la violence et à l'amélioration de la sécurité dans les unités d'urgence. Au-delà de ces éléments, certains auteurs ont décrit d'autres facteurs qui jouent un rôle sur la sécurité des unités d'urgence. Par exemple, Allison (8) suggère d'avoir des services de sécurité dans l'unité ou juste à proximité, pour l'accès immédiat des agents de sécurité en cas d'urgence. D'autres auteurs (7, 30) ont proposé l'utilisation des policiers hors service payés pour travailler en uniforme pendant les quarts à risque élevé. Ils ont mentionné que cette tactique pourrait être un moyen de dissuasion pour les comportements violents, tout en protégeant le personnel et les autres patients.

La formation du personnel médical pour reconnaître les signes potentiels de la violence, pour donner des réponses rapides et appropriées aux patients et visiteurs qui font preuve d'une agressivité exacerbée et pour faire face aux épisodes de violence est aussi très importante pour la sécurité des unités d'urgence (6). Cet auteur mentionne aussi l'importance des interventions au niveau politique, plus précisément, le développement des programmes, des procédures et des pratiques de travail à promouvoir un environnement de travail sécuritaire sur les plans institutionnels, local, régional, et au niveau national. L'auteur donne comme exemple le guide OSHA (Occupational Safety Health Administration) qui recommande : 1) un programme de prévention de la violence au travail qui a un engagement de soutien de la part de la direction; 2) conduire une analyse de l'environnement spécifique, et 3) l'utilisation de résultats de cette analyse pour développer des interventions spécifiques au site (6).

La majorité des articles utilisés dans cette synthèse provient des États-Unis. En conséquence, l'implémentation de ces recommandations doit tenir compte du contexte

québécois. Elles devraient être adaptées et possiblement nuancées pour mieux servir les besoins des institutions de cette province.

La sécurité du personnel

En ce qui concerne la sécurité du personnel en soins psychiatriques et à l'urgence, plusieurs éléments d'aménagements physiques, ainsi que d'autres facteurs ayant un impact sur leur sécurité, ont été présentés dans les tableaux 7 et 8 de la section Résultats. Mais, comme présenté dans le modèle théorique, il y a des variables reliées au personnel qui contribuent également à l'atmosphère d'une unité de soins, à la sécurité ou aux risques qui peuvent y apparaître. Le même modèle nous montre, en effet, la multitude et la complexité des facteurs qui jouent différents rôles sur la sécurité. Les aménagements physiques ne représentent qu'une partie, qui doit appuyer le personnel dans leurs habiletés de maintenir leur sécurité et celle de patients, mais qui ne remplace pas l'observation continue et les interactions avec les patients.

Les consultations avec les parties prenantes du projet

Lors de groupes de discussion sur la sécurité d'unités de soins psychiatriques et d'urgence nous avons identifié des points communs avec la littérature consultée, mais aussi des éléments différents. Ces rencontres ont également contribué à la contextualisation québécoise des informations trouvées dans la littérature.

L'importance de maintenir un niveau faible de bruit dans les unités psychiatriques, de donner aux patients l'accès aux jardins extérieurs, d'avoir une bonne visibilité dans les unités, sont tous des éléments soulevés lors de groupes des discussions, mais qui se retrouvent aussi dans la littérature consultée. Les participants aux discussions ont également reconnu l'importance de la formation du personnel et l'organisation du travail sur la sécurité d'une unité de soins.

Les groupes de discussion ont permis en même temps d'identifier une série d'éléments qui pourraient contribuer à la diminution de l'agressivité dans les unités de soins psychiatriques et d'urgence. Ces éléments sont présentés dans le tableau 9. Sur certains éléments, tels que l'ouverture ou la décentralisation du poste infirmier, les participants ont eu des opinions différentes. Certains participants ont été d'accord avec la décentralisation ou l'ouverture du poste, d'autres non, mais il y avait un consensus sur la nécessité d'assurer la confidentialité des dossiers et la sécurité du personnel soignant indépendamment du type de poste.

Les participants se sont également prononcés sur la nécessité d'avoir au niveau provincial des politiques judiciaires claires pour les détecteurs de métaux et l'utilisation des caméras, ainsi que d'avoir des mesures pour empêcher la contrebande dans les unités psychiatriques.

Le développement d'un guide des pratiques pour les aménagements sécuritaires a été soulevé par tous les groupes participants. Ce guide devrait constituer un standard au

niveau provincial et offrir des règles à suivre pour toutes les unités psychiatriques de la province. Le développement de ce guide devrait tenir compte des rapports d'accidents et des rapports de la sécurité locale. L'implication de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociale et de la Société immobilière du Québec est primordiale.

Finalement, la consultation du Répertoire des guides de planification immobilière du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Guide d'aménagements des centres hospitaliers a révélé que ces documents n'offrent pas beaucoup de détails sur les aménagements sécuritaires et apaisants, mais plutôt des lignes générales à suivre.

CONCLUSIONS

Le présent rapport fait une synthèse des aménagements des unités psychiatriques et d'urgence visant la diminution de l'agressivité envers soi-même, les autres patients et le personnel soignant. Des revues systématiques de la littérature ont été menées dans les plus importantes bases de données et plusieurs sources de littérature grise consultées. Il faut rappeler que la majorité des articles retenus ne permet pas d'établir un lien de causalité entre les aménagements physiques et la sécurité, ce qui indique une lacune importante dans l'état des connaissances actuelles dans ce domaine. Par contre, le rapport fait un résumé des recommandations qui constituent la meilleure preuve disponible à ce jour. Les résultats du rapport ont été complétés avec les suggestions des parties prenantes consultées lors du projet.

Le rapport suit l'exemple des deux guides américains et classifie les aménagements sécuritaires en cinq niveaux. En passant d'un niveau à un autre, les aménagements devraient être de plus en plus sécuritaires, pour atteindre un maximum de sécurité dans les salles d'entrevue ou d'isolement du niveau 5. Dans le rapport, les résultats sont assez détaillés pour offrir plus d'options/information aux parties impliquées dans les rénovations ou les transformations des unités de soins psychiatriques ou d'urgence. Dans le cas où plus des détails sont nécessaires, il reste à consulter les deux guides américains précités.

Au-delà du rôle extrêmement important des aménagements sécuritaires spécifiques à chaque niveau, la littérature montre que les aménagements environnementaux/apaisants jouent également un rôle majeur dans la sécurité d'une unité psychiatrique. À tous ces éléments, d'autres facteurs, tels que la formation du personnel ou les pratiques organisationnelles, s'ajoutent et influencent la sécurité des unités de soins.

Les consultations avec les parties prenantes du projet nous ont permis d'identifier la nécessité d'avoir un guide des pratiques sur les aménagements physiques sécuritaires au niveau provincial. À date, les aménagements sécuritaires effectués dans différents milieux hospitaliers québécois se basent principalement sur l'expérience du personnel soignant et auxiliaire, sans utiliser des données probantes de la littérature scientifique. De plus, les documents disponibles (par exemple, les guides précités) sont majoritairement en anglais,

ce qui les rend moins accessibles ou utilisés à travers la province. Un guide en français, adapté au contexte québécois, doit aussi tenir compte des fournisseurs des matériaux qui pourraient être différents de ceux disponibles aux États-Unis.

À la lumière de résultats de ce projet, nous recommandons à notre mandataire, le Comité d'orientation de l'IUSMM, les suivantes :

1. l'utilisation des résultats du présent rapport comme de références pour les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques, y compris les aménagements sécuritaires pour le personnel soignant
2. dans les cas où plus des détails sont nécessaires, la consultation des deux guides américains précités, produits par le Département des anciens combattants des États-Unis et par l'Association nationale de systèmes de santé psychiatriques
3. l'utilisation des éléments d'aménagements environnementaux/apaisants présentés au tableau 6 dans le plan de rénovations
4. l'utilisation des résultats du tableau 7 et de l'annexe G pour les aménagements sécuritaires des unités d'urgence psychiatriques et autres
5. à la direction générale de l'IUSMM, en collaboration avec le CHUM et l'IUSMQ, de demander à l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux le développement d'un guide sur les aménagements sécuritaires pour les unités de soins psychiatriques et d'urgence, adapté au contexte québécois. L'ASSTSAS, la SIQ, des représentants des familles et des représentants de personnes utilisateurs devraient également participer au développement de ce guide.

ANNEXE A : Recherche documentaire – unités de soins psychiatriques

MEDLINE

Patients

Recherche effectuée le 25 juillet 2013

- #1 architecture OR "physical environment" OR "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 "ward design" OR "interior design" OR "Color"[Mesh] OR "Environment"[Mesh] OR "Health Facility Environment"[Mesh] OR "Interior Design and Furnishings"[Mesh] OR "Facility Design and Construction"[Mesh] OR "Patients' rooms" [Mesh]
- #2 "psychiatric hospital" OR "psychiatric facility" OR "psychiatric facilities" OR "psychiatric unit" OR "psychiatric units" OR "psychiatric department" OR "psychiatric departments" OR "psychiatric ward*" OR "inpatient psychiatric" OR "psychiatric insitution" OR "psychiatric institutions" OR "mental health hospital" OR "mental health facility" "mental health facilities" OR "mental health unit" OR "mental health units" OR "mental health department" OR "mental health departments" OR "inpatient mental health" OR "mental health institution" OR "mental health institutions" OR "Hospitals, Psychiatric"[Mesh]
- #3 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR suicide OR self-harm OR "Violence"[Mesh] OR "Aggression"[Mesh] OR "Suicide/or Suicide, Attempted"[Mesh] OR "Self Mutilation/ or Self-Injurious Behavior"
- #4 #1 AND #2 AND #3

Limites : anglais, français

Résultats : 86 références

Personnel

- #5 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR "Violence"[Mesh] OR "Aggression"[Mesh]
- #6 staff OR nurse* OR physician* OR psychiatrist* OR orderly OR "ward aide*" OR "nurse aide*" OR "nurse's aide*" OR "nursing aide*" OR "psychiatric aide*" OR

"Nurses's aides/or Nurses/"[Mesh] OR "Physicians"[Mesh] OR "Medical staff"[Mesh] OR "Nursing staff"[Mesh] OR "Psychiatric aides"[Mesh]

#7 #1 AND #2 AND #5 AND #6

Limites : anglais, français

Résultats : 43 références

EMBASE

Patients

Recherche effectuée le 25 juillet 2013

#1 architecture OR "physical environment" OR "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 layout OR "design feature" OR "ward design" OR "interior design" OR "Color"[Mesh] OR "Environment"[Mesh] OR "Furniture"[Mesh] OR "Health care facility"[Mesh] OR "Architecture/ or hospital design"[Mesh] OR "Construction work and architectural phenomena" [Mesh]

#2 "psychiatric hospital" OR "psychiatric facility" OR "psychiatric facilities" OR "psychiatric unit" OR "psychiatric units" OR "psychiatric department" OR "psychiatric departments" OR "psychiatric ward*" OR "inpatient psychiatric" OR "psychiatric insitution" OR "psychiatric institutions" OR "mental health hospital" OR "mental health facility" "mental health facilities" OR "mental health unit" OR "mental health units" OR "mental health department" OR "mental health departments" OR "inpatient mental health" OR "mental health institution" OR "mental health institutions" OR "Mental hospital"[Mesh]

#3 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR suicide OR self-harm OR "Violence"[Mesh] OR "Aggression"[Mesh] OR "Suicide/or Suicide attempt"[Mesh] OR "Automutilation"[Mesh]

#4 #1 AND #2 AND #3

Limites : anglais, français

Résultats : 158 références

Personnel

#5 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR "Violence"[Mesh] OR "Aggression"[Mesh]

#6 staff OR nurse* OR physician* OR psychiatrist* OR orderly OR "ward aide*" OR "nurse aide*" OR "nurse's aide*" OR "nursing aide*" OR "psychiatric aide*" OR

"Exp nurse/ or exp registered nurse/ or exp staff nurse"[Mesh] OR "Physician/ or psychiatrist"[Mesh] OR "Nursing assistant"[Mesh] OR "Medical staff"[Mesh] OR "Paramedical personnel"[Mesh]

#7 #1 AND #2 AND #5 AND #6

Limites : anglais, français

Résultats : 66 références

PsycInfo

Patients

Recherche effectuée le 26 juillet 2013

#1 architecture OR "physical environment" OR "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 layout OR "health facility organisation" OR "health facility organization" OR "design feature" OR "ward design" OR "interior design" OR "abient feature" OR "Color"[Mesh] OR "Environment"[Mesh] OR "Facility environment"[Mesh] OR "Hospital environment"[Mesh] OR "Interior design"[Mesh]

#2 "psychiatric hospital" OR "psychiatric facility" OR "psychiatric facilities" OR "psychiatric unit" OR "psychiatric units" OR "psychiatric department" OR "psychiatric departments" OR "psychiatric ward" OR "psychiatric wards" OR "inpatient psychiatric" OR "psychiatric insitution" OR "psychiatric institutions" OR "mental health hospital" OR "mental health facility" "mental health facilities" OR "mental health unit" OR "mental health units" OR "mental health department" OR "mental health departments" OR "inpatient mental health" OR "mental health institution" OR "mental health institutions" OR "Psychiatric hospital"[Mesh] OR "Psychiatric units"[Mesh]

#3 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR suicide OR self-harm OR "Aggressive behavior"[Mesh] OR "Violence"[Mesh] OR "Attempted suicide"[Mesh] OR "Self destructive behavior"[Mesh] OR "Self injurious behavior"[Mesh] OR "Self inflicted wounds"[Mesh] OR "Self mutilation"[Mesh] OR "Suicide"[Mesh]

#4 #1 AND #2 AND #3

Limites : anglais, français

Résultats : 83 références

Personnel

- #5 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR "Aggressive behavior"[Mesh] OR "Violence"[Mesh]
- #6 staff OR nurse* OR physician* OR psychiatrist* OR orderl* OR "ward aide*" OR "nurse aide*" OR "nurse's aide*" OR "nursing aide*" OR "psychiatric aide*" OR "Medical personnel"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh] "Physicians"[Mesh] or "Psychiatric aides"[Mesh] OR "Psychiatric hospital staff"[Mesh] OR "Psychiatric nurses"[Mesh] OR "Psychiatrists"[Mesh]
- #7 #1 AND #2 AND #5 AND #6

Limites : anglais, français
 Résultats : 19 références

PubMed

Patients

Recherche effectuée le 23 août 2013

- #1 (architecture [TIAB] OR "physical environment" [TIAB] OR "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 "ward design" [TIAB] OR "interior design" [TIAB] OR "ambient feature" [TIAB] OR "Color"[Mesh:NoExp] OR "Environment" [Mesh:NoExp] OR "Interior Design and Furnishings"[Mesh:NoExp] OR "Facility Design and Construction"[Mesh:NoExp] OR "Health Facility Environment"[Mesh:NoExp] OR "Patients' Rooms"[Mesh:NoExp])
- #2 "psychiatric hospital" [TIAB] OR "psychiatric facility"[TIAB] OR "psychiatric facilities" [TIAB] OR "psychiatric unit" [TIAB] OR "psychiatric units" [TIAB] OR "psychiatric department" [TIAB] OR "psychiatric departments" [TIAB] OR "psychiatric ward*" [TIAB] OR "inpatient psychiatric" [TIAB] OR "psychiatric insitution" [TIAB] OR "psychiatric institutions" [TIAB] OR "mental health hospital" [TIAB] OR "mental health facility" [TIAB] OR "mental health facilities" [TIAB] OR "mental health unit" [TIAB] OR "mental health units" [TIAB] OR "mental health department" [TIAB] OR "mental health departments" [TIAB] OR "inpatient mental health" [TIAB] OR "mental health institution" [TIAB] OR "mental health institutions"[TIAB] OR "Hospitals, Psychiatric"[Mesh : NoExp]
- #3 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR suicide OR self-harm OR "Violence"[Mesh:NoExp] OR "Aggression"[Mesh:NoExp] OR

"Suicide/or Suicide, Attempted"[Mesh:NoExp] OR "Self Mutilation/ or Self-Injurious Behavior"[Mesh:NoExp]

#4 #1 AND #2 AND #3

Limites : anglais, français

Résultats : 68 références

Personnel

#5 aggression[TIAB] OR violence[TIAB] OR aggressivity[TIAB] OR aggressive[TIAB] OR violent[TIAB] OR "Violence"[Mesh:NoExp] OR "aggression"[Mesh : NoExp]

#6 staff [TIAB] OR nurse*[TIAB] OR physician*[TIAB] OR psychiatrist*[TIAB] OR orderly [TIAB] OR "ward aide*" [TIAB] OR "nurse aide*" [TIAB] OR "nurse's aide*" [TIAB] OR "nursing aide*" [TIAB] OR "psychiatric aide*" [TIAB] OR "Nurses's aides/or Nurses/" [Mesh:NoExp] OR "Physicians" [Mesh:NoExp] OR "Medical staff" [Mesh:NoExp] OR "Nursing staff" [Mesh:NoExp] OR "Psychiatric aides" [Mesh:NoExp]

#7 #1 AND #2 AND #5 AND #6

Limites : anglais, français

Résultats : 31 références

ANNEXE B : Recherche documentaire – unités d’urgence

MEDLINE

Patients

Recherche effectuée le 25 juillet 2013

- #1 architecture OR "physical environment" OR "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 "ward design" OR "interior design" OR "ambient feature" [TIAB] OR "Color"[Mesh] OR "Environment"[Mesh] OR "Health Facility Environment"[Mesh] OR "Interior Design and Furnishings"[Mesh] OR "Facility Design and Construction"[Mesh] OR Patients' rooms" [Mesh]
- #2 "emergency unit" OR "emergency units" OR "emergency service" OR "emergency services" OR "emergency department" OR "emergency departments" OR "Emergency service, Hospital/ or Emergency Services, Psychiatric"[Mesh]
- #3 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR suicide OR self-harm OR "Violence"[Mesh] OR "Aggression"[Mesh] OR "Suicide/or Suicide, Attempted"[Mesh] OR "Self Mutilation/ or Self-Injurious Behavior"
- #4 #1 AND #2 AND #3

Limites : anglais, français

Résultats : 26 références

Personnel

- #5 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR "Violence"[Mesh] OR "Aggression"[Mesh]
- #6 staff OR nurse* OR physician* OR psychiatrist* OR orderly OR "ward aide*" OR "nurse aide*" OR "nurse's aide*" OR "nursing aide*" OR "psychiatric aide*" OR "Nurses's aides/or Nurses/"[Mesh] OR "Physicians"[Mesh] OR "Medical staff"[Mesh] OR "Nursing staff"[Mesh] OR "Psychiatric aides"[Mesh]
- #7 #1 AND #2 AND #5 AND #6

Limites : anglais, français
Résultats : 13 références

EMBASE

Patients

Recherche effectuée le 25 juillet 2013

- #1 architecture OR "physical environment" OR "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 layout OR "design feature" OR "ward design" OR "interior design" OR "Color"[Mesh] OR "Environment"[Mesh] OR "Furniture"[Mesh] OR "Health care facility"[Mesh] OR "Architecture/ or hospital design"[Mesh] OR "Construction work and architectural phenomena" [Mesh]
- #2 "emergency unit" OR "emergency units" OR "emergency service" OR "emergency services" OR "emergency department" OR "emergency departments" OR "Emergency health service"[Mesh]
- #3 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR suicide OR self-harm OR "Violence"[Mesh] OR "Aggression"[Mesh] OR "Suicide/or Suicide attempt"[Mesh] OR "Automutilation"[Mesh]
- #4 #1 AND #2 AND #3

Limites : anglais, français
Résultats : 93 références

Personnel

- #5 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR "Violence"[Mesh] OR "Aggression"[Mesh]
- #6 staff OR nurse* OR physician* OR psychiatrist* OR orderly OR "ward aide*" OR "nurse aide*" OR "nurse's aide*" OR "nursing aide*" OR "psychiatric aide*" OR "Exp nurse/ or exp registered nurse/ or exp staff nurse"[Mesh] OR "Physician/ or psychiatrist"[Mesh] OR "Nursing assistant"[Mesh] OR "Medical staff"[Mesh] OR "Paramedical personnel"[Mesh]
- #7 #1 AND #2 AND #5 AND #6

Limites : anglais, français
Résultats : 30 références

PsycInfo

Patients

Recherche effectuée le 26 juillet 2013

- #1 architecture OR "physical environment" OR "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 layout OR "health facility organisation" OR "health facility organization" OR "design feature" OR "ward design" OR "interior design" OR "abient feature" OR "Color"[Mesh] OR "Environment"[Mesh] OR "Facility environment"[Mesh] OR "Hospital environment"[Mesh] OR "Interior design"[Mesh]
- #2 "emergency unit" OR "emergency units" OR "emergency service" OR "emergency services" OR "emergency department" OR "emergency departments" OR "Emergency services"[Mesh]
- #3 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR suicide OR self-harm OR "Aggressive behavior"[Mesh] OR "Violence"[Mesh] OR "Attempted suicide"[Mesh] OR "Self destructive behavior"[Mesh] OR "Self injurious behavior"[Mesh] OR "Self inflicted wounds"[Mesh] OR "Self mutilation"[Mesh] OR "Suicide"[Mesh]
- #4 #1 AND #2 AND #3

Limites : anglais, français

Résultats : 5 références

Personnel

- #5 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR "Aggressive behavior"[Mesh] OR "Violence"[Mesh]
- #6 staff OR nurse* OR physician* OR psychiatrist* OR orderl* OR "ward aide*" OR "nurse aide*" OR "nurse's aide*" OR "nursing aide*" OR "psychiatric aide*" OR "Medical personnel"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh] "Physicians"[Mesh] or "Psychiatric aides"[Mesh] OR "Psychiatric hospital staff"[Mesh] OR "Psychiatric nurses"[Mesh] OR "Psychiatrists"[Mesh]
- #7 #1 AND #2 AND #5 AND #6

Limites : anglais, français

Résultats : 3 références

PubMed

Patients

Recherche effectuée le 23 août 2013

- #1 architecture [TIAB] OR "physical environment" [TIAB] OR "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 "ward design" [TIAB] OR "interior design" [TIAB] OR "ambient feature" [TIAB] OR "Color"[Mesh:NoExp] OR "Environment" [Mesh:NoExp] OR "Interior Design and Furnishings"[Mesh:NoExp] OR "Facility Design and Construction"[Mesh:NoExp] OR "Health Facility Environment"[Mesh:NoExp] OR "Patients' Rooms"[Mesh:NoExp]
- #2 "Emergency Service, Hospital"[Mesh:NoExp] OR "emergency unit" [TIAB] OR "emergency units" [TIAB] OR "emergency service" [TIAB] OR "emergency services" [TIAB] OR "emergency department" [TIAB] OR "emergency departments" [TIAB]
- #3 aggression OR aggressivity OR aggressive OR violence OR violent OR suicide OR self-harm OR "Violence"[Mesh:NoExp] OR "Aggression"[Mesh:NoExp] OR "Suicide/or Suicide, Attempted"[Mesh:NoExp] OR "Self Mutilation/ or Self-Injurious Behavior"[Mesh:NoExp]
- #4 #1 AND #2 AND #3

Limites : anglais, français

Résultats : 24 références

Personnel

- #5 aggression[TIAB] OR violence[TIAB] OR aggressivity[TIAB] OR aggressive[TIAB] OR violent[TIAB] OR "Violence"[Mesh:NoExp] OR "aggression"[Mesh : NoExp]
- #6 staff [TIAB] OR nurse*[TIAB] OR physician*[TIAB] OR psychiatrist*[TIAB] OR orderly [TIAB] OR "ward aide*" [TIAB] OR "nurse aide*" [TIAB] OR "nurse's aide*" [TIAB] OR "nursing aide*" [TIAB] OR "psychiatric aide*" [TIAB] OR "Nurses's aides/or Nurses/" [Mesh:NoExp] OR "Physicians" [Mesh:NoExp] OR "Medical staff" [Mesh:NoExp] OR "Nursing staff" [Mesh:NoExp] OR "Psychiatric aides" [Mesh:NoExp]

#7 #1 AND #2 AND #5 AND #6

Limites : anglais, français

Résultats : 7 références

ANNEXE C : Recherche documentaire - littérature grise

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

Date de la recherche : 7 – 24 juillet et 16 – 17 septembre 2013

Limites : sites en anglais et français

Mots clé utilisés : acute psychiatric care, psychiatric unit, environmental design, facility design, safety, aggression, inpatient suicide, mental health environment, suicide prevention, health facility environment, prevention

Évaluation des technologies en santé

- International Network for Agencies for Health Technology Assessment (<http://inahta.org>)
- Canadian Agency for Drugs and Technologie in Health (<http://cadth.ca>)
- Institute national d'excellence en santé et en services sociaux (<http://www.inesss.qc.ca>)
- National Institute for Health and Care Excellence (www.nice.org.uk)
- 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>)
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires (www.asstsas.qc.ca)
- Institut national de santé publique (<http://www.inspq.qc.ca>)
- Social care Institute for Excellence (<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/>)
- Guidelines International Network (www.g-i-n.net)
- National guideline clearinghouse (www.guideline.gov)
- U.S. Department of Veterans Affairs (<http://www.va.gov>)
- National Association of Psychiatric Health Systems (<http://www.naphs.org>)
- Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (<http://www.mnasm.com>)
- BC Mental Health & Substance Use Services (<http://www.bcmhsus.ca>)
- American Foundation for Suicide Prevention (<http://www.afsp.org>)
- UK Department of Health (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk>)

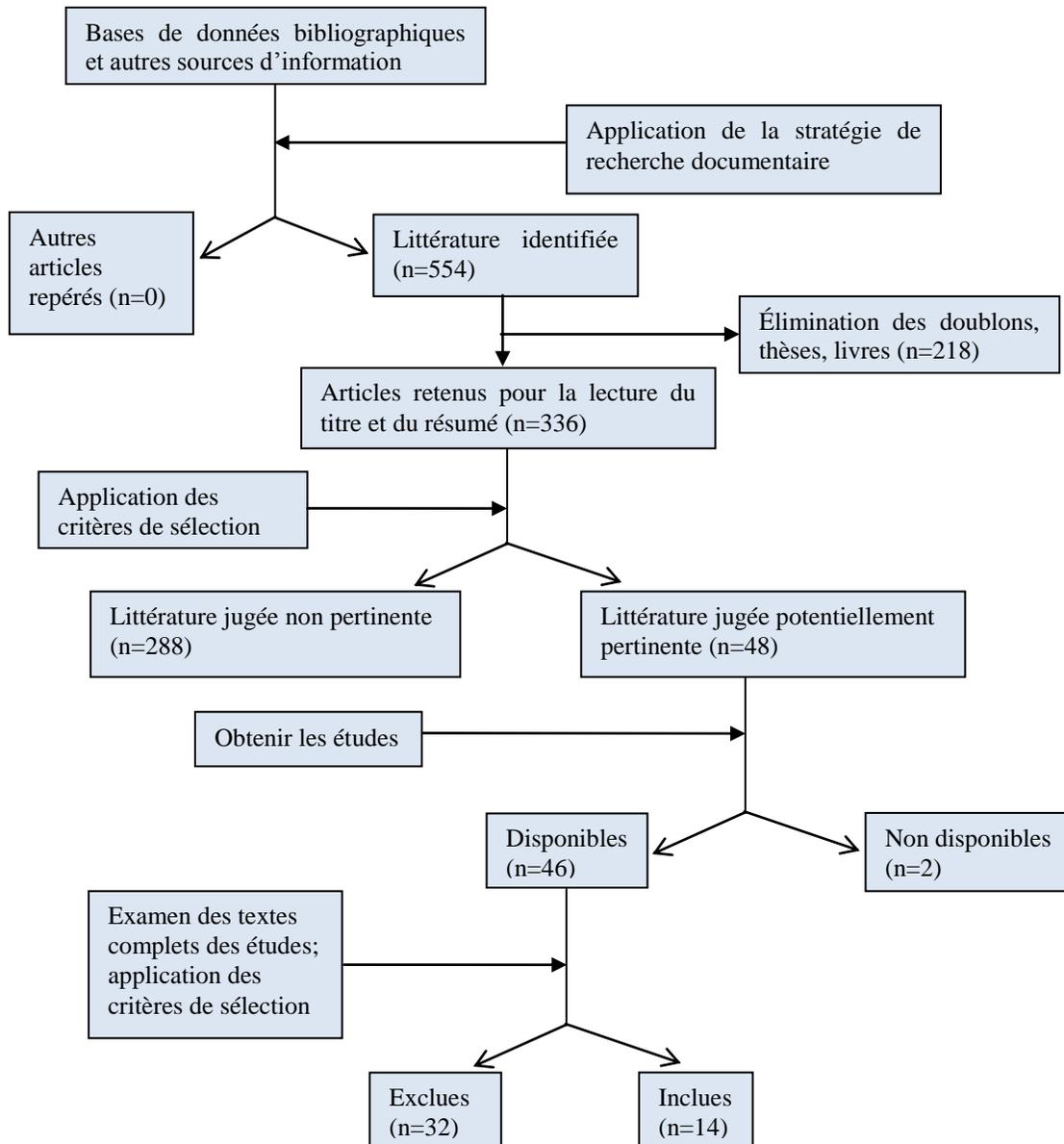
Autres

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

- Scirus (<http://www.scirus.com>)
- Open grey (<http://www.opengrey.eu>)

ANNEXE D : Sélection des articles – unités psychiatriques

Diagramme de sélection des articles



Liste des articles exclues

ÉTUDES	RAISON DE L'EXCLUSION
Appelbaum et al., 1995 (33), Armond 1982 (34), Ballard et al., 2008 (35), Brennan et al., 2006 (36), Carney et al., 1978 (37), Chaplin et al., 2006 (38), Daffern et al., 2004 (39), Distasio 1994 (40), Feeney et al., 2007 (41), Flannery et al., 1996 (42), Gerberich et al., 2005 (43), Hunt 2010 (44), Hunter et al., 1993 (45), Langley et al., 1984 (46), Lesage 1987 (47), Minde et al., 1990 (48), Moos 1972 (49), Morello et al., 1996 (50), Omerov 1997 (51), Peek-Asa et al., 2009 (52), Quinn 1979 (53), Salmons 1984 (54), Vaaler et al., 2005 (55), Van der Schaaf et al., 2013 (56)	Pas d'information relevant sur les aménagements sécuritaires ou environnementaux/apaisants
Brooks et al., 1994 (57), Chou et al., 2002 (58), Kumar et al., 2001 (59), Lanza et al., 1994 (60), Meehan et al., 2006 (61), Nijman et al., 1999 (62)	Études sur la surpopulation des unités de soins
Fedoryk 1980 (63), Rotov 1994 (64)	Lettre de l'editor, éditorial

ANNEXE E : Tableau de données – unités psychiatriques

ÉTUDES	OBJECTIVE	MÉTHODES	RÉSULTATS
Anton 2009, France	Décrire l'unité « Clérambault », unité de soins psychiatrique pour des patients difficiles et atypiques	Type d'étude : - descriptive	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toutes les chambres sont conçues sur la base d'une chambre d'isolement, équipée de toilettes et d'un lavabo, dont l'accès est modulable en fonction de l'état du patient - Pour les patients qui mangent des morceaux du matelas ou de tapis : utiliser de matelas adapté ou de tapis alimentaire ou digeste <p>Aménagements environnementaux :</p> <p>Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils utilisent un protocole de prise en charge personnalisé - L'attention et les soins prodigués par l'équipe sont adaptés à l'unicité et aux particularités de chaque patient
Cardell 2009, États-Unis	D'identifier les types d'aménagements (« environmental safeguards ») pour protéger contre l'automutilation les patients suicidaires des unités psychiatriques	Type d'étude : - revue de la littérature	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Farberow (1981) : l'installation de verre de sécurité, restriction des ouvertures de fenêtres, les blocages pour les escaliers, barres de douche et crochets de vêtements séparables, ainsi couvrir les tuyaux exposés, des grillades, des écrans de porche, et des balustrades - Victoroff (1983) : limitation ou la suppression (de l'utilisation) du verre et des objets pointus, du vernis à ongles et dissolvants, des crochets et des aiguilles à tricoter, des briquets et des allumettes, des cordons de tous types, y compris les cordons de stores et le drapé, canettes, des cintres, sacs en plastique, et des prises électriques. Si les thermomètres en verre sont utilisés, les infirmières devraient prendre la température rectale ou axillaire - Recommandations pour les établissements psychiatriques : l'électricité étant coupée à prises murales, absence de crochets de vêtements, les écrans de sécurité étant idéalement 1/8 pouce de large, pas plus de 3/16 pouces de large ou de 16 mailles par pouce carré afin d'empêcher les patients suicidaires attacher des ceintures de peignoir, ou d'autres objets à travers les écrans <p>Joint Commission Ressources 2007 : exemple de porte de salle de bain qui ne permette pas aux patients à se pendre : la porte possède une partie supérieure inclinée et une fente sur le fond qui empêche d'attacher des objets pour se pendre; sur le côté, il s'agit d'un bord en caoutchouc qui rend impossible de caler les objets entre les bords; la porte présente une charnière continue sur le côté, qui empêche la pendaison</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chambres de patients : Ridelles doit être évitée autant que possible. Accès aux matériels que les patients hospitalisés peuvent utiliser pour se pendre ou s'asphyxier, tel que les ceintures, les lacets,

		<p>les peignoirs, les téléphones et les récepteurs cordes, les cravates, draps pouvant être déchiré, bas, tubes à perfusion intraveineuse, ou autres tubes médicaux, devrait être limitée. Des poignées non protubérantes sont recommandées. Charnières de portes doivent être déposées à une pente. Il ne devrait pas y avoir des tuyaux, des têtes de gicleurs, des luminaires, des événements ou conduits exposés. Les grilles de ventilateur doit avoir des écrans de sécurité avec des trous pas plus que 3/16 pouces de largeur, ou 16 mailles par pouce carré (NCIA, 2003a). La plomberie doit être dissimulée. S'il est possible, il devrait n'y avoir aucune prise électrique dans les chambres de patients.</p> <p>- Dans l'unité : Recommandé : des fenêtres en verre incassable et sécurisé qui ne s'ouvrent pas; les portes des chambres doivent s'ouvrir vers l'extérieur ou dans les deux directions afin de prévenir les patients de se barricader à l'intérieur de la chambre; limiter l'accès aux toits, aux lieux hauts, aux escaliers ouverts, aux porches ou aux cages d'ascenseur; verrouiller les produits chimiques ingérables ou inflammables et les articles d'entretien ménager ou professionnel; verrouiller la salle de conférence/entrevue et les salles d'isolement lorsqu'ils ne sont pas utilisées</p> <p>Aménagements environnementaux :</p> <p>- les éléments suivants sont généralement exclus des unités psychiatriques : allumettes, briquets, radios avec des cordes, des parfums, pinces, articles en verre, coupe-ongles, couteaux de toute nature, des fusils, vernis à ongles, les récipients aérosols, miroirs, crochets, cintres, aiguilles à tricoter, cordons lumineux, lacets, cendriers, ceintures, bretelles, peignoirs, lacets, rasoirs, ciseaux, stores et les cordons de rideaux, décapsuleurs, ouvre-boîtes, thermomètres en verre, tubes à perfusion intraveineuse, ustensiles, des outils d'ergothérapie, fluides inflammables, équipements électriques, cordons électriques, épingles, des cintres métalliques, sacs en plastique. Il est également important de surveiller étroitement les patients quand ils utilisent des équipements pour leurs soins personnels, comme les rasoirs électriques, les sèche-cheveux et les rasoirs manuels</p> <p>Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p> <p>- la vérification de routine du matériel cassable comme la tuyauterie, les barres du placard, le remplacement du matériel/équipement existant par matériel/équipement détachable; le verrouillage des portes qui peuvent donner accès aux objets tranchants et aux produits chimiques; fournir des portes de salle de bains à débloquer</p> <p>- utilisation des caméras et l'inspection de patients à chaque 10-15 minutes; les ampoules brûlées ou endommagées doivent être remplacées immédiatement pour éviter les coins sombres ou les zones de la chambre pas clairement visibles par le personnel; peindre les murs en couleurs pastel offre un environnement agréable et réduit également l'éblouissement de la caméra</p> <p>- la formation du personnel de l'hôpital à des niveaux de compétence dans l'évaluation et la gestion de patients à risque de suicide est critique</p>
--	--	---

Christenfeld 1989, États-Unis	Étudier les effets de changements/aménagements physiques de l'unité sur les patients psychotiques hospitalisés et sur le personnel soignant	Type d'étude : - méthode mixte, qualitative et quantitative (pre-posttest design, avec des groupes contrôlé); des données sur la satisfaction des patients) ont été recueillies par des questionnaires; des données sur les épisodes violents des patients ont été recueillies à partir de données de routine	Aménagements sécuritaires : Aménagements environnementaux : - des résultats statistiques non significatifs, mais qui montrent une amélioration des comportements agressifs dans les unités rénovées - les rénovations incluent : plafonds plus bas dans le salon; le plancher et les murs de couleurs claires; le salon a été divisé dans une salle à diner et 3 aires de repos avec les meubles regroupés pour permettre à regarder la télé, jouer ou faire de la conversation; le poste infirmier a été localisé pour permettre une meilleure visibilité; les plafonds ont été baissés dans les chambres de patients; dans le couloir central : des arcades, éclairage encastré, des murs en vinyle, pleine moquette et des horloges ont été installés - dans les salles de bain ont été installés : des carreaux de céramique ornementale, des miroirs, lavabos en vinyle, des pommes de douche anti-pendaison (détachables sous une charge excessive) - toutes les aires dédiées aux patients, incluant le fumoir, ont été décorées avec des peintures, des affiches, des paniers suspendus de fleurs et plantes; le choix de couleur, sois stimulantes sois calmantes, a été établi en fonction de l'aire de l'unité Autres facteurs qui influencent la sécurité :
Dobrohotoff 2011, Australia	Offrir de guidance (basés sur la littérature) pour l'aménagement des unités de psychogériatrie	Type d'étude : - revue systématique de la littérature : Medline (1950-2010), PsycInfo (1806-2009), EMBASE (1980-2009), CINAHL (1982-2009); rapports gouvernementaux, dissertations académiques non publiées	Aménagements sécuritaires : - Hamil et Matthei (1980) : les portes de salles de bains et de chambres de patients qui s'ouvrent vers l'extérieur; les serrures d'armoires doivent être éliminées afin de prévenir les patients de se barricader à l'intérieur; les miroirs en acier inoxydable; les appareils électriques protégés; - les risques de suicide peuvent être réduits en utilisant des tringles à rideaux détachables et des cintres à vêtements non détachables - Eagle (2006) recommande : les prises électriques doivent débrancher en réponse à des manipulations ou avoir des vis inviolables, les bords et les coins dans les zones patients doivent être arrondies et les carreaux de céramique courbée au niveau du bord. Elle suggère également d'utiliser de hauts plafonds pour éviter que les patients atteignent les luminaires ou les gicleurs d'incendie; ainsi que des plafonds en plâtre massif pour restreindre l'accès au plafond - Folks et Kinney (2002) : des robinets d'eau verrouillables, surtout dans les salles de bains semi-privées, pour prévenir les noyades Aménagements environnementaux : - la lumière du soleil dans les chambres de patients peut favoriser le rétablissement des patients avec dépression sévère, même en absence du trouble affectif saisonnier (Beauchemin 1996) - Fotter (2000) : « les espaces bien éclairées et ouvertes, les employés souriants qui font des

			<p>contacts visuels avec les patients, et la propreté de l'espace font les clients se sentir en sécurité »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs fenêtres avec vue sur la nature réduit le stress psychologique; les jardins extérieurs réduisent le stress et la fatigue - Hamil (1980) : des caractéristiques des « désinstitutionalisation » : la séparation des régions de la vie de celles du traitement, l'élimination des longs couloirs qui résonnent et des espaces à forte réverbération, un accès facile aux espaces extérieurs sécuritaires, l'encouragement d'un plus grand nombre d'interactions entre les patients et le personnel à travers la suppression des postes infirmiers et par offrant des fonctionnalités résidentiels, tels que une buanderie et une cuisine - Whitehead (1984) : une psychopathologie réduite a été facilitée par les aménagements qui encourageaient les interactions sociales, telles que l'introduction d'une cuisine dans l'unité, un poste infirmier ouvert, et une salle d'activités pour faire du bricolage et d'autres activités - des chambres individuelles <p>Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la densité, la manque d'intimité et la perte de contrôle sont associés à la violence; - stratégies : des chambres individuelles ou, si impossible, limiter le nombre de lits par unité; donner accès aux patients à l'espace extérieur ou aux aires communes; avoir des espaces séparés dédiés aux interactions sociales ou à la réflexion tranquille
Dunet 2012, France	Pour illustrer le rôle d'un architecte dans la conception d'une unité pour malades difficiles (UMD)	Type d'étude : - descriptive	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un UMD est un bâtiment de soins psychiatriques pour patients dangereux - « toutes les pièces d'une UMD doivent avoir deux accès opposés pour la sécurité des soignants et pour faciliter les interventions éventuelles » - dans les chambres de patients : « toutes les portes ont une protection métallique, et sont munies d'oculus (œil-de-bœuf); toutes les portes se rabattent et se verrouillent (ouvertes) sur le mur pour qu'elles ne puissent être utilisées pour agresser ou blesser » - « tous les espaces y compris la salle de bains, doivent être visibles de l'extérieur de la chambre, cette surveillance se fait par les oculus, soit par des judas pour la salle de bain » - la protection contre les risques de blessure et de mutilation : tous les angles doivent être adoucis, il ne doit y avoir aucun risque de pendaison et aucun élément ne doit risquer de devenir une arme. Tous les murs et les cloisonnements sont en béton armé, les meubles sont en bois et métal fixés au plancher depuis le vide sanitaire sans visserie apparente - pour le traitement acoustique : des faux plafonds métallique, assez haut pour qu'il soit inaccessible et fixé avec de visses cachées <p>Aménagements environnementaux : Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p>

<p>Jeffers, 1991, États - Unis</p>	<p>Discuter le programme sécurité et processus reliés à l'aménagement, à la rénovation et à l'opération à Sheppard-Pratt Hospital, Baltimore, Maryland</p>	<p>Type d'étude : - descriptive</p>	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La chambre de patient : la literie, les murs, le revêtement des planchers et le traitement de fenêtres doivent répondre aux standards ignifuges ou coupe-feux établis; les fournitures (armoires, commodes, bureaux) doivent être fixées aux murs ou planchers pour éviter leur utilisation comme barricades - les fenêtres : pour éviter la fugue, l'ouverture peut être limitée par des butées or par la taille; le verre trempé est préféré; dans les chambres d'isolement – des fenêtres en polycarbonate ou des écrans de protection doivent être installés - les barres de placard ne devraient pas être en mesure de supporter le poids d'un patient qui peut tenter de s'accrocher; les barres qui se détachent peuvent être utilisés comme des armes, alors un rail installé sur le dessous de la tablette du placard de mur à mur qui permet aux patients de raccrocher les vêtements, mais qui manque une ouverture pour insérer un moyen de pendaison - l'éclairage dans la chambre de patient doit être suffisant pour l'observation adéquate du patient par le personnel au cours de soirée et de nuit; les lampes et les appareils d'éclairage doivent être conçus pour empêcher ou réduire l'accès aux ampoules ou être munis d'ampoules sécuritaires - les miroirs en polycarbonate, trempés ou laminés sont préférés (ceux en métal produit des distorsions inacceptables) - des lits avec des cadres standards avec des sommiers et des matelas ont été les plus appropriés pour les patients de cet hôpital - les salles de bain : les barres à serviettes et à rideau de douche doivent être détachables; pour les items qui ne peuvent pas être modifiés pour être sécuritaires, le monitoring des patients suicidaires est parfois nécessaire - les salles d'isolement doivent être placées proche du poste infirmier et inclure au minimum un matelas et une couverture; tous les items doivent être ignifuges ou avoir des capacités ignifuges inhérentes, tels que le tissu de coton lourd; les matelas doivent être couverts par de nylon renforcé en vinyle (ignifuge), avec des coutures doubles avec du fil de haute résistance à la traction; les couvertures en double couche, en tissu de coton lourd, matelassé; les robes de chambre d'isolation doivent être ignifuges <p>Aménagements environnementaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour observer les patients dans les salles d'isolement : utiliser des panneaux d'observation dans les portes (sois dans la partie supérieure de la porte à une hauteur confortable, sois en bas de la porte, à 12 pouces du sol); des miroirs d'observation à l'angle convexe ou de la paroi latérale en polycarbonate (monté en face de la porte de la chambre d'isolement; à ne pas installer dans les chambres avec un plafond à moins de 8 pieds ou à les protéger); ou avoir un système interphone à deux voies - les salles de loisir et de sport : éliminer les tremplins et les toboggans des piscines, installer des
------------------------------------	--	--	---

			protections pour l'équipement électrique
Johnson 2006, États-Unis	Décrire les contextes et les conditions qui constituent le fondement des stratégies que le personnel infirmier utilise pour empêcher les comportements de patients psychiatriques qui peuvent escalader en violence	Type d'étude : - qualitative : théorie ancrée (grounded theory methods)	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <p>Aménagements environnementaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la visibilité était l'une des conditions primordiales pour maintenir la sécurité de l'unité - pour compenser les problèmes d'architecture des unités (qui dépendaient de la forme de l'hôpital lui-même) le personnel soignant a délibérément décidé quant à ouvrir et fermer des parties de l'espace/unité, comment placer les personnes dans l'espace et réguler le flux de personnes dans et hors des parties de l'espace/unité - un gestionnaire d'unité a mentionné : « The station is open in the middle and there are three halls and you can see down each [hall]. And the great room where they eat, gather, whatever, is right in front of the nurses' station, all open . . . everything can be observed. . . . They [the staff] can see and hear everything, which helps. » - la proximité est un autre facteur qui contribue à la sécurité dans l'unité; la proximité d'une section de l'unité à l'autre rendre soit plus facile soit plus difficile pour le personnel de voir et entendre ce qui se passe sur l'unité; la sécurité a diminué lorsque les chambres de patients étaient situées à la proximité de l'unité, proches de portes de sortie - à éviter : les espaces cachées dans l'unité réduit la visibilité et fait le suivi les patients plus difficiles - l'une des caractéristiques essentielles pour maintenir l'unité en sécurité n'est seulement la taille et la forme de l'espace, mais la dimension et la forme de l'espace par rapport à la population de patients et au nombre de personnes dans l'unité - les limites, tangibles (des portes barrées) et intangibles (les règles de l'unité), sont critiques pour garder la sécurité dans les unités <p>Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p>
Karlin 2006, États-Unis	Identifier les meilleures pratiques et recommandations pour la conception des établissements psychiatriques	Type d'étude : - revue de la littérature et des éléments de design utilisés par l'auteur et son équipe pour le design d'un hôpital psychiatrique en Palo Alto (VA)	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour promouvoir la sécurité : les fenêtres de vitre incassable, tringles à rideaux détachables, les miroirs en acier inoxydable, les robinets verrouillés - éviter d'avoir des angles morts dans l'unité; du placage en bois naturel a été utilisé pour adoucir l'aspect des portes, des postes infirmiers et des mains courantes; plusieurs auteurs sont contre des planchers très polies ou autres surfaces réfléchissantes à cause de l'éblouissement <p>Aménagements environnementaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les chambres individuelles, les fenêtres avec vue sur la nature, l'accès au jardin en plein air et à la nature sont des éléments qui aident à réduire la détresse psychologique et le temps de récupération des patients - les couloirs longs qui produisent de l'écho sont déconseillés (ils produisent des distorsions de la

			<p>perception vécues par certains patients); des installations amovibles (panneaux coulissants) pour diviser l'espace sont préférées</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salles d'isolement doivent être placées à proximité et en vue des postes infirmiers mais à l'extérieur des zones d'activités intenses et des corridors principaux - à réduire l'aspect institutionnel des aménagements physiques des unités, un environnement de type familial est préférable - les chambres de patients doivent avoir une ambiance familiale, avec le mobilier facile à déplacer, mais assez lourd pour qu'il ne puisse être levé ou lancé; pour décorer le milieu, les œuvres représentant des images apaisantes sont recommandées (elles réduisent l'anxiété) - les couleurs vives des murs sont préférées pour les patients souffrant de dépression et certains adultes plus âgés; les tonalités bleues, ayant des effets apaisants ou sédatifs sont adaptées pour les zones où on recherche le calme - l'inclusion de plantes naturelles dans les unités de soins a été recommandée par plusieurs auteurs et préférée par le personnel - concevoir des espaces où les patients peuvent se retirer, y compris les espaces où ils peuvent former des relations sociales, est recommandé; les salles de séjour doivent être ouvertes et flexibles pour encourager l'interaction avec le personnel, tout en permettant une autonomie personnelle. - le poste de soins infirmiers ouvert favorise la diminution des demandes des patients et augmente la communication entre le personnel et ceux-ci. Cependant, le fait d'être ouvert augmente le risque pour le personnel et peut poser un problème pour la confidentialité des dossiers. Finalement, la littérature démontre que les postes fermés procurent généralement une sensation d'inaccessibilité et sont peu accueillants pour les visiteurs. <p>Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p>
Laidlaw 2005, GB	Offrir des conseils aux gestionnaires qui veulent réduire les risques des suicides par l'enlèvement de points de ligature	Type d'étude : - descriptive	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des crochets qui baissent sous le poids d'un vêtement léger; des ressorts durables à faible résistance qui permettent aux poignées d'être tournées plus facilement que celles standards - des charnières dont les bords exposés sont biseautés, rosette de serrure à bord biseauté et des cylindres doubles à bouton. Les barillets conçus avec des fixations dos-à-dos éliminent l'utilisation de vises <p>Aménagements environnementaux :</p> <p>Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p>
Lieberman 2004, États-Unis	Pour offrir des recommandations sur les aménagements	Type d'étude : - descriptive	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les plafonds en béton ou... « riveted metal lay-in » sont à faible risque - à éliminer : les tiges solides à rideaux et vêtements et les crochets à serviettes et vêtements; à utiliser des étagères intégrées

	physiques sécuritaires pour prévenir le suicide dans les unités psychiatriques		<ul style="list-style-type: none"> - les gicleurs de sécurité incendie doivent utiliser une conception affleurante (encastrée) - les pommes de douche doivent utiliser un design encastré et le contrôle de la douche devrait être à bouton-poussoir ou utiliser un design arrondi - à éliminer la tige de rideau ou avoir un design qui ne peut pas supporter qu'approximative 100 livres ou le poids du patient le moins lourd traité dans l'unité - les ferme-porte installés en surface du côté de l'espace public et les charnières de porte doivent être continus de haut en bas - les barres à serviettes : détachables - les robinets et les poignées doivent être encastrés ou avoir une design antipendaison - à éviter dans l'unité : les cordons de rideaux, les ceintures, les cravates, les lacets, les foulards, les ceintures de peignoir, les pantalons à cordon, le soutien-gorge - les fenêtres et les miroirs doivent être faits en plastique ou en verre incassable - les fenêtres ne devraient pas s'ouvrir de l'intérieur que par des clés spéciales ou avoir des grillages intérieurs de sécurité verrouillés. <p>Aménagements environnementaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - patients dans les salles de l'isolement nécessitent un très haut niveau de surveillance. Il devrait n'y avoir aucune protubérance interne et les chambres devraient avoir la capacité de surveillance par la fenêtre ou par vidéosurveillance <p>Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les effets personnels de chaque patient doivent être inventoriés à l'admission et une décision sur l'utilité de chaque item doit être prise - l'évaluation clinique des patients qui doivent partager une chambre permettra de minimiser le risque d'automutilation en utilisant une pièce de colocataire - les patients suicidaires doivent être placés la plus proche du poste infirmier et avoir un colocataire - le personnel d'entretien devrait recevoir une formation appropriée afin de ne pas laisser le panier (à nettoyage) sans surveillance et de signaler aux infirmières les patients qui semblent d'essayer de gagner l'accès au panier - le chef médical et l'infirmière-chef doivent contribuer avec l'ingénieur et l'architecte au design des unités de soins sécuritaire - des inspections régulières sont recommandées
Lillywhite 1 995, GB	Audit pour identifier les caractéristiques de sécurité de salles utilisées pour faire	Type d'étude : - observationnel, deux étapes : 1. design d'un instrument qui	Aménagements sécuritaires : - Toutes les salles d'entrevue doivent être situées à proximité de zones réservées au personnel (poste), avoir des boutons d'alarme, des judas, doivent accommoder confortablement trois personnes, avoir un téléphone, être tranquilles, impossible à barrer par l'intérieur et devrait être régulièrement vérifiées pour des armes potentielles.

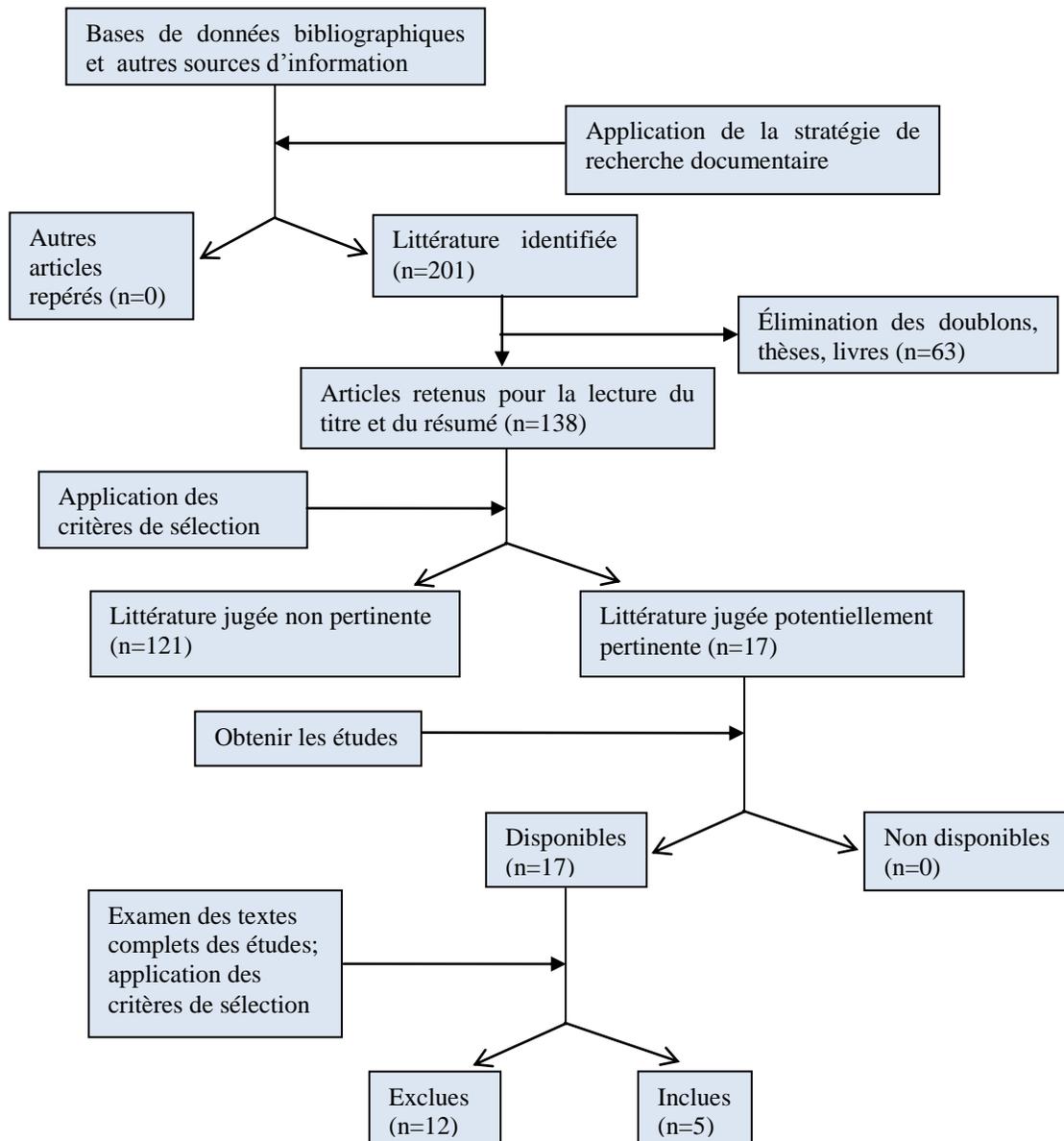
	d'entrevues avec les patients psychiatriques (étude pour la sécurité du personnel psychiatrique)	contient les éléments d'une chambre idéale d'entrevue 2. validation de l'instrument par le personnel médical	Aménagements environnementaux : Autres facteurs qui influencent la sécurité :
Yeager 2005, États-Unis	Donner un aperçu des meilleures pratiques sur les environnements sécuritaires pour les patients avec des maladies mentales, basés sur les guides des pratiques disponibles et les approches basés sur les preuves	Type d'étude : - descriptive, revue	Aménagements sécuritaires : - les portes : avec une charnière continue pleine surface; enlever les 6 pouces (15.24 cm) centimètres de la porte pour minimiser les risques de pendaison, mais les rideaux, les portes de type accordéon ou coulissantes encastrées sont préférables pour réduire le risque de pendaison - installer une boîte en acier inoxydable autour de la plomberie et des plaques aux barres d'appui qui permettent la fonctionnalité, mais aide à minimiser les risques de pendaison en a position assise ou à genoux - tous les grilles de ventilation : couverts d'un grillage pour empêcher l'enlèvement des ailettes (qui peuvent être utilisés comme armes) - surveiller les substances toxiques utilisées pour le nettoyage des unités Aménagements environnementaux : - armes potentielles qui sont dans l'unité : des outils qui sont utilisés par le personnel d'entretien, articles de nettoyage, chariots et instruments utilisés par les médecins et personnel infirmier; par exemple, un stéthoscope laissé dans la chambre du patient peut rapidement devenir un mécanisme de strangulation du personnel ou d'un autre patient; les balais peuvent être utilisés comme des armes, par une personne formée en arts martiaux; les meubles cassés ou pas sécuritaires, les armoires, et de chariots lourds utilisés pour le transport des matériaux à l'unité, tous présentent des risques de sécurité - les unités doivent être surveillées pour des éléments qui peuvent être décomposés en partie et utilisées comme des armes, par exemple, les bacs à linge couramment utilisés peuvent être divisés en plusieurs parties (des armes potentielles) - lorsque cela est possible, les unités devraient adopter les dossiers médicaux électroniques qui offrent la mobilité aux infirmières, tout en préservant la confidentialité de l'information du patient. Les ordinateurs portables, blocs-notes, et assistants personnels numériques (PDA) sont également efficaces dans la prévention des erreurs Autres facteurs qui influencent la sécurité : - pour réduire les risques résiduels, les patients à risque doivent être surveillés toutes les 5 minutes ou moins

			<ul style="list-style-type: none"> - des inspections de routine au moins une fois par semaine doivent être mises en place pour identifier et réduire les risques; - des audits annuels, y compris des perspectives extérieures - pour traiter le programme de sécurité, le leadership comprend trois domaines principaux : l'expérience, la disponibilité, et la compréhension du plan de sécurité pour les patients; - un exemple de la disponibilité : les postes infirmiers ont été fermés; alors, la documentation se fait avec des ordinateurs portables sans fil, avec le personnel soignant qui circule toujours dans les unités; - autre exemple : personnel de soins directs devrait être impliqué dans tous les domaines de la planification l'utilisation des anciens patients comme des volontaires dans les unités - le personnel soignant devrait être impliqué dans tous les domaines de la planification du programme de sécurité et avoir leur feed-back une fois le programme est implémenté - le personnel doit être familiarisé avec la pratique la plus récente en matière de sécurité des patients (en utilisant les revues de la littérature) - la comparaison externe doit aussi être recherchée (avec des institutions similaires en termes de numéro et mélange des patients et le personnel)
Watts 2012, États-Unis	Pour évaluer l'effet de l'identification et la réduction des risques sur les suicides de patients hospitalisés dans les VHA (Veterans Health Administration)	Type d'étude : - observationnel, pre-post design, sans groupe contrôle	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les mesures suggérées : les pommes de douche qui ne permettent pas des points d'ancrage et des crochets de serviette détachables. Dans les placards, les points d'ancrage communs étaient la porte du placard et la barre à vêtements; alors, des placards ouverts sans porte et des crochets détachables pour les vêtements ont été suggérés <p>Voir la checklist Mental Health Environment of Care Checklist (MHEOCC) pour les détails</p> <p>Aménagements environnementaux : Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p>
Sans auteurs, 1983, États-Unis	Offrir un ckecklist avec des items pour évaluer la sécurité des unités psychiatriques	Type d'étude : - descriptive	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les chambres de patient : les murs – solides, intacts, propres, et peints avec de peinture non toxique; les plafonds – fixes; les planchers – solides, plutôt que carrelés; moulage – pas du tout ou fixé; l'éclairage et les enseignes de sorties – encastrés dans les plafonds et murs, avec des lumières de nuit et de couvercles incassables; les poignées de porte impossibles d'attacher avec des lacets et ceintures; installer les charnières qui sont conformes aux codes d'incendie et permettent aux portes d'être ouverts dans les deux directions; les meubles faits en matériaux non toxiques, avec des coins arrondis; plutôt encastrés que mobiles, avec des poignées à tirer encastrées; des miroirs fait dans des matériaux incassables; les grilles de ventilation de chauffage et refroidissement placés aux plafonds ou en haut des murs avec des mailles fines plutôt que des grilles à ailettes; des tringles détachables pour les armoires et autres endroits d'entreposage où les patients ont accès; les fenêtres

		<p>en plexiglas ou verre sécuritaire avec un ouverture limitée; rideaux ignifugés, des stores sans cordes</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salles de bain : des tiges de douche et des porte-savons détachables; des rideaux qui coulissent sur des tiges au lieu de crochets; des pommes de douche et des robinets encastrés; des toilettes sans réservoirs de porcelaine; des panneaux de contrôle de l'eau verrouillés pour éviter les brûlures - les chambres d'isolement : pas des coins aveugles ou des obstructions visuelles; poignées encastrées plutôt que des poignées saillantes; interrupteurs des lumières sur les murs à l'extérieur de chambres; des luminaires et grilles de ventilation couverts, encastrés dans les murs; aucun moulure; matelas et coussins sans fermeture éclair ni poches; seuils tombant à l'extérieur au bas de la porte (côté public) pour empêcher le passage des lames de rasoir, des allumettes ou des pilules dans la chambre; fenêtre en plexiglas avec des moustiquaires sécuritaires verrouillés; les chambres d'isolation doivent être fermées et verrouillées quand ne sont pas utilisées - salles (zones) de loisir et thérapie : les horloges, les signes de sorties de secours et les écrans de télévision devraient être recouverts de plexiglas ou par un grillage sécuritaire; les meubles avec des coins arrondis et faits en plastique pas en bois, avec des poignées à tirer encastrées; ces salles doivent être équipées avec des boutons panique - les chambres utilitaires et à médicaments : des places sécuritaires pour les équipements et les instruments tranchants; doivent être équipées avec des boutons-paniques et fermées et verrouillées quand ne sont pas utilisées; les chariots de ménage et les substances toxiques doivent être entreposés dans des endroits fermés quand ne sont pas utilisés <p>Aménagements environnementaux : Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - instruire le personnel qui fait le ménage de ne pas laisser les chariots de ménage sans surveillance dans les couloirs et de verrouiller chaque salle après nettoyage
--	--	---

ANNEXE F : Sélection des articles – unités d'urgence

Diagramme de sélection des articles



Liste des articles exclues

ÉTUDES	RAISON DE L'EXCLUSION
Chan et al., 2005 (65), Flannery et al., 2004 (66), Gerberich et al., 2005 (43), Hearrell 2009 (67), Hodgson 2003 (68), Liplely 2011 (69), Sprinks 2011 (70), Syvester 1998 (71), Auteurs inconnues : 1993 (72), 1998 (73), 1998 (74), 1999 (75)	Pas d'information relevant sur les aménagements sécuritaires

ANNEXE G : Tableau de données – unités d’urgence

ÉTUDES	OBJECTIVE	MÉTHODES	RÉSULTATS
Allison 1999, États-Unis	L'article présente des stratégies de planification et de design pour améliorer la sécurité des unités d'urgence et les aires adjacentes	Type d'étude : descriptive	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - localiser, configurer et design toutes les aires publiques et les approches pour une surveillance facile par le personnel soignant : utiliser des fenêtres, des cloisons vitrées et des écrans perforés pour le monitoring visuel et placer les postes infirmiers pour une surveillance efficace - créer des itinéraires, des destinations et les zones d'activité clairement définies pour chaque groupe d'utilisateurs : différents matériaux, finitions, couleurs et motifs peuvent être utilisés comme indices pour différencier l'espace public de zones réservées au personnel, ou pour délimiter les frontières entre les secteurs publics et les salles d'attente - fournir des aires réservées pour les familles et les visiteurs dans la salle générale d'attente - limiter les numéros d'entrées dans l'unité et fournir des zones de contrôle pour chacune; séparer les entrées de patients qui arrivent en ambulance de celles pour les patients qui arrivent à pied - fournir des services de sécurité dans l'unité ou juste à côté pour l'accès immédiat en cas d'urgence - fournir des mesures de protection passive : des plateformes élevées ou des positions assises élevées sur les côtés du personnel des stations ou des compteurs; des comptoirs plus profonds pour empêcher quiconque d'atteindre de saisir ou frapper le personnel; des sièges fixes et des surfaces d'écriture pratique pour être utilisée en position assise, pour favoriser l'interaction assise - avoir des salles d'entrevue au triage et à l'aire de registration ou des stations d'entrevue (prévues avec des cloisons entre les positions ou des compteurs pour faciliter l'intimité) - utiliser des barrières pour bloquer l'accès physique, mais pas visuel aux différentes zones de la salle d'attente; utiliser des plantes, des fontaines, des murs partiels ou des écrans perforés - attacher tous les meubles des zones publiques aux planchers - fournir des équipements près des zones d'attente : téléphones, tables, fontaines à l'eau, toilettes, distributeurs automatiques, etc. - avoir des portes contrôlées électroniquement - fournir l'accès de la zone d'attente à un jardin ou une cour intérieure - fournir des chambres pour les patients ou visiteurs violents, avec des aménagements pour prévenir les fuites et réduire les risques de blessures; une fenêtre avec la vue dans la chambre est nécessaire pour permettre au personnel de vérifier l'état et le comportement du patient - fournir une chambre tranquille pour la transmission de mauvaises nouvelles ou pour discuter de l'information bouleversante

			<ul style="list-style-type: none"> - fournir des salles d'examen avec des fenêtres vers les couloirs du personnel pour permettre l'observation des chambres et des activités dedans - utiliser des matériaux durables et faciles à nettoyer - accueillir une surveillance active, par des alarmes et les technologies de contrôle de l'accès <p>Aménagements environnementaux : Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p>
Canal 2009, États-Unis		Type d'étude : - descriptive	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la séparation des aires de réception de patients de celles de triage, de traitement et des chambres de patients tranquilles et sécuritaires, mais sans barrières hostiles - l'utilisation des technologies facilite le contrôle de l'accès à l'unité d'urgence (tel que caméra en circuit fermé) - des signes d'orientation détaillant des issues tels que les temps d'attente, quels patients ont le statut de priorité, peuvent aider à apaiser la colère envers le personnel - la signalisation de la politique pour délimiter les responsabilités juridiques et des droits des patients, des visiteurs et des employés assure la coopération et protège l'hôpital de litiges - des salles d'attente doivent avoir des téléphones, des fontaines à l'eau, des toilettes, des distributeurs automatiques, télévision, etc. - les détecteurs de métaux encastrés dans les murs et peu visibles empêchent l'introduction des armes dans les hôpitaux <p>Aménagements environnementaux : Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un policier ou sécurité hors service dans la salle d'attente offre une dissuasion psychologique pour un comportement inapproprié et peut intervenir immédiate dans le cas d'un incident
Greenlund 2011, Island	Identifier les facteurs de risques dans les unités d'urgence et donner des stratégies pour réduire ces risques	Type d'étude : - descriptive	<p>Aménagements sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'environnement pour les patients psychiatriques doit être sans mobilier ni équipement médical qui peuvent être utilisés en tant qu'armes; les hôpitaux peuvent réduire le risque de blessures du personnel par le simple retrait d'objets des zones de traitement psychiatrique de l'unité d'urgence; parfois, il suffit de réorganiser les meubles pour empêcher que le personnel soit piégé, si confronté à une situation violente de la part d'un patient ou visiteur <p>Aménagements environnementaux : Autres facteurs qui influencent la sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des policiers hors service peuvent être payés pour travailler en uniforme pendant les quarts à haut risque et peut être un moyen de dissuasion pour les comportements violents, tout en protégeant le personnel et les d'autres patients

Kowalenko 2012, États-Unis	Identifie les facteurs de risques et les interventions pour prévenir la violence dans les unités d'urgence	Type d'étude : - revue de la littérature, limitée aux études menées au États-Unis seulement	Aménagements sécuritaires : - modifier l'aménagement physique et implémenter du personnel de sécurité, des chiens et des équipements - utiliser de détecteurs de métaux, effectuer des recherches manuelles de personnes qui arrivent en ambulance et avoir la présence du personnel de sécurité 24 heures sur 24; - d'autres changements inclus des miroirs, des systèmes d'alarme, des boutons-paniques, un bon éclairage et une bonne visibilité, le monitoring des couloirs, des barrières entre le personnel et le publique et l'élimination de salles d'isolation Aménagements environnementaux : Autres facteurs qui influencent la sécurité : - la formation du personnel médical pour reconnaître les signes potentiels de la violence, pour donner des réponses rapides et appropriées aux patients et visiteurs qui font preuve d'une agressivité exacerbée, pour faire face aux épisodes de violence - Interventions au niveau politique : cette catégorie comprend le développement des programmes, des politiques et des pratiques de travail à promouvoir un environnement de travail sécuritaire sur les plans institutionnel, local, régional, et au niveau national - le guide OSHA (Occupational Safety Health Administration) recommande : 1) un programme de prévention de la violence au travail qui a un engagement de soutien de la part de la direction; 2) conduire une analyse de l'environnement spécifique, et 3) l'utilisation de résultats de cet analyse pour développer des interventions spécifiques au site
Kramer 1993, États-Unis	Décrire les mises à jour du système de sécurité dans l'unité d'urgence de Henry Ford Hospital, Detroit qui aide à la gestion de l'environnement et donne aux employés un sens de contrôle	Type d'étude : - descriptive	Aménagements sécuritaires : - adopter un plan qui restreint l'accès à l'entrée à pied et l'entrée pour les ambulances - le contrôle de l'entrée est transféré du poste infirmier au bureau de la sécurité - des dispositifs pour contrôler l'accès dans l'unité : des serrures électromagnétiques, des caméras de surveillance en circuit fermé, des moyens de communication bidirectionnelle; des tablettes tactiles électroniques pour le personnel autorisé - bureau de sécurité : installé à côté du bureau de registration; ce bureau est placé plus haut (un pied plus haut que le plancher); le bureau a le compteur plus large pour empêcher un individu de se pencher sur et est fermé les deux côtés pour prévenir les individus se rendre en arrière de l'officier de sécurité - des caméras : installées dans le couloir pour surveiller le bureau de la sécurité, la salle d'attente, la réception ou le poste d'accueil et la sortie de patients, ainsi que dans l'entrée pour les ambulances pour surveiller le bureau de la sécurité et les véhicules qui arrivent - des caméras de surveillance : aussi installées dans les couloirs des départements - des serrures électromagnétiques et le pavé tactile électronique : utilisés pour contrôler l'accès à la salle de réanimation

			Aménagements environnementaux : Autres facteurs qui influencent la sécurité :
--	--	--	--

RÉFÉRENCES

1. 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. Institut universitaire en santé mentale de Montréal, rapport ETMIS rédigé par Ionela L Gheorghiu. 2013.
2. Ulrich RS, Bogren L, Lundin S. Toward a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities. Paper submitted to the conference ARCH 12: ARCHITECTURE / RESEARCH / CARE / HEALTH. 2012;Chalmers, Gothenburg.
3. Nijman HL, aCampo JM, Ravelli DP, Merckelbach HL. A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards.[Erratum appears in Psychiatr Serv 1999 Aug;50(8) : 1027]. Psychiatr Serv. 1999;50(6) : 832-4.
4. Yeager KR, Saveanu R, Roberts AR, Reissland G, Mertz D, Cirpili A, et al. Measured Response to Identified Suicide Risk and Violence: What You Need to Know About Psychiatric Patient Safety. Brief Treatment and Crisis Intervention. 2005;5(2) : 121-41.
5. Cardell R, Bratcher KS, Quinnett P. Revisiting "suicide proofing" an inpatient unit through environmental safeguards: A review. Perspectives in Psychiatric Care. 2009;45(1) : 36-44.
6. Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, et al. Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future directions. J Emerg Med. 2012;43(3) : 523-31.
7. Canal BA, Tony Y. Making today's healthcare facilities safer and secure. Journal of healthcare protection management : publication of the International Association for Hospital Security. 2009;25 (2) : 46-53.
8. Allison DJ, Matthew RT. Hot spot : planning, design and construction is the right remedy for ED dangers. Journal of healthcare protection management : publication of the International Association for Hospital Security. 1998;15 (1) : 54-8.
9. Karlin BE, Zeiss RA. Best practices : environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. Psychiatric services (Washington, DC). 2006; 57 (10) : 1376-8.
10. Busse R, Orvain J, Velasco M, Perleth M, Drummond M, Gurtner F, et al. Best practice in undertaking and reporting health technology assessments. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2002;18(2) : 361-422.
11. Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. Journal of health services research & policy. 2005;10 Suppl 1:6-20. Epub 2005/08/02.
12. Anton D, Levy F, Peterson-Stuart F, Fortier M, Bouchard JP. Therapeutic limits on an extreme psychiatric unit. [French]. Soins. 2009;Psychiatrie. (261) : 30-4.
13. Dunet L. [The architectural design of psychiatric care buildings]. [French]. Soins. 2012;Psychiatrie. (280) : 20-2.
14. Jeffers TJ. Safety considerations in the psychiatric setting. Psychiatric Hospital. 1991;22 (3) : 119-22.
15. Laidlaw S. Anti-ligature design reduces patient risk. Health Estate. 2005;59(10) : 58-9.
16. Lieberman DZ, Resnik HLP, Holder-Perkins V. Environmental risk factors in hospital suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2004;34 (4) : 448-53.
17. Protecting patients and staff and reducing liability in the psychiatric unit. Hosp Secur Saf Manage. 1983;4(7) : 5-11.

18. Dobrohotoff JT, Llewellyn-Jones RH. Psychogeriatric inpatient unit design : a literature review. *International psychogeriatrics / IPA*. 2011;23 (2) : 174-89.
19. Johnson ME, Delaney KR. Keeping the Unit Safe: A Grounded Theory Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2006;12(1) : 13-21.
20. Christenfeld R, Wagner J, Pastva G, Acrish WP. How physical settings affect chronic mental patients. *Psychiatric Quarterly*. 1989;60 (3) : 253-64.
21. Lillywhite A, Morgan N, Walter E. Reducing the risk of violence to junior psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*. 1995;19(1) : 24-7.
22. Watts BV, Young-Xu Y, Mills PD, DeRosier JM, Kemp J, Shiner B, et al. Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *JAMA Psychiatry*. 2012;69(6) : 588-92.
23. Hunt JM, Sine DM. Design guide for the built environment of behavioral health facilities. Distributed by the National Association of Psychiatric Health Systems. 2013.
24. Mental health facilities design guide. US Department of Veterans Affairs. 2010.
25. Mental Health policy implementation guide, National minimum standards for general adult services in Psychiatric Intensive Care Units (PICU) and low secure environments. Department of Health, UK. 2002.
26. Pratiques de soins en psychiatrie et réflexions sur les éléments du programme architectural : aide à l'élaboration d'un programme en psychiatrie. Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, France. 2007.
27. Brickell TA, Nicholls TL, Procyshyn RM, McLean C, Dempster RJ, Lavoie JAA, et al. Patient safety in mental health. Edmonton, Alberta : Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association. 2009.
28. Rapport d'évaluation des environnements physiques recommandés. . Institut universitaire en santé mentale de Québec, rapport ETMIS rédigé par Mélissa Boily, Brigitte Lefebvre et Alain Rioux. 2009.
29. Kramer T. A prescription for security. *Journal of healthcare protection management : publication of the International Association for Hospital Security*. 1993;10 (1) : 1-6.
30. Greenlund L. ED violence: occupational hazard? *Nursing management*. 2011;42 (7) : 28-32; quiz -3.
31. Safety for trainees in psychiatry. Royal College of Psychiatrists UK, Collegiate Trainees' Committee Working Party, Council report CR78. 1999.
32. Safety for psychiatrists. Royal College of Psychiatrists, UK, Council report CR134. 2006.
33. Appelbaum PS, Dimieri RJ. Protecting staff from assaults by patients: OSHA steps in. *Psychiatr Serv*. 1995;46 (4) : 333-4 +8.
34. Armond AD. Violence in the semi-secure ward of a psychiatric hospital. *Med Sci Law*. 1982;22(3) : 203-9.
35. Ballard ED, Pao M, Horowitz L, Lee LM, Henderson DK, Rosenstein DL. Aftermath of suicide in the hospital: institutional response. *Psychosomatics*. 2008;49(6) : 461-9.
36. Brennan G, Flood C, Bowers L. Constraints and blocks to change and improvement on acute psychiatric wards--lessons from the City Nurses project. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(5) : 475-82.
37. Carney MW, Nolan PA. Area security unit in a psychiatric hospital. *Br Med J*. 1978;1(6104) : 27-8.
38. Chaplin R, McGeorge M, Lelliott P. The National Audit of Violence: In-patient care for adults of working age. *Psychiatric Bulletin*. 2006;30 (12) : 444-6.
39. Daffern M, Mayer MM, Martin T. Environment contributors to aggression in two forensic psychiatric hospitals. *The International Journal of Forensic Mental Health*. 2004;3(1) : 105-14.
40. Distasio CA. Violence in health care : institutional strategies to cope with the phenomenon. *The Health care supervisor*. 1994;12 (4) : 1-34.

41. Feeney L, Kavanagh A, Kelly BD, Mooney M. Moving to a purpose built acute psychiatric unit on a general hospital site--does the new environment produce change for the better? *Irish medical journal*. 2007;100 (3) : 391-3.
42. Flannery RB, Hanson MA, Penk WE, Flannery GJ. Violence and the lax milieu? Preliminary data. *Psychiatric Quarterly*. 1996;67(1) : 47-50.
43. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen H, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology*. 2005;16 (5) : 704-9.
44. Hunt JM. A therapeutic approach to preventing self-harm. *Behavioral healthcare*. 31 (8) : 30-3.
45. Hunter ME, Love CC. Types of weapons and patterns of use in a forensic hospital. *Hospital and Community Psychiatry*. 1993;44 (11) : 1082-5.
46. Langley GE, Bayatti NN. Suicides in Exe Vale Hospital, 1972–1981. *The British Journal of Psychiatry*. 1984;145:463-7.
47. Lesage C, Martinet S, Trapet P, Gisselmann A. Suicides dans une institution ou "petite histoire d'une grille andalouse." [Suicides in an institution, or "a brief history of an Andalusian grillwork."]. *Psychologie Medicale*. 1987;19(5) : 653-4.
48. Minde R, Haynes E, Rodenburg M. The ward milieu and its effect on the behaviour of psychogeriatric patients. *Can J Psychiatry*. 1990;35(2) : 133-8.
49. Moos R. Size, staffing, and psychiatric ward treatment environments. *Archives of general psychiatry*. 1972;26 (5) : 414-8.
50. Morello R, Riou M, Morel P, Thouin A. [Isolation rooms in the psychiatric environment]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1996;44(3) : 214-20. Les chambres d'isolement en milieu psychiatrique.
51. Omerov M, Wistedt B. Manageable violence in a new ward for acutely admitted patients. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 1997;12(6) : 311-5. Epub 1997/01/01.
52. Peek-Asa C, Casteel C, Allareddy V, Nocera M, Goldmacher S, Ohagan E, et al. Workplace violence prevention programs in psychiatric units and facilities. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009;23(2) : 166-76.
53. Quinn S. Management of an interim secure unit. *Nursing times*. 1979;75 (6) : 237-40.
54. Salmons PH. Suicide in high buildings. *The British Journal of Psychiatry*. 1984;145:469-72.
55. Vaaler AE, Morken G, Linaker OM. Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2005;59 (1) : 19-24.
56. Van Der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry*. 2002 (2) : 142-9.
57. Brooks KL, Mulaik JS, Gilead MP, Daniels BS. Patient overcrowding in psychiatric hospital units: Effects on seclusion and restraint. *Administration and Policy in Mental Health*. 1994;22(2) : 133-44.
58. Chou KR, Lu RB, Mao WC. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs*. 2002;16 (4) : 187-95.
59. Kumar S, Ng B. Crowding and violence on psychiatric wards: Explanatory models. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2001;46 (5) : 433-7.
60. Lanza ML, Kayne HL, Hicks C, Milner J. Environmental characteristics related to patient assault. *Issues in mental health nursing*. 1994;15 (3) : 319-35.
61. Meehan T, McIntosh W, Bergen H. Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2006;13 (1) : 19-25.
62. Nijman HL, Rector G. Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv*. 1999;50(6) : 830-1.

63. Fedoryk W. Seclusion rooms. *Qrb.* 1980;Quality review bulletin. 6 (12) : 3-4.
64. Rotov M. Ward environment and violence. *Criminal Behaviour and Mental Health.* 1994;4(4) : 259-66.
65. Chan CC, Chung CH. A retrospective study of seclusion in an emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine.* 2005;12 (1) : 6-13.
66. Flannery Jr RB. Theories of human violence: Implications for health care safety. *International Journal of Emergency Mental Health.* 2004;6 (3) : 105-10.
67. Hearrell CL. Creating a Safer Work Environment. *Journal of Emergency Nursing.* 2009;35 (3) : 242-3.
68. Hodgson K. First defense. Using design elements to strengthen security efforts. *Health facilities management.* 2003;16 (3) : 16-20, 2, 4-5.
69. Liplely N. Writing may be on the wall for violent and aggressive patients. *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association.*19 (8) : 6-7.
70. Sprinks J. Emergency department revamp could cut violence. *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association.*19 (1) : 6-7.
71. Sylvester R. The battle against violence in A&E departments. *Nursing times.* 1998;94 (41) : 22.
72. Special report. Violence in hospitals: What are the causes? Why is it increasing? How is it being confronted? *Hospital security and safety management.* 1993;13 (9) : 5-10.
73. Achieving a more secure emergency department 'by design'. *Hospital security and safety management.* 1998;18 (13) : 12-4.
74. Developing a program for dealing with violence in healthcare facilities. *Hospital security and safety management.* 1998;18 (11) : 5-8.
75. Customer-friendly approaches: can they reduce ER and ICU waiting area security problems? *Hospital security and safety management.* 1999;19 (10) : 5-8.

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

Collections

