



CIRANO

Allier savoir et décision

Part des activités cliniques et non cliniques réalisées par les médecins et infirmières

ROXANE BORGÈS DA SILVA

CARL-ARDY DUBOIS

MARJOLAINE HAMEL

2017RP-07
RAPPORT DE PROJET

RP

**Part des activités cliniques et non cliniques réalisées
par les médecins et infirmières**

Roxane Borgès Da Silva, Carl-Ardy Dubois, Marjolaine Hamel

Rapport de projet
Project report

Montréal
Décembre 2017

© 2017 Roxane Borgès Da Silva, Carl-Ardy Dubois, Marjolaine Hamel. Tous droits réservés. *All rights reserved.*
Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted
without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act.

Les partenaires du CIRANO

Partenaires corporatifs

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Gaz Métro
Hydro-Québec
Innovation, Sciences et Développement économique
Intact
Investissements PSP
Ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations
Ministère des Finances du Québec
Power Corporation du Canada
Rio Tinto
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École de technologie supérieure (ÉTS)
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique (INRS)
McGill University
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

ISSN 1499-8629 (Version en ligne)

PART DES ACTIVITÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES RÉALISÉES PAR LES MÉDECINS ET LES INFIRMIÈRES

Recension des écrits

Roxane Borgès Da Silva^{1,2}, Carl-Ardy Dubois^{2,3}, Marjolaine Hamel⁴

SOMMAIRE

Les systèmes de soins de santé de plusieurs pays sont en transformation depuis quelques décennies déjà. Ils sont soumis, d'une part, aux changements démographiques et épidémiologiques des populations desservies et, d'autre part, aux changements technologiques qui influencent directement les pratiques professionnelles. Ce sont autant de facteurs qui créent des pressions pour la transformation du travail des intervenants clés des établissements de soins, les infirmières et les médecins. Dans le contexte de croissance des coûts et de pénurie de ressources spécialisées, les établissements et les décideurs font face au défi d'optimiser l'utilisation de ces intervenants clés et leur efficacité tout en maintenant un haut niveau de qualité des soins.

L'objectif de cette étude était de dresser un portrait, à partir de la littérature scientifique publiée, des activités réalisées par les professionnels de la santé pendant leur temps de travail. Les questions de recherche posées étaient les suivantes :

- 1) Quelles sont les activités réalisées par les professionnels de la santé (médecins et infirmières) et comment se définissent-elles ?
- 2) Quelle est la part des activités cliniques (liées aux soins d'un patient) et non cliniques (non liées aux soins d'un patient) réalisées par les professionnels de la santé (médecins et infirmières) pendant leur temps de travail ?
- 3) Quelle est la part des activités non cliniques réalisées par les médecins et les infirmières qui pourraient ne pas faire partie de leur travail ? Comment ces activités affectent-elles l'efficacité de l'organisation des soins ?

¹ Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et CIRANO

² Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

³ Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École santé publique de l'Université de Montréal

⁴ Professionnelle de recherche indépendante

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une revue de la littérature de type examen de la portée (*scoping review*). Un total de 2346 articles a été recensé en appliquant des équations de recherche aux trois bases de données bibliographiques, Cinahl, PubMed et EconLit. Après un processus rigoureux de sélection, 26 études ont été retenues. La quasi-totalité des études (24) a été menée en milieu hospitalier à travers dix pays. Treize études ont porté sur les activités cliniques et non cliniques des infirmières, onze sur celles des médecins et deux sur les activités des deux professions.

L'analyse montre que les soins directs occupent 25 % à 41 % du temps de travail des infirmières et 15 % à 34 % du temps des médecins. Les soins indirects occupent 22 % à 59 % du temps des infirmières et 57 % à 69 % pour les médecins. Les activités non cliniques comptent pour 4 % à 38 % du temps des infirmières et 0,3 % à 15 % pour les médecins. Pour ces derniers, une part importante des activités non cliniques est consacrée à la « Formation et au développement professionnel ». Les tâches liées au fonctionnement des unités de soins sont peu présentes dans les activités des médecins. Ce type d'activités se retrouve davantage au sein du travail des infirmières. L'ajout de personnel paraprofessionnel à l'équipe de soins ressort comme une avenue intéressante pour permettre aux infirmières de se concentrer sur les tâches relevant de leurs compétences et sur les soins infirmiers directs au patient. L'introduction de nouvelles technologies d'information, la réorganisation des processus de travail et le réaménagement physique des unités de soins sont les principales stratégies répertoriées pour réduire l'effort et le temps consacrés à la documentation clinique qui occupe un espace important des soins indirects. Cette revue de littérature a mis en évidence que les soins directs au patient, qui constituent l'essence des pratiques professionnelles reconnues efficaces et efficientes, n'occupent pas la plus grande part des activités des infirmières et des médecins dans les milieux hospitaliers. Des analyses plus raffinées des activités cliniques et non cliniques en fonction de divers contextes sont nécessaires pour déterminer les activités efficaces et efficientes qui pourraient être exercées par du personnel paraprofessionnel. Cette analyse basée sur des écrits faisant référence à plusieurs pays et contextes différents nous amène à constater que la problématique de l'efficacité liée aux activités cliniques et non cliniques est relativement étendue.

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	5
1. OBJECTIFS	6
2. CONCEPTS ET DÉFINITIONS	7
3. MÉTHODE	8
CRÉATION D'UNE BASE DE DONNÉES INITIALE	8
SÉLECTION DES ÉTUDES PERTINENTES	8
ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ARTICLES.....	9
STRATÉGIE D'ANALYSE DES ÉTUDES	9
4. DESCRIPTION DES ARTICLES RETENUS	11
5. RÉSULTATS	13
5.1 ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LES INFIRMIÈRES ET LES MÉDECINS ET DÉFINITIONS (Q1).....	13
5.2 IMPORTANCE RELATIVE DES ACTIVITÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES DANS LE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES ET DES MÉDECINS (Q2)	17
5.3 ACTIVITÉS NON CLINIQUES (Q3)	19
5.4 ACTIVITÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES, SOURCES D'INEFFICIENCE (Q3).....	21
<i>Les infirmières</i>	22
<i>Les médecins</i>	23
<i>Communication interprofessionnelle</i>	24
<i>Temps perdu</i>	24
6. DISCUSSION	25
CONCLUSION	27
RÉFÉRENCES	28
ANNEXE 1 : ÉQUATIONS DE RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES	31
ANNEXE 2 CRITÈRES D'ÉVALUATION DES ARTICLES	36
ANNEXE 3 : LISTE DES ÉTUDES RETENUES ET DESCRIPTION DES ACTIVITÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES	37
ANNEXE 4 : TEMPS ALLOUÉ AUX ACTIVITÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES (ÉTUDES DE TEMPS ET DE MOUVEMENTS)	45

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1 THÈMES ET SOUS-THÈMES DE LA GRILLE DE LECTURE DES ARTICLES.....	9
TABLEAU 2 ACTIVITÉS CLINIQUES RECENSÉES DANS LA LITTÉRATURE*	14
TABLEAU 3 ACTIVITÉS NON CLINIQUES RECENSÉES DANS LA LITTÉRATURE*	16
TABLEAU 4 PART DES ACTIVITÉS NON CLINIQUES : PROPORTION DE TEMPS TRAVAILLÉ PAR LES INFIRMIÈRES ET LES MÉDECINS (%)	19
TABLEAU 5 ZONES D'INEFFICIENCE ET CONTRIBUTION SOUHAITABLE DU PERSONNEL AUXILIAIRE OU DE SOUTIEN AUX ACTIVITÉS DES INFIRMIÈRES ET DES MÉDECINS.....	21
TABLEAU 6 LISTE DES ÉTUDES RETENUES ET DESCRIPTION DES ACTIVITÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES	37
TABLEAU 7 : PROPORTION DE TEMPS ALLOUÉ AUX ACTIVITÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES PAR LES INFIRMIÈRES (INF) ET LES MÉDECINS (Mds) (%)	45
FIGURE 1 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	12
FIGURE 2 TEMPS ALLOUÉ AUX CATÉGORIES D'ACTIVITÉS CLINIQUES LIÉES AUX SOINS DIRECTS (SD), AUX SOINS INDIRECTS (SI), AUX ACTIVITÉS NON CLINIQUES (ANC) ET AUX ACTIVITÉS PERSONNELLES (AP) PAR LES INFIRMIÈRES ET LES MÉDECINS SELON LES ÉTUDES DE TEMPS ET DE MOUVEMENTS.....	18

INTRODUCTION

Les systèmes de santé des pays occidentaux sont en transformation depuis quelques décennies. Ils sont soumis, d'une part, aux changements démographiques et épidémiologiques des populations desservies et, d'autre part, aux restrictions budgétaires et aux changements technologiques qui influencent directement les pratiques professionnelles (Hendrich et coll. 2008 ; Lavander et coll. 2016). Ces divers facteurs créent des pressions pour la transformation du travail des intervenants clés des établissements de soins, les infirmières et les médecins (Duffield et coll. 2008 ; Lavander et coll. 2016). Ils ne sont pas sans répercussion sur la prestation des soins directs au patient (Ammenwerth et Spötl 2009).

Les enjeux concernant l'organisation du travail et les activités réalisées par les infirmières et les médecins touchent tant à la demande de services qu'à l'offre (Füchtbauer et coll. 2013 ; Duffield et coll. 2011 ; Weigl et coll. 2009). Sur le plan de la demande, l'alourdissement des clientèles et la complexification de leurs conditions amènent à modifier les pratiques professionnelles pour les aligner sur les nouveaux besoins. Sur le plan de l'offre, de nouveaux outils technologiques conjugués à des pressions pour diminuer les durées de séjour ont contribué à créer de nouveaux besoins en termes de documentation et de transmission de l'information clinique. Le temps passé à la documentation clinique et administrative constitue un des plus grands changements dans le travail des infirmières et des médecins. Pour contrôler leurs coûts et combler leur manque d'infirmières qualifiées, plusieurs milieux ont misé sur d'autres types de personnel infirmier, d'assistance et de soutien, amenant ainsi à revoir les rôles de différents membres de l'équipe de soins (Duffield et coll. 2008). Dans divers milieux, la problématique relève surtout d'une mauvaise utilisation des effectifs disponibles. Les infirmières peuvent être ainsi appelées à dédier une partie considérable de leur temps à des tâches non cliniques, qui ne requièrent pas de qualifications infirmières spécifiques ou d'expertise et qui n'ont pas de valeur thérapeutique directe, par exemple le transport des patients et diverses tâches administratives (Desjardins et coll. 2008). Une récente revue systématique de la littérature sur la division du travail entre les infirmières et le personnel des unités de soins a mis en évidence le fait que, malgré les besoins en services infirmiers hautement spécialisés, on constate fréquemment que les infirmières consacrent du temps à des tâches ne correspondant pas à leur rôle (Lavander et coll. 2016).

Les contraintes budgétaires exigent qu'on améliore l'efficacité des systèmes sans compromettre les soins aux patients (Kim et coll. 2010). Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de bien comprendre la pratique actuelle des médecins et des infirmières dans leurs activités quotidiennes et d'évaluer ces activités en fonction des compétences et du rôle attendu de chacun (Duffield et coll. 2008 ; Lavander et coll. 2016 ; Desjardins et coll. 2008).

La revue de littérature que nous avons effectuée fait le point sur la question des activités réalisées par les médecins et les infirmières dans leur pratique quotidienne. Plus particulièrement, nous questionnons les activités qui ne sont pas liées aux soins des patients. Quelles sont ces activités

et quelle place prennent-elles dans l'ensemble des tâches réalisées ? Nuisent-elles à l'organisation des soins et ont-elles un effet sur l'efficacité du système de soins de santé ? Ces questions sont d'autant plus importantes qu'au Canada, dans les budgets hospitaliers, 60 % des dépenses sont associées à la rémunération (Institut canadien d'information sur la santé, 2016) et que le personnel infirmier représente la majorité de la main-d'œuvre hospitalière. De plus, selon l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2015, 15,4 % des dépenses de santé étaient consacrées à la rémunération des médecins et 25,5 % aux hôpitaux.

1. OBJECTIFS

L'objectif de cette étude était de dresser un portrait, à partir de la littérature scientifique, des activités réalisées par les professionnels de la santé pendant leur temps de travail, en portant une attention particulière aux activités qui ne sont pas directement liées aux soins des patients. Les questions de recherche posées étaient :

- 1) Quelles sont les activités réalisées par les professionnels de la santé (médecins et infirmières) et comment se définissent-elles ?
- 2) Quelle est la part des activités cliniques (liées aux soins d'un patient) et non cliniques (non liées aux soins d'un patient) réalisées par les professionnels de la santé (médecins et infirmières) pendant leur temps de travail ?
- 3) Quelle est la part des activités non cliniques réalisées par les médecins et les infirmières qui devraient ne pas faire partie de leur travail ? Comment ces activités affectent-elles l'efficacité de l'organisation des soins ?

En plus des activités cliniques et non cliniques nécessitant l'expertise professionnelle des médecins et des infirmières, cette recension des écrits a porté une attention particulière aux trois types d'activités non cliniques suivantes : les activités administratives qui devraient être réalisées par des agents administratifs, les activités qui ne relèvent pas des soins, mais qui sont réalisées par les infirmières et les médecins (ex. : activités en lien avec la salubrité, la buanderie, etc.) et les activités de soutien aux patients qui pourraient être réalisées par des personnes autres que les médecins et les infirmières (ex. : les préposés aux bénéficiaires).

2. CONCEPTS ET DÉFINITIONS

Selon le grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française, l'adjectif clinique « Se dit de tout ce qui concerne le malade au lit ou de ce qui est effectué, observé ou enseigné au chevet d'un malade, sur le patient même, et non dans les livres ou par la théorie. » Les activités cliniques font donc référence aux activités liées aux soins des patients. Les activités cliniques se décomposent en activités de soins directs et indirects (Morris et coll. 2007). Selon la littérature, les activités de soins directs regroupent toutes les interventions que les professionnels de la santé réalisent auprès du patient et de sa famille dans la prestation des soins : les soins, les conseils, l'éducation et les actions sociales directes (Burke et coll. 2000 ; Kakushi et Évora 2014 ; Kim et coll. 2010 ; Morris et coll. 2007). Les activités de soins indirects regroupent toutes les activités en lien avec la prestation de soins, mais réalisées sans le patient : documentation du dossier médical, notes journalières, discussions de cas entre professionnels de santé, activités administratives, interprétations de tests diagnostiques, interactions avec les autres professionnels de la santé, etc. (Burke et coll. 2000 ; Chisholm et coll. 2011 ; Kakushi et Évora 2014 ; Kim et coll. 2010).

Parmi les autres activités effectuées par les professionnels de la santé, on retrouve des activités qui ne sont pas directement liées aux soins des patients que nous appellerons activités non cliniques. On y retrouve la gestion de l'unité de soins, la formation des étudiants, les rencontres d'équipe ou encore les activités liées à l'entretien de l'unité de soins ou à son bon fonctionnement et qui ne sont pas spécifiques à un patient en particulier (Chisholm et coll. 2011 ; Morris et coll. 2007).

Enfin, pour analyser les activités réalisées par les professionnels de la santé qui ne relèvent pas de leurs compétences et de leur rôle, nous nous sommes basés sur la notion d'utilisation efficiente des ressources telle que décrite par Agarwal (Agarwal et coll. 2010). Une utilisation des ressources infirmières et médicales inappropriée se traduit en perte de temps à réaliser des activités qui ne relèvent pas de leurs compétences et de leur rôle et crée des zones d'inefficience. Ces dernières peuvent entraîner une diminution du temps consacré aux soins directs au patient.

3. MÉTHODE

Pour répondre aux objectifs de cette étude, une revue de littérature de type examen de la portée (*scoping review*) a été réalisée. Un examen de la portée a pour objectif de fournir un aperçu du type, de l'étendue et de la quantité de recherche disponible sur un sujet donné. Les examens de la portée sont recommandés quand on cherche de manière exploratoire à clarifier un concept ou un objet de recherche. Ils permettent de résumer des résultats de recherche parmi un ensemble de données scientifiques afin de les diffuser. Les examens de la portée intègrent également un ensemble d'études publiées et issues de la littérature grise, comportant différents devis de recherche et issues de différentes disciplines (Arksey et O'Malley, 2005). La stratégie utilisée dans cette étude s'inspire du cadre méthodologique proposé par Levac (Levac et coll. 2010).

Création d'une base de données initiale

La recherche d'articles a d'abord été réalisée à l'aide des bases de données *Cinahl*, *PubMed* et *EconLit* par une étudiante finissant une maîtrise en bibliothéconomie. Toutes les recherches ont été effectuées au cours du mois de juillet 2016. Les articles provenant de *Cinahl* ont été repérés le 14 juillet 2016, les articles provenant de *EconLit* ont été repérés le 17 juillet 2016 et enfin les articles provenant de *PubMed* ont été repérés le 23 juillet 2016. Pour récupérer le maximum d'études sur le sujet, une stratégie de recherche contenant trois concepts majeurs a été élaborée. Le premier concept regroupait tous les dérivés pertinents de « professionnels de la santé ». Le second concept réunissait tous les dérivés pertinents à la « répartition des tâches ». Le troisième concept regroupait tous les dérivés pertinents aux « études de temps et de mouvements (*time and motion study*) ». Les concepts retenus pour les stratégies de recherche et les équations de recherche sont détaillés à l'annexe 1. Ils ont été adaptés selon les spécificités de chacune des bases de données. Comme il s'agissait d'une revue de littérature de type examen de la portée, nous n'avons appliqué, *a priori*, aucune limite à la recherche, sauf sur la langue de publication. Ainsi, tous les articles repérés par les requêtes ont été retenus pourvu qu'ils aient été rédigés en anglais ou en français.

Sélection des études pertinentes

Pour sélectionner les études pertinentes, la stratégie a été basée sur trois étapes. La première étape a consisté à exclure de la base de données les doublons, les articles antérieurs à 2005 et, à partir des titres, les articles trop éloignés de notre domaine d'intérêt. Un second tri a été fait en évaluant la pertinence des études à partir des résumés des articles. À cette étape, la démarche était intentionnellement inclusive afin de conserver les articles potentiellement intéressants et de discuter de leur inclusion avec les membres de l'équipe. Levac et coll. (2010) recommandent en effet que la sélection finale des études aux fins de la revue de la littérature implique plus d'un réviseur. Cette dernière étape, cruciale dans la démarche, a permis de résoudre les questions sur les incertitudes et les ambiguïtés relatives à la pertinence des études.

Les critères suivants ont été utilisés pour exclure les articles jugés non pertinents :

- études portant sur des professionnels de la santé autres que les médecins et les infirmières (ex. : dentistes, physiothérapeutes) ;
- études concernant des problèmes de santé spécifiques, leur traitement et leur efficacité et celles portant sur des modes d'interventions cliniques spécifiques ;
- études concernant des aspects liés à l'organisation du travail, sans lien direct (ou rapproché) avec la réalisation d'activités cliniques et non cliniques ;
- études s'intéressant aux impacts du travail sur les professionnels, sans regard direct (ou rapproché) avec la réalisation d'activités non cliniques (ex. : dépression chez les infirmières, taux d'absentéisme...) ;
- éditoriaux et lettres d'opinion.

Les articles retenus pour une analyse approfondie de leurs résultats répondaient aux exigences suivantes :

- études ayant pour objet les activités cliniques et non cliniques réalisées par les médecins et les infirmières et le temps alloué à leur réalisation pendant leur travail ;
- études quantitatives ou qualitatives (collectes de données) ou revues de littérature basées sur des méthodologies valides (ex. : revue systématique, examen de la portée) ;
- publications révisées par les pairs ;
- publications parues après 2005 ;
- publications rédigées en langue française ou anglaise.

Évaluation de la qualité des articles

La qualité méthodologique des études a été évaluée en appliquant la grille *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Pluye et coll. 2011). L'application de cette grille a permis d'apprécier et de décrire la qualité méthodologique des études avec des devis qualitatifs, quantitatifs et mixtes. Les critères d'évaluation sont présentés à l'annexe 2.

Stratégie d'analyse des études

Les thèmes et les sous-thèmes présentés au tableau 1 constituent la grille de lecture des articles retenus. Pour décrire et définir les activités des infirmières et des médecins (question de recherche 1), nous avons utilisé l'ensemble des études retenues. Pour évaluer la part des activités cliniques et non cliniques (questions de recherche 2 et 3), nous avons utilisé les études ayant exprimé leurs résultats en pourcentage de temps consacré à une activité ou à une catégorie d'activités. Les études utilisées et les données extraites sont présentées sous forme de tableaux descriptifs. Les principaux constats sont dégagés de l'analyse comparative des données extraites des études et de l'analyse que les auteurs en ont faite.

TABLEAU 1 THÈMES ET SOUS-THÈMES DE LA GRILLE DE LECTURE DES ARTICLES

Description de l'étude	Objectifs ou questions de recherche Région/pays Professionnels et milieux de travail Thèmes abordés : activités cliniques directes, activités cliniques indirectes, activités non cliniques, activités personnelles
Cadres conceptuel et méthodologique	Définitions et concepts Type de devis (quantitatif, qualitatif, mixte), échantillonnage de travail (<i>work-sampling analysis</i>), étude de temps et de mouvements (<i>time-motion study</i>) Description de l'échantillon : taille, quart de travail, particularités Outils et méthodes de collecte
Résultats (fonction des questions d'étude)	Activités réalisées par les professionnels de la santé (médecins et infirmières) et définitions Proportions d'activités cliniques, directement liées aux soins des patients et indirectement liées aux soins des patients, réalisées par les professionnels de la santé (médecins et infirmières) pendant leur temps de travail Activités non cliniques et proportions réalisées par les professionnels de la santé (médecins et infirmières) pendant leur temps de travail Activités cliniques et proportions réalisées par les médecins et les infirmières qui ne font pas partie de leur domaine de compétence et qui pourraient être réalisées par d'autres (ex. : les préposés aux bénéficiaires) Activités non cliniques et proportions réalisées par les médecins et les infirmières qui ne font pas partie de leur domaine de compétence et qui pourraient être réalisées par d'autres (ex. : administratives, en lien avec la salubrité, la buanderie, etc.) Temps perdu par la réalisation d'activités pouvant être réalisées par d'autres et effets sur les soins aux patients (efficience).
Portée des résultats	Limites de l'étude Généralisable
Contributions générales	

4. DESCRIPTION DES ARTICLES RETENUS

À partir des équations de recherche appliquées dans les trois bases de données bibliographiques, *Cinahl*, *PubMed* et *EconLit*, 2346 articles ont été recensés (incluant 17 documents ajoutés par l'équipe de recherche) (figure 1). Après élimination des doublons, il restait 2182 articles. Les articles antérieurs à 2005⁵ ont été retirés de la base des données ainsi que, sur la base des titres et des résumés, ceux trop éloignés de notre domaine d'intérêt. Cent dix articles ont été ciblés potentiellement pertinents. Après révision avec les chercheurs, 33 études ont été considérées pertinentes. Deux études ont cependant été exclues ne satisfaisant pas à nos critères de qualité méthodologique. Cinq autres articles font partie d'une série d'études réalisées par une équipe de recherche dans des milieux hospitaliers spécialisés. Ces articles dont les résultats sont spécifiques à leur contexte n'ont pas été considérés pour l'analyse des données (mais ont été conservés pour la discussion). À la fin, 26 articles ont été retenus pour constituer la base de la recension des écrits.

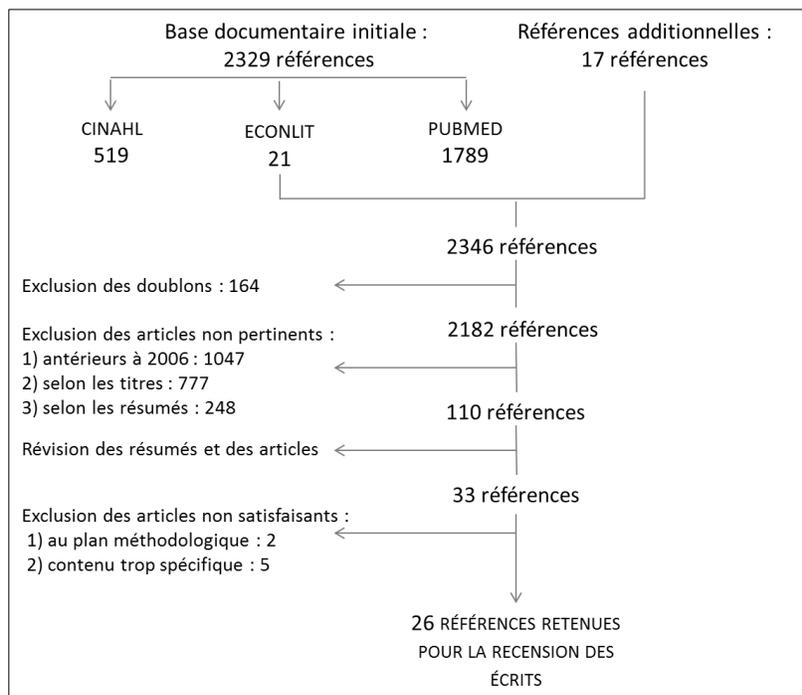


FIGURE 1 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La liste des 26 études utilisées dans la recension des écrits et leurs spécificités est présentée au tableau 6, annexe 3. Ces études proviennent de dix pays différents : 12 des États-Unis, quatre d'Australie, deux d'Allemagne, deux du Royaume-Uni, une du Canada (Québec), une de Suède, une du Danemark, une du Portugal, une du Japon et une de Finlande.

⁵ Deux articles font exception, les chercheurs les considérant pertinents à cause de leur valeur conceptuelle ou méthodologique.

La quasi-totalité des études (24) a été menée en milieu hospitalier. Une étude a été conduite en résidence pour personnes âgées et une autre auprès d'un grand nombre de médecins de famille dans les centres médicaux au Portugal. Parmi les études, 13 portaient sur les activités cliniques et non cliniques des infirmières, onze sur celles des médecins et deux ont porté sur les activités des deux professions. En ce qui concerne la pratique des infirmières, les données de la littérature distinguent différentes catégories d'infirmières en leur attribuant des rôles plus ou moins différenciés. La comparaison des activités entre les différentes catégories demeure difficile, puisque les définitions, les rôles et les formations de base varient d'un pays à l'autre (Lavander et coll. 2016). Dans le cadre de cette étude, nous utilisons la nomenclature québécoise pour présenter les résultats : les infirmières techniciennes (inf T) (*licensed nurse*), les infirmières cliniciennes (inf R) (*registred nurse*) et les infirmières praticiennes spécialisées (inf P).

Parmi les publications retenues, 18 comportaient des devis quantitatifs de type « étude d'observation du temps et des mouvements » (*time-motion study*), quatre de type « échantillonnage de travail » (*work sampling study*) et une enquête. Avec un devis qualitatif, une étude a réalisé des entretiens individuels. Deux publications présentaient des revues systématiques de la littérature.

5. RÉSULTATS

5.1 Activités réalisées par les infirmières et les médecins et définitions (Q1)

Les articles retenus décrivent les activités journalières des infirmières et des médecins appelés à prodiguer des soins aux patients. Il ne s'agit donc pas d'une description exhaustive de toutes les activités de ces professionnels. Par exemple, les journées de formation continue, les réunions professionnelles ou administratives occasionnelles, le temps consacré à des projets ou à des études spéciales ne sont pas compris dans les résultats présentés.

Pour décrire les activités des infirmières et des médecins, bon nombre d'études regroupent les tâches sous quatre grandes catégories conceptuelles : les soins directement liés au patient, les soins indirectement liés au patient, les activités non cliniques liées au fonctionnement de l'unité et les activités personnelles (Abbey et coll. 2012 ; Desjardins et coll. 2008 ; Upenieks et coll. 2007 ; Urden et Roode 1997). D'autres études ont utilisé des nomenclatures différentes sans, toutefois, s'éloigner de ces catégories (Berg et coll. 2012 ; Cornell et coll. 2010 ; Hendrich et coll. 2008 ; Norton et coll. 2012). Par exemple, Hendrich et coll. (2008) regroupent les soins sous une catégorie nommée « *nursing practice* » ; somme toute, ces activités correspondent généralement au regroupement des soins directs et indirects. D'autres études mettent en exergue d'autres activités. Par exemple, Westbrook et coll. (2008) et Westbrook et coll. (2011) distinguent, aux fins de leurs études, les tâches reliées à la médication, aux communications professionnelles et à la documentation.

Les activités cliniques comprennent les soins directement liés au patient, considérées comme le cœur des pratiques professionnelles, et les soins indirectement liés au patient. Le détail des activités correspondant à ces deux catégories (soins directs et soins indirects) est présenté au tableau 2, tant pour les médecins que pour les infirmières.

Les activités de soins directs regroupent toutes les interventions que les professionnels de la santé réalisent en présence du patient et de sa famille. La plupart des activités regroupées sous les rubriques « interactions directes avec le patient/la famille » et « tâches liées à la médication » requièrent les expertises spécifiques des infirmières et des médecins. Cependant, les tâches associées à la rubrique « aide aux activités quotidiennes » ne relèvent pas directement des compétences infirmières. Elles sont souvent réalisées par du personnel moins qualifié ou d'assistance (Lavander et coll. 2016 ; Locke et coll. 2011).

Les activités de soins indirects regroupent toutes les activités en lien avec la prestation des soins, mais réalisées sans le patient. Elles comprennent des tâches liées à la médication, aux procédures, équipements, traitements et examens, à la documentation clinique et à la communication entre professionnels. La documentation clinique se détaille en de nombreuses activités qui font l'objet d'une attention particulière pour beaucoup d'études, à cause notamment de la problématique relative à l'implantation des systèmes électroniques de gestion et de suivi de dossiers qui prévaut

ces dernières années (Ammenwerth et Spötl 2009 ; Asaro et Boxerman 2008 ; Cornell et coll. 2010). Les écrits font référence à deux types de documentation pour les médecins. La documentation clinique se rapporte essentiellement aux soins du patient. La documentation administrative fait référence à la gestion du dossier administratif du patient. (Mache et coll. 2012 ; Westbrook et coll. 2008).

TABLEAU 2 ACTIVITÉS CLINIQUES RECENSÉES DANS LA LITTÉRATURE*

Regroupement d'activités cliniques	Liste d'activités recensées dans la littérature	
	INFIRMIÈRES	MÉDECINS
Soins directs au patient		
Interactions directes avec le patient/famille (face à face)	Admissions et congés : évaluation des besoins Traitements, procédures et prélèvements Surveillance/signes vitaux Communication avec le patient et la famille Enseignement Réponse aux urgences	Rondes quotidiennes : Évaluation, éducation Admission : histoire et examen physique Congé : Évaluation, instructions, éducation Communication avec le patient et la famille Procédures médicales
Tâches liées à la médication	Administration des médicaments	
Aide aux activités quotidiennes	Aide à la nutrition, aux soins personnels (hygiène), au confort et à la mobilité	
Soins indirects au patient		
Tâches liées à la médication	Préparation des médicaments	Prescriptions
Tâches liées aux procédures, équipements, traitements, examens	Préparation des tâches médicales et techniques Préparation de l'équipement	Prescriptions
Documentation clinique	Révision et mise à jour des plans de soins Administration des congés Documentation du dossier du patient : – papiers administratifs – transcription des prescriptions – écriture des plans de soins – papiers pour médicaments – rapports – distribution des papiers administratifs – gestion informatisée des dossiers et des médicaments	Documentation clinique : – révision des résultats des tests – note et révision des évaluations des antécédents et physique – notes de progrès/journalières – interactions avec dossier médical électronique (données du patient, médicaments, etc.) Documentation administrative : – génération de listes de services – inscriptions des documents de congé – inscription des prescriptions – enregistrement du patient – code diagnostic – autres

Regroupement d'activités cliniques	Liste d'activités recensées dans la littérature	
	INFIRMIÈRES	MÉDECINS
Communication entre professionnels	Discussion de cas Conférences sur les soins Appels téléphoniques reliés au patient	Discussions de cas Conférences cliniques et interdisciplinaires Connaissance des admissions, rapports, etc. Planification des transferts et des congés Communications – avec autres médecins – avec infirmières – avec le personnel auxiliaire
Autres	Transport du patient Lavage des mains etc.	Transport du patient Lavage des mains etc.

*Abbey, Chaboyer et coll. 2012 ; Ammenwerth and Spötl 2009 ; Banner and Olney 2009 ; Berg, Ehrenberg et coll. 2012 ; Banner and Olney 2009 ; Cornell, Herrin-Griffith et coll. 2010 ; Desjardins, Cardinal et coll. 2008 ; Füchtbauer, Nørgaard et coll. 2013 ; Hendrich, Chow et coll. 2008 ; Kim, Lovejoy et coll. 2010 ; Kudo, Yoshimura et coll. 2012 ; Mache, Vitzthum et coll. 2012 ; Norton, Sigsworth et coll. 2012 ; O'Leary, Liebovitz et coll. 2006 ; Tipping, Forth et coll. 2010 ; Upenieks, Kotlerman et coll. 2007 ; Urden and Roode 1997 ; Westbrook, Ampt et coll. 2008 ; Westbrook, Duffield et coll. 2011 ; Weigl, Müller et coll. 2009.

Les activités non cliniques se définissent généralement par les activités qui ne sont pas spécifiques à un patient en particulier et qui sont liées à la gestion de l'unité de soins. Les études traitent de ce thème en listant un ensemble de tâches administratives et d'autres domaines, parfois génériques, souvent plus ou moins détaillés selon les besoins de l'étude. Pour faciliter la présentation et l'interprétation des résultats, les activités non cliniques ont été regroupées en neuf rubriques (tableau 3).

La première « Formation et développement professionnels » (Norton et coll. 2012) inclut les activités relatives à l'enseignement, la supervision clinique, les guides de pratique, le mentorat, et la formation. Plusieurs rubriques regroupent des activités liées au fonctionnement de l'unité ou du département. Certains écrits ont associé ces activités à celles qui ont le moins de valeur ajoutée pour la pratique infirmière et médicale (Upenieks et coll. 2007) et qui pourraient être réalisées ou soutenues par des infirmières auxiliaires ou agentes administratives et ainsi accroître l'efficacité des unités de soins (Desjardins et coll. 2008 ; Kudo et coll. 2012 ; Locke et coll. 2011). Enfin, la rubrique « Temps perdu » regroupe des activités réputées inutiles et sans valeur ajoutée pour les soins (tant pour les soins au patient que pour les professionnels ou l'unité de soins) (Hendrich et coll. 2008 ; Upenieks et coll. 2007).

Le temps personnel constitue une catégorie en soi d'activités dans la majorité des études de temps et de mouvements des professionnels de la santé. Elle comprend les pauses, les repas, la gestion des agendas personnels, les appels téléphoniques personnels et la socialisation avec les collègues.

TABEAU 3 ACTIVITÉS NON CLINIQUES RECENSÉES DANS LA LITTÉRATURE*

Regroupement d'activités non cliniques	Liste d'activités recensées dans la littérature
Formation et développement professionnels	Enseignement, supervision clinique, amélioration de la pratique, session didactique Mentorat Supervision clinique Activités éducatives Développement des guides de pratiques Navigation (Internet)
Administration	Réunions administratives Réunions du personnel Planification organisationnelle Mise à jour des tableaux d'activités Coordination des lits et du personnel Supervision administrative
Tâches administratives	Tâches administratives Papiers non liés à un patient Appels téléphoniques non liés à un patient Utilisation générale de l'ordinateur Fax et photocopies Commandes et réception Réponse aux appels téléphoniques Réception des visiteurs Entrée des données informatiques
Entretien	Nettoyage de l'environnement Rangement des chambres et des lits Ramassage de linge Entretien des équipements infirmiers Décontamination des équipements utilisés Blanchisserie Nettoyage des aires de travail Préparation les lits
Équipement	Préparation de l'équipement Recherche de matériel et d'équipement Entretien des équipements journaliers Élimination des déchets/rangement de l'équipement Inventaire
Inventaire des médicaments	
Changement de quart de travail	
Transport des patients entre départements/déplacement	
Temps perdu	Attente Déplacement Récupération Recherche de personnes En transition entre les tâches et les patients

*Abbey, Chaboyer et coll. 2012 ; Ammenwerth et Spötl 2009 ; Banner et Olney 2009 ; Berg, Ehrenberg et coll. 2012 ; Cornell, Herrin-Griffith et coll. 2010 ; Desjardins, Cardinal et coll. 2008 ; Füchtbauer, Nørgaard et coll. 2013 ; Hendrich, Chow et coll. 2008 ; Kim, Lovejoy et coll. 2010 ; Kudo, Yoshimura et coll. 2012 ; Norton, Sigsworth et coll. 2012 ; O'Leary, Liebovitz et coll. 2006 ; Tipping, Forth et coll. 2010 ; Upenieks, Kotlerman et coll. 2007 ; Urden et Roode 1997 ; Westbrook, Ampt et coll. 2008 ; Westbrook, Duffield et coll. 2011.

5.2 Importance relative des activités cliniques et non cliniques dans le travail des infirmières et des médecins (Q2)

La plupart des études retenues dans le cadre de cette revue de littérature examinent la durée ou la fréquence des activités réalisées par les infirmières et les médecins durant leur travail (annexe 3). D'une étude à l'autre, les activités comprises dans chacune des catégories ou leurs énoncés varient sensiblement selon les objectifs spécifiques des collectes primaires et les cadres de référence et méthodologiques utilisés (Lavander et coll. 2016). Les comparaisons doivent donc être faites avec prudence.

Les données sur le temps de travail alloué aux activités cliniques et non cliniques extraites des 19 études de temps et de mouvements des infirmières et des médecins sont répertoriées au tableau 7, annexe 4. Ces données montrent que les soins indirects occupent la plus grande part des activités professionnelles au détriment des soins directs. Les activités liées aux soins directs occupent entre 25 % et 41 % du temps de travail des infirmières et entre 15 % et 34 % du temps de travail des médecins (valeurs médianes de 32 % et 21 %). En contrepartie, les soins indirects occupent entre 22 % et 59 % du temps de travail pour les infirmières et entre 57 % et 69 % pour les médecins (valeurs médianes de 47 % et 63 %). Les activités non cliniques comptent pour 4 % à 38 % du temps de travail des infirmières et pour 0,3 % à 15 % pour les médecins (valeurs médianes de 17 % et de 9 %). Le temps personnel varie de 3 % à 22 % pour les infirmières et de 4 % à 17 % pour les médecins (valeurs médianes de 10 % et 7 %) (figure2).

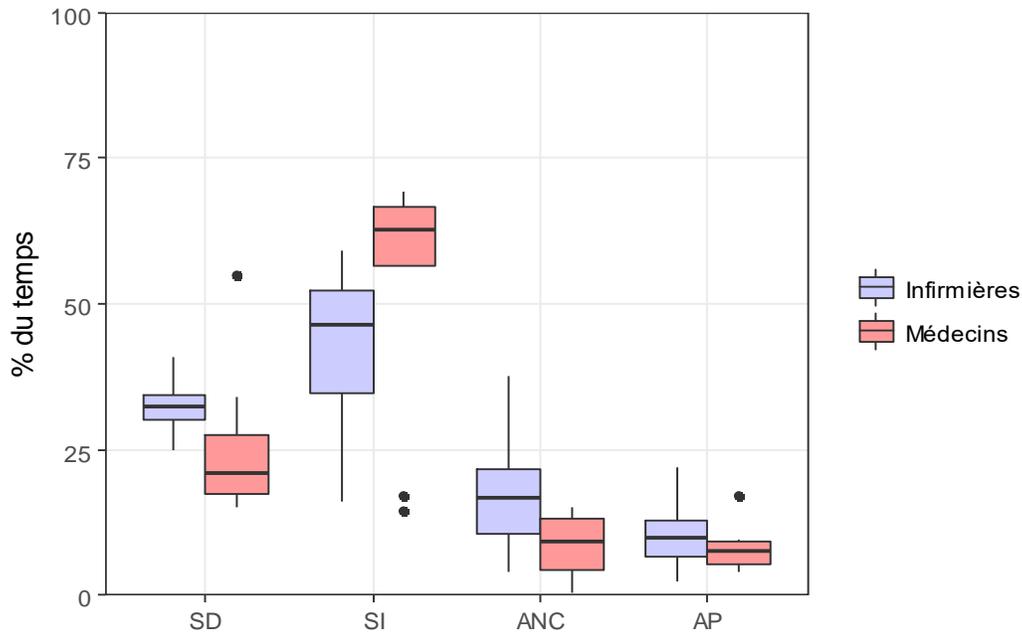


FIGURE 2 TEMPS ALLOUÉ AUX CATÉGORIES D'ACTIVITÉS CLINIQUES LIÉES AUX SOINS DIRECTS (SD), AUX SOINS INDIRECTS (SI), AUX ACTIVITÉS NON CLINIQUES (ANC) ET AUX ACTIVITÉS PERSONNELLES (AP) PAR LES INFIRMIÈRES ET LES MÉDECINS SELON LES ÉTUDES DE TEMPS ET DE MOUVEMENTS

Pour les infirmières, parmi les activités liées aux soins indirects, les études montrent que les activités liées à la communication entre les professionnels, la documentation et la préparation et vérification de la médication sont les activités les plus fréquentes (Berg, Ehrenberg et coll. 2012 ; Desjardins, Cardinal et coll. 2008). Les activités de documentation clinique représentent aussi un enjeu de plus en plus important pour l'organisation du travail, ces tâches occupant de plus en plus d'espace dans le temps travaillé par les infirmières (Cornell, Herrin-Griffith et coll. 2010 ; Urden and Roode 1997). Hendrich et coll. (2008) et Upenieks et coll. (2007) observent que cette catégorie d'activités occupe plus de 27 % du temps de travail quotidien.

Pour les médecins, la prédominance des soins indirects sur les autres activités professionnelles se vérifie dans la quasi-totalité des études réalisées en milieu hospitalier. Dans l'étude de Granja et coll. (2014) menée auprès d'un grand nombre de médecins de famille en milieu communautaire, les résultats sont cependant inversés avec 55 % du temps consacré aux soins directs et 14 % aux soins indirects. Ces résultats laissent supposer que les dynamiques organisationnelles distinctes des milieux cliniques influencent le temps dévolu aux activités cliniques professionnelles.

En milieu hospitalier, il ressort que les activités des médecins liées à la communication professionnelle et à la documentation clinique occupent la plus grande part des soins indirects liés au patient (Ammenwerth et Spötl. 2009 ; Füchtbauer et coll. 2013 ; Kim et coll. 2010 ; Mache et coll. 2012 ; O'Leary et coll. 2006 ; Tipping et coll. 2010 ; Weigl et coll. 2009 ; Westbrook et coll. 2008). Westbrook et coll. (2008) rapportent que 33 % du temps est alloué aux activités de communication avec les autres prestataires de soins. Ce résultat reflète le besoin grandissant de coordination interdisciplinaire. Autour de 25 % du temps quotidien serait consacré à des tâches liées à la documentation des dossiers. Plusieurs études soulignent la problématique des multitâches où plus de 15 % des activités sont réalisées en simultané avec d'autres activités (Berg et coll. 2012 ; O'Leary et coll. 2006 ; Tipping et coll. 2010 ; Weigl et coll. 2009 ; Westbrook et coll. 2008).

5.3 Activités non cliniques (Q3)

Peu d'études se sont penchées spécifiquement sur la problématique des activités non cliniques réalisées par les médecins et les infirmières. Les nomenclatures utilisées et les descriptions des activités sont propres à chacune. Pour en saisir la portée, l'information extraite des études a été regroupée sous neuf thèmes et décrite avec (autant que possible) les mêmes libellés que ceux utilisés dans les études (tableau 4). La rubrique « Formation et développement » regroupe les activités liées au développement professionnel. Toutes les autres rubriques d'activités se rapportent à des tâches administratives, de gestion d'unités et d'entretien.

Dans l'ensemble, les activités non cliniques comptent pour 4 % à 38 % du temps des infirmières et pour 0,3 % à 15 % du temps des médecins. Pour ces derniers, une part importante des activités non cliniques se loge dans la rubrique « Formation et développement professionnels ». Les autres tâches liées au fonctionnement de l'unité sont peu présentes dans les activités des médecins. Ce type d'activités se retrouve davantage au sein du travail des infirmières. Du même coup, les infirmières consacrent moins de temps à la formation et au développement professionnels.

Tant pour les médecins que pour les infirmières, la rubrique du « temps perdu » par des déplacements, de l'attente et des obstacles comme la recherche de personnes ou d'équipement, occupe une part non négligeable du temps de travail.

TABLEAU 4 PART DES ACTIVITÉS NON CLINIQUES : PROPORTION DE TEMPS TRAVAILLÉ PAR LES INFIRMIÈRES ET LES MÉDECINS (%)

ACTIVITÉS NON CLINIQUES	ÉTUDES						
	REGROUPEMENT	1 ^{ER} AUTEUR	DÉTAIL (MESURES)	INF T	INF C	INF P	MDS
Non spécifique		Hendrich (2008)	Administration, enseignement, incluant le temps personnel	12,6			
		Kim (2010)	Développement professionnel, enseignement, divers				4,2
Formation et développement		Abbey (2012)	Enseignement	3,1			
		Cornell (2010)	Navigation (Internet)	3,6			
		Norton (2012)	Développement et « training »			19,2	
		O'Leary (2006)	Développement professionnel				3,0
			Éducation				3,0
		Tipping (a) (2010)	Développement professionnel				6,5
		Westbrook (2008)	Supervision éducation				7,0
Tâches liées au fonctionnement de l'unité (activités confondues)		Westbrook (2011)	Supervision	3,2			
		Kudo (2012)	Tâches administratives, entretien, équipement	6,0			
		Hendrich (2008)		2,8			
		Urden (1997)		4,0			
Administration		Westbrook (2011)		3,9			
		Abbey (2012)	Réunion administrative	0,4			
		Banner (2009)	Administration	12,0			
	Berg (2012)	Administration	8,5*			7,0*	

ACTIVITÉS NON CLINIQUES	ÉTUDES					
	REGROUPEMENT	1 ^{ER} AUTEUR	DÉTAIL (MESURES)	INF T INF C INF P MDS		
		Norton (2012)	Planification organisationnelle	0,4*	2,7*	
			Administration générale		15,5	
			Développement du service		2,2	
			Gestion		1,1	
		Upenieks (2007)	Réunion d'équipe		1,5	
			Administration	1 0,1		
Tâches administratives		Westbrook (2008)	Tâches administratives		2	
			Abbey 2012	Tâches administratives	1,5	
			Cornell (2010)	Papiers...	3,2	
				Appels téléphoniques	2,5	
Entretien		Berg 2012	Autres (ordinateur)	0,5		
			Entretien	2,8*	0,2*	
Équipement		Cornell (2010)	Collecte de matériel et recherche d'équipement	3		
			Nettoyage	0,1		
Transport des patients		Füchtbauer (2013)			1,2	
Divers		Cornell (2010)		4,2		
			Füchtbauer (2013)			3,5
			Berg (2012)		0,7*	0,2*
			Westbrook (2011)	Autres	0,9	
			Upenieks (2007)	Autres (inclut temps personnel)	16,3 11,6	
Temps perdu		Ammenwerth (2009)	Déplacement		2,6	
			Berg (2012)	Déplacement	4*	3,9*
			Cornell (2010)	Attente	0,7	
				Marche	8,1	
			Füchtbauer (2013)	Transport interne		4,7
			Hendrich (2008)	Attente, récupération	6,6	
			Kim (2010)	Déplacement		7,4
			Mache (2012)	Pause, déplacement, attente, téléphone, obstacles, incluant le temps personnel		12
			O'Leary (2006)	Déplacement		3
			Tipping (a) (2010)	Attente		0,4
				Déplacement		6,2
			Upenieks (2007)	Attente, recherche de personnes, d'équipement	4,2 5	
			Westbrook (2008)	En transit		6
Westbrook (2011)	En transit	4,6				

* Berg (2012) : résultats exprimés en fréquence d'activités/à titre indicatif ; interprétation non comparable

5.4 Activités cliniques et non cliniques, sources d'inefficience (Q3)

Cette revue de littérature s'est également intéressée aux activités réalisées par les infirmières et les médecins, qui pourraient être effectuées ou soutenues par d'autres personnes telles que des agents administratifs ou du personnel auxiliaire ou d'assistance. La perspective adoptée, celle de l'inefficience des ressources, se rapporte au temps passé par les infirmières et les médecins à réaliser des tâches qui n'ont pas de valeur ajoutée pour les soins (Upenieks et coll. 2007) ou qui ne relèvent pas de leurs compétences et de leur rôle. Les zones d'inefficience retenues sont présentées au tableau 5.

TABLEAU 5 ZONES D'INEFFICIENCE ET CONTRIBUTION SOUHAITABLE DU PERSONNEL AUXILIAIRE OU DE SOUTIEN AUX ACTIVITÉS DES INFIRMIÈRES ET DES MÉDECINS

ZONES D'INEFFICIENCE :	
REGROUPEMENT DES ACTIVITÉS	ACTIVITÉS POUR LESQUELLES UNE CONTRIBUTION DU PERSONNEL AUXILIAIRE OU DE SOUTIEN EST SOUHAITABLE
Activités cliniques liées aux soins directs	Aide aux activités quotidiennes Aide à la nutrition <ul style="list-style-type: none"> – Soins personnels et hygiène – Confort et mobilité – Déplacement (transport des patients) – Autres
Activités cliniques liées aux soins indirects	Activités liées à la documentation administrative des dossiers cliniques <ul style="list-style-type: none"> – Génération de listes de services – Inscription des documents de congé – Inscription des prescriptions – Enregistrement du patient – Code diagnostic – Autres
Activités non cliniques	Tâches liées au fonctionnement de l'unité de soins <ul style="list-style-type: none"> – Administration (ex. : procès-verbaux des réunions, rapports d'absences et de congés, organisation et préparation des évaluations, soutien au recrutement du personnel et aux arrangements avec les agences de placement) – Tâches administratives Entretien et équipement <ul style="list-style-type: none"> – Rangement – Nettoyage chambres et autres – Inventaires pharmacie – Autres

Les infirmières

Parmi les activités cliniques liées aux soins directs au patient, plusieurs études indiquent que les infirmières sont amenées à réaliser les activités de la rubrique « Aide aux activités quotidiennes ». Ce sont des activités qui pourraient être réalisées par d'autres intervenants tels que les préposés aux bénéficiaires (Duffield et coll. 2008 ; Lavander et coll. 2016 ; Locke et coll. 2011). Il en va de même d'un ensemble de tâches relatives au fonctionnement des unités de soins (activités non cliniques) qui occupent une part importante du temps des infirmières et qui pourraient avantageusement être exécutées par du personnel auxiliaire et administratif (Ammenwerth et Spötl 2009 ; Hendrich et coll. 2008). Quelques études se sont attardées à la distribution des tâches infirmières impliquant du personnel auxiliaire et administratif dans les équipes de soins (Lavander et coll. 2016 ; Locke et coll. 2011 ; Desjardins et coll. 2008).

Une synthèse des connaissances sur la division du travail entre les infirmières et les assistants a mis en évidence que bon nombre d'infirmières en milieux hospitaliers réalisent des tâches ne correspondant pas à leurs habiletés et compétences (Lavander et coll. 2016). Malgré le fait qu'elles détiennent souvent des diplômes universitaires de 1^{er} ou 2^e cycle, elles effectuent diverses tâches ne relevant pas de leur expertise. Elles soulignent ainsi ne pas disposer d'assez de temps pour, par exemple, apporter des soins de base aux patients et l'éducation reliée aux soins, alors qu'elles doivent s'impliquer dans les services d'aide aux activités quotidiennes des patients (nettoyage, alimentation, etc.). De plus, les infirmières assurent fréquemment des tâches administratives. Des études ont mis en évidence que les infirmières cliniciennes qui travaillent de concert avec des assistants en soins passent moins de temps en soins directs ne relevant pas de leurs compétences. Les assistants se concentrent sur les soins liés aux activités quotidiennes comme l'hygiène personnelle et l'assistance à l'alimentation et à la mobilité. Lavander et coll. (2016) rapportent que dans certains milieux, 88 % des infirmières pensent que des assistants devraient soutenir les tâches administratives, l'entretien, et les assister pour les soins de base et les traitements des patients.

Une seconde étude fait la démonstration que l'introduction d'assistants administratifs pour soutenir les activités non cliniques des infirmières responsables d'unités améliore la qualité des soins (Locke et coll. 2011). Les assistants administratifs étaient chargés des tâches relatives aux procès-verbaux des réunions, aux rapports d'absences et de congés, à l'organisation et la préparation des évaluations, au recrutement du personnel et aux arrangements avec les agences de placement, etc. Ces mesures ont eu des impacts sur la pratique clinique, les infirmières rapportant avoir plus de temps pour les soins directs aux patients et pour la supervision des soins (de 10 % à 60 %). Elles ont aussi noté une augmentation des communications régulières avec le personnel de soins, d'où une amélioration de la qualité des soins. Enfin, les auteurs ont relevé un impact sur la motivation au travail et le taux d'absentéisme (réduction de 66 %). La redistribution de la charge de travail entre infirmières et assistants administratifs aura permis aux infirmières de consacrer plus de temps aux activités mettant à profit leur expertise clinique et leurs

compétences. Les infirmières de l'étude ont exprimé à 94 % des opinions positives quant à l'introduction d'assistants administratifs.

Une étude réalisée au Québec a mis en évidence que les infirmières réalisent beaucoup d'activités qui ne font pas partie de leur champ d'activité (Desjardins et coll. 2008). Toutefois, le temps passé à des tâches non cliniques n'a pas été vérifié dans cette étude. Cette dernière indique que les efforts de réorganisation doivent se faire autour des activités de soins indirects, l'objectif étant de prodiguer plus de soins directs au patient en réduisant les activités de soins indirects. Les recommandations consistent à réviser les processus de communication et à développer des protocoles standards pour les équipes multidisciplinaires. Ces résultats vont dans le sens de ceux obtenus par Hendrich et coll. (2008) qui démontrent que les infirmières consacrent une grande partie de leur temps à la documentation, l'administration des médicaments et la coordination des soins et moins aux activités de soins directs aux patients. Des changements sont proposés dans la technologie de documentation, communication et administration de la médication pour améliorer l'efficacité.

Les médecins

Peu ou pas d'activités non cliniques pouvant être réalisées par du personnel auxiliaire ou de soutien et ayant un impact considérable sur les soins ont été retenues dans la littérature récente pour les médecins (O'Leary et coll. 2006 ; Tipping et coll. 2010). Les tâches administratives et celles liées au bon fonctionnement des départements représentent de faibles pourcentages du temps réel de travail des médecins, souvent moins de 1 %. La problématique de l'efficacité liée aux activités des médecins se situe plutôt au niveau du temps passé aux activités cliniques liées aux soins indirects qui occupent plus de 50 % du temps au détriment des soins directs qui en occupent moins de 21 % en moyenne.

Plusieurs études ont démontré que le temps consacré à la documentation clinique est substantiel comparativement au temps consacré aux soins directs (Ammenwerth et Spötl 2009 ; Mache et coll. 2012 ; O'Leary et coll. 2006 ; Tipping et coll. 2010). Quelques auteurs avancent que les médecins pourraient être soutenus par du personnel auxiliaire ou administratif pour une part de leurs activités de documentation, liée à la gestion administrative du dossier des patients (Ammenwerth et Spötl 2009 ; Mache et coll. 2012 ; Westbrook et coll. 2008). Plus généralement, l'introduction de nouvelles technologies d'information et la réorganisation des processus de travail sont proposées comme avenues de développement pour réduire le temps consacré à la documentation par les médecins (Ammenwerth et Spötl 2009 ; Mache et coll. 2012 ; Westbrook et coll. 2008).

Communication interprofessionnelle

Les processus de communication interprofessionnelle figurent parmi les sources d'inefficience associées à la catégorie des activités cliniques liées aux soins indirects (Ammenwerth et Spötl 2009 ; Dellefield et coll. 2012 ; Füchtbauer et coll. 2013 ; O'Leary et coll. 2006). Depuis une dizaine d'années, on assiste à une augmentation des besoins de communication en milieu hospitalier pour assurer la qualité et la coordination des soins (Agarwal et coll. 2010). Malgré un temps considérable consacré à ces activités, des auteurs soulignent que la pauvreté des communications est frappante, entraînant notamment de nombreuses erreurs médicales (Agarwal et coll. 2010 ; Berg et coll. 2012 ; Cornell et coll. 2010). S'ajoute le manque de fluidité dans le travail des infirmières et des médecins, lié aux nombreuses interruptions et aux multitâches qu'ils réalisent simultanément (Tipping et coll. 2010 ; Chisholm et coll. 2011 ; Westbrook et coll. 2008 ; Westbrook et coll. 2011).

Temps perdu

Enfin, parmi les activités non cliniques sources d'inefficience et qui n'ont aucune valeur ajoutée pour les soins, tant pour les infirmières que pour les médecins, on retrouve une part non négligeable d'activités classées sous le « Temps perdu ». Sous cette rubrique se retrouve le temps passé à attendre, à se déplacer ou à chercher des personnes, des dossiers ou de l'équipement (Hendrich, Chow et coll. 2008 ; Chow and Hendrich 2008). Tel que présenté au tableau 4, le temps perdu représente jusqu'à 9 % du temps de travail des infirmières (Cornell et coll. 2010) et 12 % du travail des médecins (Mache et coll. 2012).

En bref, il ressort que les structures, les processus organisationnels et les ressources paraprofessionnelles doivent être mis à profit pour accroître la capacité des infirmières et des médecins à remplir leur rôle central dans la prestation des soins, notamment le temps consacré aux activités cliniques liées aux soins directs au patient (Banner et Olney 2009 ; Dellefield et coll. 2012 ; Hendrich et coll. 2008). Pour les infirmières, la priorité qui ressort de cette analyse consiste à déterminer les tâches qui peuvent être réalisées par d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire et du personnel de soutien (Desjardins et coll. 2008 ; Dellefield et coll. 2012 ; Kudo et coll. 2012 ; Lavander et coll. 2016). Pour être efficient, cet exercice exige toutefois qu'on prenne en compte les qualifications du personnel professionnel et auxiliaire selon les contextes cliniques (Duffield et coll. 2008 ; Urden et Roode 1997). D'autre part, la continuité de l'information et l'assistance électronique adéquate sont à mettre en place pour assurer la coordination des soins, leur qualité et la sécurité des patients (Weigl et coll. 2009 ; Westbrook et coll. 2010). En plus de la réorganisation des processus et du réaménagement des environnements physiques, l'organisation des soins doit être repensée pour éliminer, sinon réduire, la quantité de temps passé à des activités non cliniques qualifiées de « temps perdu » (Hendrich et coll. 2008 ; Chow et Hendrich 2008).

6. DISCUSSION

Cette revue de littérature a permis de clarifier les définitions des concepts sous-jacents aux activités cliniques et non cliniques réalisées par les infirmières et les médecins des milieux hospitaliers et de dresser un portrait d'ensemble des activités qu'ils réalisent pendant leur temps de travail. Des zones d'inefficience dans l'organisation du travail quotidien ont aussi été décelées. Toutefois, les études retenues ne nous ont pas permis de quantifier ces inefficiences et de les comparer entre elles.

Les résultats ont également jeté un éclairage sur les activités non cliniques réalisées par les infirmières et les médecins. Toutefois, la majorité des études recensées n'avaient pas d'objectif spécifique concernant la catégorie d'activités non cliniques et les inefficiences qu'elles représentent. Conséquemment, les outils de collecte et les mesures conviennent davantage aux activités cliniques que non cliniques. Les tâches non cliniques et leurs interactions avec les autres activités sont moins bien documentées (Abbey et coll. 2012). Bien que la littérature dégage les avenues à explorer pour améliorer cet aspect du travail, cette lacune impose une limite dans notre compréhension de la valeur ajoutée du travail effectué par du personnel auxiliaire ou de soutien.

La stratégie utilisée comporte aussi des limites quant à l'interprétation des résultats. À l'instar d'autres revues de littérature sur le sujet (Lavander et coll. 2016 ; Tipping et coll. 2010), les données proviennent d'études réalisées dans plusieurs pays différents. Les visions et les philosophies des soins, les systèmes de soins et leurs composantes, les définitions des professionnels de la santé et leur formation, ainsi que les définitions des actes et des tâches ne sont pas parfaitement superposables d'une étude à l'autre. Sans une analyse approfondie de ces aspects, les résultats des études sont difficilement généralisables à l'ensemble des milieux de soins.

S'ajoute l'absence de standardisation des définitions des activités des infirmières et des médecins et des méthodes utilisées pour mesurer la part des activités dans le temps travaillé des professionnels. Comme souligné par Tipping et coll. (2010), une des principales difficultés réside dans l'agrégation des données provenant des différentes études et dans la variété des approches et des définitions. Pour inclure une majorité de données provenant de différentes sources, nous avons adopté des définitions larges des activités cliniques et non cliniques compatibles au mieux avec les résultats des études. Dans certains cas, il a fallu réattribuer les valeurs aux catégories d'activités leur correspondant.

Enfin, il faut souligner l'hétérogénéité des contextes des études. La majorité d'entre elles ont été réalisées en milieux hospitaliers dans différentes unités de soins. Les résultats sont aussi présentés pour les infirmières, toutes catégories confondues, et médecins spécialistes ou non. Les données extraites des études et les résultats obtenus reflètent cette hétérogénéité des environnements, aussi bien que la variabilité des méthodologies et de la qualité des études.

Prenant en considération ces limites dans l'interprétation des résultats obtenus, plusieurs constats ont été dégagés :

- La conceptualisation des activités des infirmières et des médecins, basée sur la distinction des activités cliniques de soins directement liés au patient, des activités cliniques de soins indirectement liés au patient, des activités non cliniques et des activités personnelles, s'est avérée appropriée pour décrire le déroulement quotidien du travail.
- Pour les activités non cliniques, les descriptions des tâches se regroupent sous neuf rubriques : formation et développement professionnels, administration, tâches administratives, entretien, équipement, inventaire des médicaments, changement de quart de travail, transport des patients, temps perdu.
- Les données sur le temps de travail alloué aux activités cliniques et non cliniques démontrent que les soins indirects au patient occupent la plus grande part des activités des infirmières et des médecins en milieu hospitalier. L'écart entre les soins indirects et directs est plus marqué chez les médecins que chez les infirmières. Une étude montre une tendance inverse dans les milieux communautaires.
- Les activités non cliniques comptent pour 4 % à 38 % du temps des infirmières et pour 0,3 % à 15 % du temps des médecins. Les tâches liées au fonctionnement des unités de soins prédominent dans le travail des infirmières. Pour les médecins, ce sont quasi essentiellement des activités de formation et développement professionnels. Tant pour les médecins que pour les infirmières, la rubrique du « temps perdu » par des déplacements, de l'attente et des obstacles comme la recherche de personnes ou d'équipement, occupe une part du temps de travail non négligeable.
- C'est dans les activités non cliniques qu'on retrouve le plus de tâches qui n'ont pas de valeur ajoutée pour la pratique infirmière et médicale.
- Toutes les études soulignent une nette prédominance des soins indirects sur les soins directs dans le temps de travail des infirmières et des médecins. L'écart est encore plus marqué chez les médecins. L'ajout de personnel paraprofessionnel à l'équipe de soins constitue une avenue intéressante pour permettre aux infirmières de se concentrer sur les tâches relevant de leurs compétences et sur les soins infirmiers directs au patient. L'introduction de nouvelles technologies d'information et la réorganisation des processus de travail sont des avenues privilégiées pour réduire l'effort et le temps consacrés à la documentation clinique qui occupe un espace important des soins indirects.
- Il est important de favoriser des systèmes plus efficaces basés sur les technologies de l'information, des protocoles de soins et une informatisation des dossiers adéquats,

spécialement conçus pour procurer plus de temps aux soins directs et à une communication professionnelle efficace, nécessaires à la qualité et à la coordination des soins.

CONCLUSION

Cette revue de littérature a mis en évidence que les activités cliniques liées aux soins indirects au patient prennent une grande place dans le temps de travail des infirmières et des médecins relativement aux activités cliniques de soins directs. Paradoxalement, les activités cliniques de soins directs sont au cœur des pratiques professionnelles reconnues efficaces et efficientes. Les articles recensés provenant de plusieurs régions du monde nous amènent à constater que la problématique de l'efficacité relative aux activités cliniques et non cliniques est étendue. Dans le contexte actuel de contrôle financier et de pénurie des ressources spécialisées, cette question prend toute son importance.

De plus, il faut considérer que les résultats des études reflètent des situations complexes, multifactorielles et contextuelles (Abbey et coll. 2012 ; Hendrich 2011). En effet, les ratios infirmières/patients, la composition des équipes soignantes, les modèles de soins, la sévérité des cas et l'environnement sont tous des facteurs à considérer dans l'évaluation de la dynamique organisationnelle. Ainsi, des analyses plus raffinées des activités cliniques et non cliniques qui tiennent compte des contextes sont nécessaires pour distinguer les activités efficaces et efficientes qui pourraient être réalisées par du personnel paraprofessionnel et les intégrer dans les continuums des activités réalisées par les infirmières et les médecins (Abbey et coll. 2012 ; Dellefield et coll. 2012 ; Duffield et coll. 2011 ; Urden et Roode 1997).

Une étude menée dans des milieux québécois, dont l'objectif serait de mesurer les impacts des activités non cliniques sur le temps que les infirmières accordent aux soins directs au patient, permettrait de comprendre cette interaction et de guider les interventions visant à assurer une division optimale du travail entre les différents acteurs.

Références

- Arksey, H. et L. O'Malley (2005). « Scoping studies: towards a methodological framework ». *International Journal of Social Research Methodology*, **8**(1) : 19-32.
- Abbey, M., W. Chaboyer et M. Mitchell (2012). « Understanding the work of intensive care nurses: a time and motion study ». *Australian Critical Care*, **25**(1) : 13-22.
- Agarwal, R., D. Z. Sands et J. D. Schneider (2010). « Quantifying the Economic Impact of Communication inefficiencies in U.S. hospitals ». *Journal of Healthcare Management*, **55**(4) : 265-281 ; discussion 281-262.
- Ammenwerth, E. et H.-P. Spötl (2009). « The time needed for clinical documentation versus direct patient care. A work-sampling analysis of physicians' activities ». *Methods of Information in Medicine*, **48**(1) : 84-91.
- Asaro, P. V. et S. B. Boxerman (2008). « Effects of computerized provider order entry and nursing documentation on workflow ». *Academic Emergency Medicine*, **15**(10) : 908-915.
- Banner, L. et C. M. Olney (2009). « Automated clinical documentation: does it allow nurses more time for patient care? ». *CIN : Computers, Informatics, Nursing*, **27**(2) : 75-81.
- Berg, L. M., A. Ehrenberg, J. Florin, J. Östergren et K. E. Göransson (2012). « An observational study of activities and multitasking performed by clinicians in two Swedish emergency departments ». *European Journal of Emergency Medicine*, **19**(4) : 246-251.
- Burke, T. A., J. R. McKee, H. C. Wilson, R. M. J. Donahue, A. S. Batenhorst et D. S. Pathak (2000). « A comparison of time-and-motion and self-reporting methods of work measurement ». *Journal of Nursing Administration*, **30**(3) : 118-125.
- Chisholm, C. D., C. S. Weaver, L. Whenmouth et B. Giles (2011). « A task analysis of emergency physician activities in academic and community settings ». *Annals of Emergency Medicine*, **58**(2) : 117-122.
- Chow, M. et A. Hendrich (2008). « Time and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time? ». *Nevada RNFormation*, **17**(3) : 20-20.
- Cornell, P., D. Herrin-Griffith, C. Keim, S. Petschonek, A. M. Sanders, S. D'Mello, T. W. Golden et G. Shepherd (2010). « Transforming nursing workflow, part 1: the chaotic nature of nurse activities ». *Journal of Nursing Administration*, **40**(9) : 366-373.
- Cornell, P., M. Riordan et D. Herrin-Griffith (2010). « Transforming nursing workflow, part 2: the impact of technology on nurse activities ». *Journal of Nursing Administration*, **40**(10) : 432-439.
- Dellefield, M. E., C. Harrington et A. Kelly (2012). « Observing How RNs Use Clinical Time in a Nursing Home: A Pilot Study ». *Geriatric Nursing*, **33**(4) : 256-263.
- Desjardins, F., L. Cardinal, E. Belzile et J. McCusker (2008). « Reorganizing nursing work on surgical units: a time-and-motion study ». *Nursing Leadership*, **21**(3) : 26-38.
- Duffield, C., D. Diers, L. O'Brien-Pallas, C. Aisbett, M. Roche, M. King et K. Aisbett (2011). « Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes ». *Applied Nursing Research*, **24**(4) : 244-255.
- Duffield, C., G. Gardner et C. Catling-Paull (2008). « Nursing work and the use of nursing time ». *Journal of Clinical Nursing*, **17**(24) : 3269-3274.

Füchtbauer, L. M., B. Nørgaard et C. B. Mogensen (2013). « Emergency department physicians spend only 25% of their working time on direct patient care ». *Danish Medical Journal*, **60**(1) : A4558.

Granja, M., C. Ponte et L. F. Cavadas (2014). « What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts ». *BMJ Open*, **4**: e005026.

Hendrich, A., M. Chow, B. A. Skierczynski et Z. Lu (2008). « A 36-Hospital Time and Motion Study: How Do Medical-Surgical Nurses Spend Their Time? ». *The Permanente Journal*, **12**(3), 25–34.

Hendrich, A. L. (2011). *Empirical Data Mining: Conservation of Nursing Energy and Care Capacity in Medical-Surgical Hospital Work Environments*. Ph.D., Loyola University Chicago.

Hollingsworth, J. C., C. D. Chisholm, B. K. Giles, W. H. Cordell et D. R. Nelson (1998). « How do physicians and nurses spend their time in the emergency department? ». *Annals of Emergency Medicine*, **31**(1) : 87-91.

Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2016. Ottawa, ON : ICIS ; 2016

Kakushi, L. E. et Y. D. M. Évora (2014). « Direct and indirect nursing care time in an Intensive Care Unit ». *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, **22**(1) : 150-157.

Kim, C. S., W. Lovejoy, M. Paulsen, R. Chang et S. A. Flanders (2010). « Hospitalist time usage and cyclical: opportunities to improve efficiency ». *Journal of Hospital Medicine*, **5**(6) : 329-334.

Kudo, Y., E. Yoshimura, M. T. Shahzad, A. Shibuya et Y. Aizawa (2012). « Japanese Professional Nurses Spend Unnecessarily Long Time Doing Nursing Assistants' Tasks ». *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, **228**(1) : 59-67.

Lavander, P., M. Meriläinen et L. Turkki (2016). « Working time use and division of labour among nurses and health-care workers in hospitals - a systematic review ». *Journal of Nursing Management*, **24**(8) : 1027-1040.

Levac, D., H. Colquhoun et K. K. O'Brien (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, **5**(69): 1-9.

Locke, R., C. Leach, F. Kitsell et J. Griffith (2011). « The impact on the workload of the Ward Manager with the introduction of administrative assistants ». *Journal of Nursing Management*, **19**(2) : 177-185.

Mache, S., K. Vitzthum, B. F. Klapp et D. A. Groneberg (2012). « Doctors' working conditions in emergency care units in Germany: a real-time assessment ». *Emergency Medicine Journal*, **29**(12) : 1-6.

Morris, R., P. MacNeela, A. Scott, P. Treacy et A. Hyde (2007). « Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review ». *Journal of Advanced Nursing (JAN)*, **57**(5) : 463-471.

Norton, C., J. Sigsworth, S. Heywood et S. Oke (2012). « An investigation into the activities of the clinical nurse specialist ». *Nursing Standard*, **26**(30) : 42-50.

O'Leary, K. J., D. M. Liebovitz et D. W. Baker (2006). « How hospitalists spend their time: insights on efficiency and safety ». *Journal of Hospital Medicine*, **1**(2) : 88-93.

Pluye, P., E. Robert, M. Cargo, G. Bartlett, A. O’Cathain, F. Griffiths, F. Boardman, M. P. Gagnon et M. C. Rousseau (2011). *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews*.

Tipping, M. D., V. E. Forth, D. B. Magill, K. Englert et M. V. Williams (2010). (b) « Systematic review of time studies evaluating physicians in the hospital setting ». *Journal of Hospital Medicine*, **5**(6) : 353-359.

Tipping, M. D., V. E. Forth, K. J. O’Leary, D. M. Malkenson, D. B. Magill, K. Englert et M. V. Williams (2010). (a) « Where did the day go?--a time-motion study of hospitalists ». *Journal of Hospital Medicine*, **5**(6) : 323-328.

Upenieks, V. V., J. Kotlerman, J. Akhavan, J. Esser et M. J. Ngo (2007). « Assessing nursing staffing ratios: variability in workload intensity ». *Policy, Politics & Nursing Practice*, **8**(1) : 7-19.

Urden, L. D. et J. L. Roode (1997). « Work sampling: A decision-making tool for determining resources and work redesign ». *Journal of Nursing Administration*, **27**(9) : 34-41.

Weigl, M., A. Müller, A. Zupanc et P. Angerer (2009). « Participant observation of time allocation, direct patient contact and simultaneous activities in hospital physicians ». *BMC Health Services Research*, **9** : 110.

Westbrook, J. I., A. Ampt, L. Kearney et M. I. Rob (2008). « All in a day's work: an observational study to quantify how and with whom doctors on hospital wards spend their time ». *Medical Journal of Australia*, **188**(9) : 506-509.

Westbrook, J. I., E. Coiera, W. T. Dunsmuir, B. M. Brown, N. Kelk, R. Paoloni et C. Tran (2010). « The impact of interruptions on clinical task completion ». *Quality & Safety in Health Care*, **19**(4) : 284-289.

Westbrook, J. I., C. Duffield, L. Li et N. J. Creswick (2011). «How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals ». *BMC Health Services Research*, **11** : 319.

ANNEXE 1 : ÉQUATIONS DE RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES

Stratégie de recherche dans CINAHL

Professionnels de la santé	#1	TI (nurse* OR doctor* OR practitioner* OR physician* OR "health professional" OR "health professionals" OR "health personnel" OR "healthcare provider" OR "healthcare providers" OR caregiver* OR caretaker*) OR AB (nurse* OR doctor* OR practitioner* OR physician* OR "health professional" OR "health professionals" OR "health personnel" OR "healthcare provider" OR "healthcare providers" OR caregiver* OR caretaker*)
	#2	TI (infirmier* OR soignant* OR docteur* OR praticien* OR medecin* OR "professionnel de la sante" OR "professionnels de la sante" OR "personnel soignant") OR AB (infirmier* OR soignant* OR docteur* OR praticien* OR medecin* OR "professionnel de la sante" OR "professionnels de la sante" OR "personnel soignant")
	#3	MH (nurses OR "staff nurses" OR "nursing practice" OR "nursing care" OR "nursing staff, hospital" OR "registered nurses" OR physicians OR "health personnel")
	#4	#1 OR #2 OR #3
Répartition des tâches	#5	TI ((distribut* OR dispatch* OR division* OR divid* OR assign* OR time OR timing) N3 (activit* OR task* OR work OR duty OR duties OR chore* OR assignment* OR time)) OR AB ((distribut* OR dispatch* OR division* OR divid* OR assign* OR time OR timing) N3 (activit* OR task* OR work OR duty OR duties OR chore* OR assignment* OR time))
	#6	TI ((repartition OR attribution OR distribution OR division OR partage OR assignation OR temps) N5 (tache* OR activite* OR occupation* OR travail OR temps)) OR AB ((repartition OR attribution OR distribution OR division OR partage OR assignation OR temps) N5 (tache* OR activite* OR occupation* OR travail OR temps))
	#7	MH ("task performance and analysis" OR "workload" OR "workload measurement" OR "work assignments" OR "time management" OR "work sampling")
	#8	#5 OR #6 OR #7
Étude de temps et de mouvements (<i>Time and motion study</i>)	#9	TI ((time N2 motion) OR (stud* N2 (quantitative* OR statistic* OR longitudinal))) OR AB ((time N2 motion) OR (stud* N2 (quantitative* OR statistic* OR longitudinal)))
	#10	TI ((etude* OR recherche*) N2 (quantitative* OR statistique* OR longitudinale*)) OR AB ((etude* OR recherche*) N2 (quantitative* OR statistique* OR longitudinale*))
	#11	MH ("time and motion studies" OR "quantitative studies")
	#12	#9 OR #10 OR #11
	#13	#4 AND #8 AND #12
	#14	(#4 AND #8 AND #12) AND (LA french OR LA english)

Stratégie de recherche dans PUBMED

Professionnels de la santé	#1	nurse*[Title/Abstract] OR doctor [Title/Abstract] OR doctors [Title/Abstract] OR practitioner*[Title/Abstract] OR physician*[Title/Abstract] OR "health professional"[Title/Abstract] OR "health professionals"[Title/Abstract] OR "healthcare personnel"[Title/Abstract] OR "healthcare provider"[Title/Abstract] OR "healthcare providers"[Title/Abstract] OR caregiver*[Title/Abstract] OR caretaker*[Title/Abstract]
	#2	infirmier*[Title/Abstract] OR soignant*[Title/Abstract] OR docteur*[Title/Abstract] OR praticien*[Title/Abstract] OR medecin*[Title/Abstract] OR "professionnel de la sante"[Title/Abstract] OR "professionnelle de la sante"[Title/Abstract] OR "professionnels de la sante"[Title/Abstract] OR "personnel soignant"[Title/Abstract]
	#3	((("Nurses"[Mesh]) OR "Practice Patterns, Nurses"[Mesh]) OR "Physicians"[Mesh]) OR "Health Personnel"[Mesh]
	#4	#1 OR #2 OR #3
Répartition des tâches	#5	((distribut*[Title/Abstract] OR dispatch*[Title/Abstract] OR division*[Title/Abstract] OR divid*[Title/Abstract] OR assign*[Title/Abstract] OR time [Title/Abstract] OR timing [Title/Abstract])) AND (activit*[Title/Abstract] OR task*[Title/Abstract] OR work[Title/Abstract] OR duty[Title/Abstract] OR duties[Title/Abstract] OR chore*[Title/Abstract] OR assignment*[Title/Abstract])
	#6	((repartition [Title/Abstract] OR attribution [Title/Abstract] OR distribution [Title/Abstract] OR division [Title/Abstract] OR partage [Title/Abstract] OR assignation [Title/Abstract] OR temps [Title/Abstract])) AND (tache*[Title/Abstract] OR activite*[Title/Abstract] OR occupation*[Title/Abstract] OR travail [Title/Abstract])
	#7	((("Task Performance and Analysis"[Mesh]) OR "Workload"[Mesh]) OR "Time Management"[Mesh])
	#8	#5 OR #6 OR #7
Étude de temps et de mouvements (<i>Time and motion study</i>)	#9	((time[Title/Abstract] AND motion[Title/Abstract])) OR ("quantitative study"[Title/Abstract] OR "longitudinal study"[Title/Abstract] OR "statistics study"[Title/Abstract])
	#10	(etude*[Title/Abstract] OR recherche*[Title/Abstract]) AND (quantitative*[Title/Abstract] OR statistique*[Title/Abstract] OR longitudinale [Title/Abstract])
	#11	"Time and Motion Studies"[Mesh]
	#12	#9 OR #10 OR #11
	#13	#4 AND # 8 AND #12
	#14	#4 AND # 8 AND #12 Filters :English; French

Stratégie de recherche dans EconLit

Professionnels de la santé	#1	ti((nurse* OR doctor* OR practitioner* OR physician* OR "health professional" OR "health professionals" OR "health personnel" OR "healthcare provider" OR "healthcare providers" OR caregiver* OR caretaker*)) OR ab((nurse* OR doctor* OR practitioner* OR physician* OR "health professional" OR "health professionals" OR "health personnel" OR "healthcare provider" OR "healthcare providers" OR caregiver* OR caretaker*))
	#2	ti ((infirmier* OR soignant* OR docteur* OR praticien* OR medecin* OR "professionnel de la sante" OR "professionnels de la sante" OR "personnel soignant")) OR ab ((infirmier* OR soignant* OR docteur* OR praticien* OR medecin* OR "professionnel de la sante" OR "professionnels de la sante" OR "personnel soignant"))
	#3	SU.EXACT ("Personal, Professional, and Business Services (L84)")
	#4	#1 OR #2 OR #3
Répartition des tâches	#5	ti(((distribut* OR dispatch* OR division* OR divid* OR assign* OR time OR timing) NEAR/3 (activit* OR task* OR work OR duty OR duties OR chore* OR assignment* OR time))) OR ab(((distribut* OR dispatch* OR division* OR divid* OR assign* OR time OR timing) NEAR/3 (activit* OR task* OR work OR duty OR duties OR chore* OR assignment* OR time)))
	#6	ti (((repartition OR attribution OR distribution OR division OR partage OR assignation OR temps) NEAR/5 (tache* OR activite* OR occupation* OR travail OR temps))) OR ab (((repartition OR attribution OR distribution OR division OR partage OR assignation OR temps) NEAR/5 (tache* OR activite* OR occupation* OR travail OR temps)))
	#7	(ti(((distribut* OR dispatch* OR division* OR divid* OR assign* OR time OR timing) NEAR/3 (activit* OR task* OR work OR duty OR duties OR chore* OR assignment* OR time))) OR ab(((distribut* OR dispatch* OR division* OR divid* OR assign* OR time OR timing) NEAR/3 (activit* OR task* OR work OR duty OR duties OR chore* OR assignment* OR time)))) OR (ti(((repartition OR attribution OR distribution OR division OR partage OR assignation OR temps) NEAR/5 (tache* OR activite* OR occupation* OR travail OR temps))) OR ab(((repartition OR attribution OR distribution OR division OR partage OR assignation OR temps) NEAR/5 (tache* OR activite* OR occupation* OR travail OR temps))))
	#8	#5 OR #6 OR #7
Étude de temps et de mouvements (<i>Time and motion study</i>)	#9	ti (((time NEAR/2 motion) OR (stud* NEAR/2 (quantitative* OR statistic* OR longitudinal)))) OR ab (((time NEAR/2 motion) OR (stud* NEAR/2 (quantitative* OR statistic* OR longitudinal))))

	#10	ti (((etude* OR recherche*) NEAR/2 (quantitative* OR statistique* OR longitudinale*))) OR ab (((etude* OR recherche*) NEAR/2 (quantitative* OR statistique* OR longitudinale*)))
	#11	#9 OR #10
	#14	#4 AND #8 AND #11 AND la.exact("ENG")

Google Scholar a également été interrogé à l'aide de la requête suivante :
"time and motion study" AND workload AND nurse OR doctor filetype : pdf

ANNEXE 2 CRITÈRES D'ÉVALUATION DES ARTICLES⁶

Conditions préalables

Critère : *Oui* aux deux éléments

- Questions de recherche/Objectifs clairs et suffisamment décrits
- Données collectées permettent de répondre aux questions

Devis qualitatif

Critère : Score total supérieur à 50 % ;

Non : 0 / Partiel : 1 / Oui : 2 / Non abordé : NSP

- Sources des données (ex. : participants) appropriées
- Processus d'analyse des données appropriés
- Considération suffisante du contexte (cadre dans lequel les données ont été collectées)
- Considération suffisante de l'influence des chercheurs (interaction avec participants)

Devis quantitatif

Critère : Score total supérieur à 50 % ;

Non : 0 / Partiel : 1 / Oui : 2 / Non abordé : NSP

- Stratégie d'échantillonnage : a) source pertinente en fonction de la population ; b) procédure et grandeur de l'échantillonnage justifiées
- Échantillon représentatif de la population étudiée : a) critères d'inclusion et d'exclusion expliqués ; b) explication des non-participants éligibles
- Mesures appropriées a) variables clairement définies et mesures précises ; b) mesures justifiées en fonction des questions de recherche ; c) mesures avec validité connue ou instrument standardisé
- Taux de réponses acceptables (60 % ou plus)
- Facteurs confondants et biais contrôlés (expliqués et discutés)
- Conclusions soutenues par les résultats

Devis mixte (qualitatif et quantitatif)

Critère : Score total supérieur à 50 % ;

Non : 0 / Partiel : 1 / Oui : 2 / Non abordé : NSP

- Devis mixte approprié pour les questions de recherche ou les objectifs
- Intégration des données ou des résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents quant aux questions de recherche ou objectifs
- Considération des limites associées à l'intégration des données ou des résultats dans un devis de triangulation

⁶ Adapté de *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Pluye, P. 2011) (les scores représentent les appréciations qualitatives de la qualité relative des articles comparés entre eux).

ANNEXE 3 : LISTE DES ÉTUDES RETENUES ET DESCRIPTION DES ACTIVITÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES

TABLEAU 6 LISTE DES ÉTUDES RETENUES ET DESCRIPTION DES ACTIVITÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES

Études	Objectifs	Devis	Professionnels et milieux	Temps alloué (%) aux activités cliniques et non cliniques	Informations complémentaires	À retenir (contributions)
Abbey, Chaboyer et coll. 2012 Australie	Décrire le travail des infirmières des soins intensifs durant la journée.	Quantitatif Descriptif Étude d'observation du temps et des mouvements	Infirmières (Inf C) Unité de soins intensifs Hôpital	Soins directs : 40,5 % Soins indirects : 32,4 % Personnel : 21,9 % Activités reliées à l'unité : 5 %	Soins indirects comprennent : Coordination des soins : 9,7 % *Nettoyage et équipement des chambres : 9,2 % Préparation médication : 5,1 % Rapport verbal : 5,1 % Notes de progrès et sortie : 2 % Communication et information : 0,8 % Coordination (planification des soins) : 0,5 %	Les activités des infirmières des soins intensifs ne sont pas séquentielles. Pour la moitié du temps observé, les infirmières réalisent deux activités ou plus simultanément ; probablement en raison d'une sous-estimation de la charge de travail. *Pourraient être considérés comme des tâches non cliniques.
Ammenwerth et Spötl 2009 Australie	Mesurer le temps que les médecins passent aux tâches de documentation clinique et administrative et comparer avec le temps des autres activités.	Quantitatif Échantillonnage de travail	Médecins-chefs, résidents, en formation) Médecine interne Hôpital	Soins directs : 27,5 % Soins indirects : 62,8 % Personnel et autres activités : 9,7 %	Soins indirects comprennent : Communication : 36,2 % Documentation clinique : 22,4 % *Documentation administrative : 4,2 %	Le temps consacré à la documentation est presque aussi important qu'aux soins directs. L'introduction de nouveaux outils technologiques et la réorganisation du travail doivent contribuer à réduire les efforts des médecins dans cet aspect de leur travail. * Associée aux soins indirects.
Banner et Olney 2009 États-Unis	Mesurer les effets d'un système de documentation clinique sur 1) le temps passé à la documentation 2) le temps passé aux soins directs et 3) le temps passé aux	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements Devis pre-post	Infirmières (Inf C) Unité cardiaque Hôpital	Soins directs : 31 % Soins indirects : 52 % Tâches administratives : 12 % Personnel : 3 %	Soins indirects comprennent la documentation : 35 %	Après l'implantation du système clinique de documentation informatisé, le temps alloué aux activités de documentation et aux soins directs a augmenté considérablement ; le temps alloué aux tâches administratives (+ de 20 % à - de 15 %).

Études	Objectifs	Devis	Professionnels et milieux	Temps alloué (%) aux activités cliniques et non cliniques	Informations complémentaires	À retenir (contributions)
	tâches administratives.					
Berg, Ehrenberg et coll. 2012 Suède	Explorer le type et la fréquence des activités et des multitâches réalisées dans les urgences.	Quantitatif et Qualitatif (mix) Étude d'observation	Infirmières (Inf T, Inf C) et médecins (Mds) Département d'urgence Hôpital	Résultats en fréquence d'activités pour Inf T, Inf C, Mds Soins directs : 12,3 % ; 9,5 % ; 7,9 % Soins indirects : 55,7 % ; 68,7 % ; 74,8 % Activités non cliniques : 25,5 % ; 16,4 % ; 14 % Personnel : 7,4 % ; 5,4 % ; 3,5 %	28 % (Inf T), 16 % (Inf C) et 23 % (Mds) des activités « multitâches »	Les activités liées à la communication sont les plus fréquentes dans les urgences.
Chisholm, Weaver et coll. 2011 États-Unis	Collecter des données sur les activités (soins directs et indirects et interruptions) réalisées par des médecins d'urgence des milieux universitaires et communautaires.	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	Médecins d'urgence Hôpitaux communautaires et universitaires	Résultats non rapportés (exprimés en temps réel/difficilement comparables)		Les médecins des urgences passent plus de temps en soins indirects qu'en soins directs avec des résultats comparables dans chacun des milieux communautaires et universitaires. Les activités des médecins des milieux universitaires sont davantage interrompues.
Cornell, Herrin-Griffith et coll. 2010 États-Unis	Documenter le déroulement et la séquence des activités des infirmières (perspective : implantation de technologie informatique).	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	Infirmières (Inf C) Hôpital général, Unités médicales-chirurgicales	Soins directs : 26,9 % Soins indirects : 35,5 % Activités non cliniques : 26,2 % Personnel : 11,4 %		Le travail des infirmières est caractérisé par son manque de fluidité (interruptions fréquentes), ce qui a un impact sur la performance et la quantité d'erreurs.
Dellefield, Harrington et coll. 2012	Décrire comment les infirmières divisent leur	Quantitatif Échantillonnage de travail	Infirmières (Inf C)	Soins directs : 31 % Soins indirects : 59 % Non productifs : 10 %	27 % des observations des activités de soins indirects sont	Des mesures plus raffinées des soins et en particulier des activités de documentation permettraient de distinguer quelles sont les

Études	Objectifs	Devis	Professionnels et milieu	Temps alloué (%) aux activités cliniques et non cliniques	Informations complémentaires	À retenir (contributions)
États-Unis	pratique en temps réel entre les soins directs et indirects.		Centre d'hébergement Personnes âgées (vétérans)		liées à la communication et 73 % à la documentation	activités efficaces et efficaces réalisées dans cette rubrique de celles qui pourraient être réalisées par du personnel paraprofessionnel.
Desjardins, Cardinal et coll. 2008 Québec	Décrire le temps consacré par les infirmières des unités de chirurgie aux soins directs, soins indirects, aux activités non cliniques et aux activités personnelles.	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	Infirmières (Inf C) Unité chirurgicale en hôpital universitaire	Soins directs : 32,8 % Soins indirects : 55,7 % Activités non cliniques : 9 % Personnel : 2,5 %		Plus de temps est consacré aux soins indirects qu'aux autres rubriques d'activités. Les trois plus fréquentes activités de soins indirects sont celles liées aux communications entre professionnels, à la préparation et vérification de la médication et à la documentation. 9 % du temps est consacré à des activités non cliniques ne relevant pas des compétences des infirmières.
Füchtbauer, Nørgaard et coll. 2013 Danemark	Évaluer l'utilisation du temps de travail le jour des médecins d'un département d'urgence d'un hôpital du Danemark.	Quantitatif Échantillonnage de travail	Médecins et internes Département d'urgence d'un hôpital non universitaire	Soins directs : 24,8 % Soins indirects : 61,0 % Activités non cliniques : 9,4 % Personnel : 4,8 %	Soins indirects comprennent : Documentation : 31,4 % Communication : 23,8 %	Les médecins consacrent davantage de temps aux activités de soins indirects qu'aux soins directs. Beaucoup de temps est consacré à la communication et à la documentation. Le type de patient et la sévérité de la maladie ont peu d'influence sur le temps passé aux différentes activités.
Granja, Ponte et coll. 2014 Portugal	Quantifier le temps associé à d'autres tâches que les soins directs, et les activités réalisées en simultané ; évaluer la satisfaction au travail.	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	Médecins de famille ; centres médicaux (multicentrique)	Soins directs : 64,7 % Autres : 33,4 %		Seule étude sur les médecins de famille en milieu clinique hors centres hospitaliers. Les soins directs comptent pour 64,7 % du temps effectif (55 % d'une journée de travail). 33,4 % du temps effectif (28,8 % d'une journée de travail) est alloué à des activités autres. La moitié est reliée aux soins indirects pour assurer l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins.
Hendrich, Chow et coll. 2008	Comprendre comment les infirmières	Quantitatif Étude d'observation	Infirmières (Inf T, Inf C)	Soins directs : 33,6 % Soins indirects : 43,0 %	Les activités de documentation comptent pour 27,5 % de toutes les activités.	Plus de 75 % du temps est consacré à des activités reliées à la pratique infirmière (soins directs et indirects).

Études	Objectifs	Devis	Professionnels et milieux	Temps alloué (%) aux activités cliniques et non cliniques	Informations complémentaires	À retenir (contributions)
États-Unis	distribuent leur temps de travail dans les unités médicales-chirurgicales.	du temps et des mouvements	Unités médicales-chirurgicales Hôpital (milieux urbains et ruraux, universitaires et autres)	Activités non cliniques : 22,0 %	Les activités non cliniques comprennent 6,6 % de temps qualifié de « perdu »	Les activités les plus fréquentes sont celles liées à la documentation, la coordination des soins et l'administration de médicaments. Les processus de documentation sont inefficients (consommant beaucoup de temps infirmier et sont sources d'erreurs et de duplication). La rubrique du temps perdu est une cible pour améliorer l'efficacité organisationnelle.
Hollingsworth, Chisholm et coll. 1998 États-Unis	Déterminer comment les médecins et les infirmières utilisent leur temps de travail à l'urgence.	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	Infirmières (Inf T, Inf C) ; Médecins Département d'urgence Hôpital	Soins directs : 32 % Soins indirects : 47,0 % Activités non cliniques : 21,0 %		Cette étude date de plus de 20 ans. Les résultats ne seront pas présentés à titre comparatif de la situation actuelle, mais plutôt comme référence dans le temps.
Kim, Lovejoy et coll. 2010 États-Unis	Déterminer le temps alloué aux activités de soins directs et indirects. Mieux comprendre l'impact du flux (<i>flow</i>) de patients.	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	Médecins, Hôpitaux universitaires	Soins directs : 15,0 % Soins indirects : 66,8 % Activités non cliniques : 11,6 % Personnel : 6,6 %	79 % des soins directs consistent en l'évaluation des nouveaux patients 41 % des soins indirects représentent la communication avec les autres prestataires, 26 % la documentation médicale, 20 % la revue des résultats et données médicales et 13 % les prescriptions	La majorité des soins directs consistent en l'évaluation des nouveaux patients. Les activités de communication et de documentation prédominent. Le temps de déplacement est élevé (7,4 %) et est associé à la localisation des patients.
Kudo, Yoshimura et coll. 2012 Japon	Recueillir des données sur le temps alloué par les infirmières à des tâches qui devraient être réalisées par des assistants.	Quantitatif Enquête	Infirmières (Inf T, Inf C) Hôpital		6 % du temps infirmier est consacré à des tâches non cliniques qui pourraient être réalisées par des assistants	Le nombre d'infirmières professionnelles (Inf T, Inf C) est limité. Leur expertise doit être utilisée judicieusement. Il est important de créer des environnements efficaces et de clarifier les rôles de chacun.
Lavander, Meriläinen et coll. 2016	Faire une synthèse des évidences sur le temps de travail et	Qualitatif Revue systématique	Infirmières (Inf T, Inf C) Hôpital		Le temps travaillé peut être catégorisé en : soins directs, soins indirects, documentation patient,	Les infirmières passent moins de la moitié de leur temps en soins directs. La documentation occupe près de 1/5 du temps

Études	Objectifs	Devis	Professionnels et milieu	Temps alloué (%) aux activités cliniques et non cliniques	Informations complémentaires	À retenir (contributions)
Finlande	la répartition des tâches parmi les infirmières et les autres travailleurs soignants.				activités reliées à l'unité, le temps personnel et les activités non infirmières	des infirmières cliniciennes. Les Infirmières techniciennes et les assistants consacrent plus de temps aux soins directs, aux activités d'entretien et aux demandes plus physiques.
Locke, Leach et coll. 2011 Royaume-Uni	Décrire le rôle des assistants administratifs et leur impact sur la charge de travail des infirmières-chefs, sur la performance de l'unité et la qualité des soins aux patients.	Devis mixte Études de cas avec interview Analyse d'indicateurs de performance	Infirmières - chefs et assistants administratifs Hôpital		Les assistants ont pris en charge des tâches administratives des infirmières responsables : dépôts, procès-verbaux des réunions, rapports d'absences et de congés, coordination et préparation des évaluations et des stagiaires, recrutement du personnel Haut taux de satisfaction des infirmières responsables : 94 % ont une opinion positive	Impacts sur la pratique clinique : les infirmières responsables rapportent avoir plus de temps pour les soins aux patients et la supervision clinique. Impact sur le leadership : les infirmières responsables notent une augmentation des communications régulières et en profondeur avec le personnel, d'où une amélioration de la qualité des soins. Impact sur la motivation : équilibre travail-vie, réduction des absences pour maladie et augmentation de la satisfaction au travail.
Mache, Vitzthum et coll. 2012 Allemagne	Déterminer le temps alloué par les médecins des unités d'urgence à réaliser les activités quotidiennes et leur charge de travail.	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	Médecins Département d'urgence, Hôpital milieu urbain	Soins directs et indirects : 88 % Activités non cliniques : 12 %		Les soins indirects, incluant les communications internes et les tâches administratives (documentation) sont les plus fréquentes. Il faut restructurer le travail en établissant un système de documentation plus efficient et réduire les tâches de documentation administrative.
Norton, Sigsworth et coll. 2012 Royaume-Uni	Évaluer les activités des infirmières praticiennes et leur mode de travail.	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	Infirmières (Inf P) Hôpital (programme de médecine, chirurgie et cancer,	Soins directs : 41 % Soins indirects : 21,5 % Activités non cliniques : 37,5 %		Variations considérable du temps de soins directs entre les différents programmes, les équipes et les personnes.

Études	Objectifs	Devis	Professionnels et milieux	Temps alloué (%) aux activités cliniques et non cliniques	Informations complémentaires	À retenir (contributions)
O'Leary, Liebovitz et coll. 2006 États-Unis	Évaluer le type et la fréquence des activités réalisées par les médecins durant leur routine de travail.	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	circulation, etc.) Médecins généralistes Hôpital	Soins directs : 18 % Soins indirects : 69 % Activités non cliniques : 9 % Personnel : 4 %	35 % des soins indirects sont de la communication avec les autres prestataires, 35 % de la documentation	Les médecins consacrent davantage de temps aux activités de soins indirects qu'aux soins directs. Beaucoup de temps va à la communication, d'où le besoin d'améliorer l'efficacité en apportant un bon soutien. Les interruptions et les multitâches sont fréquentes, ce qui représente un potentiel d'erreurs médicales.
Tipping, Forth et coll. 2010 (a) États-Unis	Clarifier comment les médecins d'hôpitaux occupent leur temps et comment le volume de patients affecte le déroulement des activités (<i>workflow</i>).	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	Médecins généralistes Hôpital	Soins directs : 17,4 % Soins indirects : 63,9 % Activités non cliniques : 13,1 % Personnel : 5,7 %	Soins indirects comprennent : Documentation : 34,1 % Communication : 25,9 %	Effort de définition du travail des médecins généralistes en hôpital (« hospitalistes ») Soins indirects occupent la majorité du temps des médecins, principalement la documentation via les dossiers médicaux électroniques et les communications professionnelles. Les multitâches sont fréquentes.
Tipping, Forth et coll. 2010 (b) États-Unis	Faire une revue systématique des études de temps et de mouvements et d'échantillonnage de travail pour comprendre les activités des médecins d'hôpitaux.	Qualitatif Revue systématique	Médecins, résidents et internes, Unité d'hospitalisation	Soins directs : 8,5 % à 41 % (env. 23 %) Soins indirects : 32 % à 69 % (50 %)		De grandes variations dans les résultats d'études reflètent l'hétérogénéité des milieux hospitaliers, mais aussi la diversité des approches et des méthodologies d'une étude à l'autre.
Upenieks, Kotlerman et coll. 2007 États-Unis	Déterminer le temps alloué aux activités des infirmières entre deux unités comparables.	Quantitatif Étude sur le déroulement des activités (<i>Workflow studies</i>)	Infirmières (Inf C) 2 unités d'hôpital	Soins directs : 25,0 % ; 32,6 % Soins indirects : 53,4 % ; 50,6 % Activités non cliniques : 21,5 % ; 16,7 %	Soins indirects comprennent la documentation : 16,4 % ; 24,0 %	59 à 60 % du temps est consacré à des activités ayant une valeur ajoutée pour les soins, 20 à 25 % à des activités nécessaires et 17 à 21 % à des activités sans valeur ajoutée pour les soins.

Études	Objectifs	Devis	Professionnels et milieux	Temps alloué (%) aux activités cliniques et non cliniques	Informations complémentaires	À retenir (contributions)
Urden et Roode 1997 États-Unis	Déterminer le temps alloué par les infirmières et les assistants aux soins directs et indirects et examiner les variations selon les quarts de travail.	Quantitatif Échantillonnage de travail	Infirmières (Inf C) Assistants Hôpital	Soins directs : 37 % Soins indirects : 46 % Activités non cliniques : 4 % Personnel : 14 %		La distribution du temps des activités varie d'un département à l'autre. Ex. : plus de temps aux soins directs dans les unités pédiatriques et plus de temps à la documentation dans les unités médicales chirurgicales. Les résultats démontrent des variations selon le quart de travail. La nuit, les Inf C passent plus de temps aux soins directs et moins de temps aux activités personnelles. La composition professionnelle (<i>skill mix</i>) est aussi responsable des variations dans le temps alloué aux activités, notamment, celles liées à l'unité.
Weigl, Müller et coll. 2009 Allemagne	Déterminer les activités réalisées par les médecins et le temps qui leur est alloué. Déterminer quelles activités sont faites en simultané et combien de temps leur est alloué.	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	Médecins (chirurgiens, internistes) Hôpital	Soins directs : 34,17 % ; 20,9 % Soins indirects : 53,4 % ; 50,6 % Activités non cliniques : 0,3 % ; 1,4 % Personnel : 9,1 % ; 8,3 %	Soins indirects comprennent : Documentation : 26,8 % ; 33 %	Les résultats mettent en évidence que la documentation occupe une grande place dans le travail des médecins et que cette activité est fragmentée par de nombreuses interruptions. Une réorganisation du travail implique d'assurer la continuité de l'information, une assistance électronique adéquate et un bas niveau d'interruptions.
Westbrook, Ampt et coll. 2008 Australie	Quantifier le temps que les médecins d'hôpitaux passent aux différentes activités et l'étendue des multitâches.	Quantitatif Étude d'observation du temps et des mouvements	Médecins (médecins, résidents et internes) Hôpital, 4 départements	Soins directs : 15 % Soins indirects : 17 % Activités non cliniques : 15 % Personnel : 17 %	Soins indirects ne comprennent pas : Tâches liées à la médication : 7 % Documentation : 9 % Communication professionnelle : 33 %	La plus grande proportion du temps des médecins est allouée à la communication professionnelle. Les médecins internes passent plus de temps à la documentation et aux tâches administratives.
Westbrook, Duffield et coll. 2011	Quantifier la répartition du temps et des tâches	Quantitatif	Infirmières Hôpital	Résultats de l'année 3 Soins directs : 24,8 %	Soins indirects ne comprennent pas :	58 % du temps infirmier est alloué à plusieurs tâches à la fois (multitâches). Les taux d'interruptions sont élevés pendant les

Études	Objectifs	Devis	Professionnels et milieux	Temps alloué (%) aux activités cliniques et non cliniques	Informations complémentaires	À retenir (contributions)
Australie	et leur évolution sur une période de 2 ans.	Étude d'observation prospective longitudinale du temps et des mouvements	2 unités de médecine générale et chirurgicale	Soins indirects : 16,1 % Activités non cliniques : 13 % Personnel : 10 %	Tâches liées à la médication : 20,9 % Documentation : 7,3 % Communication professionnelle : 19,2 %	tâches liées à la médication et celles liées à la documentation. Malgré l'accent actuel sur l'importance du travail interdisciplinaire, les résultats ne suggèrent aucune évidence d'augmentation des interactions interprofessionnelles.

ANNEXE 4 : TEMPS ALLOUÉ AUX ACTIVITÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES (ÉTUDES DE TEMPS ET DE MOUVEMENTS)

TABLEAU 7 : PROPORTION DE TEMPS ALLOUÉ AUX ACTIVITÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES PAR LES INFIRMIÈRES (INF) ET LES MÉDECINS (MDS) (%)

ÉTUDES 1 ^{ER} AUTEUR (ANNÉE)	ACTIVITÉS CLINIQUES : SOINS DIRECTS		ACTIVITÉS CLINIQUES : SOINS INDIRECTS		ACTIVITÉS NON CLINIQUES		ACTIVITÉS AUTRES/PERSONNELLES		INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
	INF	MDS	INF	MDS	INF	MDS	INF	MDS	
Abbey (2012)	40,5		32,4		5		21,9		Infirmières (Inf C)
Ammenwerth (2009)		27,5		62,8		4,2		9,7	
Banner (2009)	31		52		12		3		Infirmières (Inf C)
Cornell (2010)	26,9		35,5		26,2		11,4		Infirmières (Inf C)
Dellefield (2012)	31		59				10		Infirmières (Inf C)
Desjardins (2008)	32,8		55,7		9		2,5		Infirmières (Inf C)
Füchtbauer (2013)		24,8		61		9,4		4,8	
Granja (2014)		55		14,4		14,4			Valeurs approximatives
Hendrich (2008)	33,6		43		22				Infirmières (Inf T, Inf C)
Hollingsworth (1998)	32		47		21				Infirmières (Inf T, Inf C)
Kim (2010)		15		66,8		11,6		6,6	
Norton (2012)	41		21,5		37,5				Infirmières (Inf P)
O'Leary (2006)		18		69		9		4	
Tipping 1 (2010)		17,4		63,9		13,1		5,7	
Upenieks (2007)	25		53,4		21,5				Infirmières (Inf C)
	32,6		50,6		16,7				Résultats unité A et unité B
Urden (1997)	37		46		4		14		Infirmières (Inf T, Inf C)
Weigl (2009)		34,1		56,5		0,3		9,1	Chirurgiens
		20,9		69,4		1,4		8,3	Internistes
Westbrook (2008)		15		17		15		17	Soins indirects sous-estimés ne comprennent pas : Tâches liées à la médication (7 %) ; Documentation (9 %) ; Communication professionnelle (33 %)
Westbrook (2011)	24,8		16,1		13		10		Infirmières (Inf T, Inf C) Soins indirects sous-estimés ne comprennent pas : Tâches liées à la médication (20,9 %) ; Documentation (7,3 %) ; Communication professionnelle (19,2 %) Résultats de la collecte post (année 3)

Note : Pour les études n'ayant pas regroupé les activités sous les quatre catégories d'activités, lorsque possible, les valeurs ont été ajustées en intégrant les activités sous les catégories leur correspondant.