

*Les besoins et les stratégies des infirmières
face à la violence des patients
en psychiatrie et aux urgences :*

Une revue de littérature étoffée

Travail de Bachelor

Par

Gaëlle Winiger

Promotion 2008-2011

Sous la direction de : Hervé Messerli

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

RÉSUMÉ

La violence dans les soins est présente depuis toujours. Malgré les politiques de gestion de la violence existantes, les victimes des comportements violents des patients peuvent alors souffrir de détresse psychologique, puis de burn-out à plus long terme.

Question : Le but de ce travail est d'identifier les besoins et les stratégies d'adaptation des infirmières des urgences et en psychiatrie afin de surmonter l'impact psychologique de la violence des patients rencontrée dans les soins. Il est nécessaire que le personnel diplômé puisse recourir à des ressources afin de faire face aux épisodes de violence.

Méthode : Ce travail est une revue de littérature étoffée, recensement d'études et de connaissances sur un même thème. Dans cette idée, les recherches sélectionnées ont traité des besoins et/ou des stratégies des infirmières travaillant en psychiatrie et aux urgences pour faire face à la violence des patients. Chaque étude retenue a été analysée et synthétisée sous forme de fiche de lecture.

Résultats : Les besoins et les stratégies d'adaptation des infirmières des urgences et en psychiatrie ont été identifiés. Le besoin d'informations et de formation, le besoin de sécurité personnelle et le besoin de soutien de la hiérarchie révèlent les manques identifiés par les professionnelles dans la gestion de la violence. Rechercher une écoute et un soutien, donner un sens à la situation de violence, avoir une confiance et une estime de soi, contrôler et maîtriser la situation, recourir aux expériences antérieures de violence et se ressourcer sont les stratégies utilisées afin de surmonter ou de diminuer l'impact psychologique de la violence des patients.

Discussion : les besoins et les stratégies d'adaptation des infirmières sont discutés selon la hiérarchie des besoins de Maslow (1962), le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984) et le concept de la satisfaction au travail.

Conclusion : Malgré les diverses mesures et politiques d'intervention et de gestion de la violence déjà mises en place par de nombreux établissements de soins, il est important qu'ils soient à l'écoute des infirmières afin que leurs besoins par rapport à la violence soient satisfaits. Ceci permettrait d'améliorer les stratégies de gestion de la violence existantes et/ou d'en mettre en place de nouvelles afin de garantir un bien-être du personnel soignant ainsi qu'une meilleure satisfaction au travail. Toutefois, seule une minorité des recherches traite spécifiquement de cette question en Europe. Il serait alors pertinent que de futures études soient réalisées en Suisse et à l'étranger.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur Hervé Messerli, pour son accompagnement durant l'élaboration de ce travail, pour ses conseils et ses remarques constructives. Son suivi a permis un questionnement plus poussé ainsi qu'un réalisme plus important.

Mes remerciements vont également à toutes les personnes qui ont consacré du temps à la relecture et à la correction de cette revue de littérature. Ces dernières ont permis un recul nécessaire à la bonne compréhension de ce travail.

Je remercie particulièrement ma famille, mes amis et mes camarades de classe pour leur grand soutien tout au long de ce travail. Ils ont su me motiver et m'encourager durant toute la réalisation de ce Bachelor Thesis.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	6
2. PROBLÉMATIQUE.....	9
2.1 Question de recherche	10
2.2 Objectifs et buts poursuivis	10
3. FONDEMENTS THÉORIQUES	11
3.1 La violence	11
3.2 Les besoins	12
3.3 Les stratégies d'adaptation.....	13
3.4 La mission d'une unité d'admission psychiatrique.....	14
3.5 La mission des urgences.....	15
3.6 La santé	15
3.7 La satisfaction au travail	15
4. MÉTHODOLOGIE.....	17
4.1 Argumentation de l'adéquation du devis	17
4.2 Etapes de la réalisation de la revue de littérature étoffée.....	17
4.3 Concepts et mots-clés utilisés	18
4.4 Critères de sélection et d'exclusion.....	18
4.5 Résultats des stratégies de recherche	19
4.5.1 <i>Stratégie 1</i>	19
4.5.2 <i>Stratégie 2</i>	19
4.5.3 <i>Stratégie 3</i>	20
4.5.4 <i>Stratégie 4</i>	20
4.5.5 <i>Stratégie 5</i>	20
4.5.6 <i>Stratégie 6</i>	21
4.5.7 <i>Stratégie 7</i>	21
4.5.8 <i>Stratégie 8</i>	22

5.	RÉSULTATS.....	23
5.1	Les besoins identifiés par les infirmières	23
5.1.1	<i>Le besoin d'informations et de formation (n=8)</i>	23
5.1.2	<i>Le besoin de sécurité personnelle (n=6)</i>	25
5.1.3	<i>Le besoin de soutien de la hiérarchie (n=3)</i>	27
5.2	Les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières.....	27
5.2.1	<i>Rechercher une écoute et un soutien (n=7)</i>	28
5.2.2	<i>Donner un sens à la situation de violence (n=6)</i>	29
5.2.3	<i>Avoir une confiance et une estime de soi (n=6)</i>	31
5.2.4	<i>Contrôler et maîtriser la situation (n=5)</i>	32
5.2.5	<i>Recourir aux expériences antérieures de violence (n=5)</i>	33
5.2.6	<i>Se ressourcer (n=2)</i>	33
6.	DISCUSSION.....	34
6.1	Analyse et critique des études sélectionnées.....	34
6.2	Discussion des résultats.....	36
6.3	Réponse à la question.....	41
6.4	Limites l'étude et recommandations futures	41
7.	CONCLUSION	43
7.1	Implications et recommandation pour les soins	43
7.2	Implications pour les recherches futures.....	44
7.3	Apprentissages personnels	45
8.	BIBLIOGRAPHIE	46
9.	ANNEXES.....	51
9.1	Annexe A : Déclaration d'authenticité.....	51
9.2	Annexe B : Prise de position du Conseil International des Infirmières	52
9.3	Annexe C : Grille de lecture critique d'un article scientifique	57
9.4	Annexe D : Synthèse des résultats	59
9.5	Annexe E: Fiches de lecture des articles scientifiques.....	61

1. INTRODUCTION

La violence est malheureusement bien connue des milieux psychiatriques et du domaine des urgences. Malgré l'évolution des soins, des systèmes de santé et des politiques relatives à la gestion de la violence, le cadre de l'hospitalisation s'affirme encore comme un lieu d'exposition pour les professionnels de la santé. A ce propos, l'Institut National de Recherche et de Sécurité français (2003) rapporte que certains professionnels sont plus exposés à des situations à risque que d'autres. Parmi les quatre catégories citées¹, le personnel soignant entre dans deux des quatre groupes à risque. Dans son ouvrage, Gbézo (2005) indique alors que les professionnelles de la santé sont plus à risque de rencontrer de la violence dans les unités d'urgences, de psychiatrie et de gériatrie. Dans leur recherche élaborée dans divers pays d'Europe, Estry-Behar *et al.* (2008) déclarent également que les épisodes de violence ont été significativement plus élevés dans ces milieux de soins. Selon ces auteurs, les jeunes infirmières, les aides soignantes, les veilleuses ou les employées à plein temps sont plus sujettes à la violence que les infirmières plus âgées, spécialisées ou qui travaillent de jour ou à temps partiel. A ce sujet, le Conseil² International des Infirmières (2006) prend également position et condamne toutes formes d'abus et de violence à l'encontre du personnel infirmier. Celui-ci démontre qu'un lieu de travail non sécuritaire menace la fourniture de services efficaces pour les patients et la qualité des soins.

Dans son article, Balahoczky (2006) explique que pour commettre un acte de violence, l'individu doit se sentir menacé dans son intégrité au niveau physique (insatisfaction des besoins de base), au niveau psychologique (violence de l'intimité, impossibilité de vivre selon ses valeurs et ses croyances, privation de sa liberté d'agir, déresponsabilisation face à ses rôles sociaux) et au niveau matériel (être dépossédé de ses biens et de ses possessions). « Quand la personne a le sentiment d'être manipulée, qu'elle se sent prise au piège, qu'elle se sent impuissante à gérer une situation difficile, quand elle subit des contraintes importantes qui durent dans le temps, elle perd alors toute lucidité, cède à la panique et passe à l'acte » (Ibid., p.3). Des facteurs interpersonnels liés aux soignants (attitudes, provocations, stress, épuisement) et environnementaux (temps d'attente, exigüité des locaux, surcharge de travail, isolement du patient, manque de

¹ Les professions impliquant la manipulation d'argent ou de valeurs, les métiers en rapport aux soins, au conseil ou à la formation, le travail au contact de personnes potentiellement violentes, les emplois relatifs au contrôle et à l'application de la loi ainsi que les professions qui officient seules.

² Cf. Annexe B.

reconnaissance, formation insuffisante) peuvent également favoriser ou accroître les risques de violence des patients (Michel & Thirion, 2004). L'hôpital peut alors représenter un élément inquiétant et déstabilisant pour la population. « L'avalanche d'expériences nouvelles souvent inattendues, mécanisées, dépersonnalisées, entretient un climat peu rassurant, générateur d'angoisse ou d'inquiétude qui se nourrit du fait que le malade est parfois incapable d'apprécier son état, la gravité et la durée de la maladie. » (Ibid., 2004, p.77). Ces situations peuvent être fréquemment rencontrées dans les unités d'admission psychiatrique ainsi que dans les services des urgences.

Au niveau des urgences, « les principaux facteurs générateurs de violence sont, en priorité, l'éthylisme, les délais d'attente, les pics d'activité, les admissions forcées, les cas de démence, la toxicomanie. Les patients et leurs proches arrivent souvent en état de choc. Certains arrivent aussi marqués par toute la violence de la société » (Gbézo, 2005, p.7). D'après l'étude de Crilly, Chaboyer et Creedy (2004) effectuée dans deux services des urgences en Australie, le taux de violence dans ce domaine de soins est comparable à celui de la psychiatrie. Un total de 110 incidents violents a été répertorié sur une période de cinq mois. Cela correspond environ à cinq incidents violents par semaine. Les comportements violents ont été signalés le plus souvent le soir (41,37%). Les auteurs de violence étaient généralement sous l'influence de l'alcool (30,27%) et de médicaments (27,25%). 42,38% d'entre-eux souffraient d'une pathologie psychiatrique. D'après cette recherche, les infirmières ont été injuriées (67,61%), poussées (11,10%), frappées (3,3%) et ont reçu des coups de pieds (3,3%) (Ibid., 2004).

Au niveau de la psychiatrie, la plupart des patients ne sont pas particulièrement dangereux ni violents. Ils peuvent toutefois le devenir lorsque le personnel soignant adopte une attitude d'évitement, de déni, d'ambivalence ou de riposte. « L'absence de projet thérapeutique négocié avec le sujet peut également déclencher des manifestations agressives » (Gbézo, 2005, p.8). En plus de leur décompensation psychique, certains patients se sentent menacés dans leur intégrité de part la privation de liberté établie par le médecin, l'hospitalisation involontaire liée à leur état de santé et la déposition de leurs biens. La durée de l'hospitalisation³ peut accroître l'éventuel passage à l'acte violent. Dans leur recherche réalisée en Suisse, Schuwey-Hayoz et Needham (2006) démontrent que la psychiatrie aigüe d'admission est la plus touchée par la violence avec 60 événements violents sur une période de six mois contre 7 en psychiatrie infanto-

³ Selon le RFSM, l'hospitalisation est de 28 jours environs dans le secteur de la psychiatrie adulte.

juvénile, 15 en psychiatrie adulte spécialisée et 2 en psycho-gériatrie. Dans toutes ces unités, les cibles sont principalement le personnel soignant (45,6%), puis les objets (27,2%), les autres patients (14,9%) et finalement le patient lui-même (6,1%).

La confrontation très fréquente à la violence de la part des patients est vécue douloureusement (Estryn-Behar et al., 2006). Selon Monceau (1999), « la moitié des infirmières interviewées lors d'une étude insiste sur la difficulté à résoudre le vécu de l'agression subie par un patient » (p.80). Celles-ci ont alors le sentiment que l'incident perd beaucoup de sa dimension professionnelle, devenant presque une affaire personnelle une fois les formalités administratives remplies. Wieclaw *et al.* (2006) révèlent que certains membres du personnel agressés en psychiatrie ainsi qu'aux urgences ont présenté de graves réactions post-traumatiques six mois à un an après l'événement violent même en l'absence de blessures. « Le vécu direct ou proche d'une situation violente entraîne deux sentiments distincts, la peur et l'insécurité » (Morasz, 2002, p.47). Le sentiment d'insécurité se nourrit de l'angoisse de l'individu face à une situation donnée. Il naît de l'attente d'un danger partiellement ou totalement inconnu ou de la présence d'une dangerosité supposée, non repérée précisément et ne s'appuyant pas sur des arguments objectifs. L'insécurité et l'angoisse désorientent, désorganisent et désécurisent.

Marc (2004) et Monceau (1999) relèvent dans leurs ouvrages que des sentiments de culpabilité, de trahison, d'injustice, de colère, de peur, de manque de soutien et d'abandon sont bien souvent ressentis par les soignantes après un épisode violent. Ces ressentis se traduisent par un sentiment d'insécurité au travail, de peur d'aller au travail mais surtout par une impression de banalisation de la violence contre le personnel soignant (Estryn-Behar et al., 2006). Soigner la violence est le soin le plus difficile car il est le plus impliquant. « La violence nous met à nu, réveille notre propre violence et pèse sur nos fragilités personnelles et institutionnelles de soignant » (Panchaud & Miazza, 2003, p.46). Les conséquences de la violence semblent être néfastes pour l'individu, son entourage et l'environnement. Selon Balahoczky (2006), « apprendre à gérer la violence dans les soins est une façon pour les soignants de lutter contre le stress, le burn-out et le risque de devenir eux-mêmes violents par impuissance » (p.7).

2. PROBLÉMATIQUE

La violence reste toujours un sujet d'actualité dans les soins. Selon la Mutuelle de la santé et du social (2005), elle représente la cinquième cause d'accident de travail, soit 2,2% chez les soignants contre 1,2% dans les autres professions. Bien que la violence soit connue des milieux psychiatriques et des urgences, elle reste toutefois une difficulté importante dans le travail soignant. Malgré que des stratégies d'intervention et des politiques de gestion de la violence aient été mis en place par de nombreuses institutions, le nombre d'incidents reste important et la gravité de son impact cause des effets considérables sur la santé des infirmières (Rippon, 2000).

Le Conseil International des Infirmières (2001) estime que les conséquences de la violence contre les infirmières provoquent une détérioration de la qualité des soins et un abaissement du moral, un abandon de la profession et une réduction numérique du personnel expert dans la profession, des effets néfastes sur le recrutement dans la profession, des niveaux de stress élevés et une augmentation du nombre d'erreurs au travail, un taux important de renouvellement du personnel, des coûts de santé accrus et une faible productivité en raison de l'absentéisme. Gerberich *et al.* (2004) révèlent dans leur étude que 8% des infirmières qui ont été agressées physiquement par des patients en psychiatrie ont signalé des problèmes persistants tels que diminution de la productivité, baisse de moral, douleurs chroniques, tensions musculaires, insomnies ou cauchemars à la suite de l'événement. Près de 13% de celles qui ont connu la violence verbale ont signalé des problèmes persistants tels que peur des agressions récurrentes, sentiment d'impuissance, irritabilité, dépression, tristesse ou changement de carrière.

Le personnel soignant travaillant dans ces milieux de soins est généralement formé afin de faire face à ces violences. Cependant, chaque soignant a sa propre identité, sa personnalité et son caractère personnel. Les confrontations répétées à la violence peuvent avoir des répercussions non négligeables sur la santé des professionnels. Bien que la plupart des agressions aient des conséquences physiques mineures, elles peuvent toutefois entraîner de graves répercussions psychologiques telles que syndrome de stress post-traumatique ou burn-out. Face à l'impact psychologique que peut provoquer la violence des patients, il semble important de se pencher sur les besoins et les stratégies des infirmières afin qu'elles puissent préserver leur santé et leur satisfaction au travail et, par conséquent, garantir des soins de qualité.

2.1 Question de recherche

Sur les bases théoriques de la littérature, en s'appuyant sur ce qui précède et en approfondissant la réflexion, la question de recherche suivante est formulée :

Suite aux épisodes de violence pouvant être rencontrés en unité d'admission psychiatrique et aux urgences, quels sont les besoins et les stratégies d'adaptation des infirmières⁴ afin de surmonter l'impact psychologique que la violence peut provoquer au sein du personnel diplômé ?

2.2 Objectifs et buts poursuivis

L'identification des besoins infirmiers suite aux épisodes de violence des patients permettrait d'explorer les manques relevés par les professionnelles de psychiatrie et des urgences dans la gestion de comportements violents. Ceci permettrait d'améliorer les programmes de gestion de la violence déjà existants et/ou de mettre en place de nouvelles stratégies en exploitant les pistes d'actions proposées dans les recherches scientifiques par la population infirmière victime de violence afin de garantir un bien-être du personnel soignant ainsi qu'une meilleure satisfaction au travail.

L'exploration des stratégies d'adaptation des infirmières tente de répondre aux besoins identifiés par ces dernières face à la violence des patients. Sa compréhension permettrait au personnel diplômé de réfléchir à l'efficacité de leurs propres ressources mises en place afin d'éviter un stress trop important lié aux situations de violence. Ceci dans le but de préserver leur santé mentale, d'améliorer leur satisfaction au travail et par conséquent, de garantir une meilleure qualité des soins prodigués.

⁴ Pour des raisons de facilité de lecture, le terme « infirmière » est utilisé de manière générale tout au long du travail. Veuillez comprendre le personnel masculin.

3. FONDEMENTS THÉORIQUES

Ce chapitre définit certains concepts de la question de recherche afin de mieux appréhender et comprendre la thématique. Ces cadres théoriques permettent d'orienter le travail. Ils sont également utilisés comme support d'analyse et de discussion des résultats.

3.1 La violence

La violence est définie comme étant « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré, de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence » (OMS, 1996). Dans les directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé (2002), la violence au travail est définie de la manière suivante : « Incidents où le personnel est maltraité, menacé ou agressé dans le cours de son activité professionnelle, y compris lors des déplacements depuis ou vers son lieu de travail, et incidents qui mettent en danger sa sécurité, son bien-être ou sa santé » (p.3). Gbézo (2005) décrit alors quatre types de violence identifiés dans les soins :

- La violence verbale (insultes, propos grossiers, menaces, reproches...). Ce comportement prépare souvent au passage à l'acte de violence physique.
- La violence physique (coups dirigés contre des personnes ou des objets, actes infligeant la douleur, les blessures ou la mort). C'est la forme la plus visible.
- La violence psychologique (humiliations, menaces, chantage, accusations, repréhensions injustifiées, critiques constantes, exigences excessives...). Elle porte atteinte, par sa répétition et sa gravité, à la dignité, à l'intégrité psychique ou physique d'une personne ou d'un collectif de travail.
- La violence sexuelle (harcèlement sexuel, agression sexuelle ou tentative de viol). Elle se manifeste par des paroles, des gestes ou des comportements.

La confrontation à la violence peut alors causer un traumatisme chez la personne qui en est la victime. « La charge traumatique ne dépend pas inéluctablement de la nature ou de l'intensité de l'acte incriminé mais plutôt du sens qu'il prend pour celui qui en est la victime en fonction de son état du moment, de son histoire et de ses occurrences inconscientes et symboliques » (Morasz. 2002, p.202).

3.2 Les besoins

Le besoin est défini comme étant « une exigence individuelle née d'un sentiment de manque, de privation ou d'insatisfaction de quelque chose nécessaire à la vie » selon le dictionnaire Larousse (2009). Ces sentiments poussent les êtres humains à accomplir des actes perçus comme nécessaires, voire indispensables. Le but de ses actes est de faire disparaître cette sensation de manque.

Maslow (1962) a élaboré la hiérarchie des besoins. Cette théorie, présentée sous forme de pyramide, prend en compte les besoins des individus selon cinq niveaux. Les deux premiers niveaux constituent les besoins primaires (avoir) de l'être humain tandis que les trois derniers composent ses besoins secondaires (être). Tous les besoins répertoriés proviennent d'un manque. Selon Maslow, les individus doivent chercher à satisfaire chaque besoin d'un niveau donné avant penser aux besoins de niveaux supérieurs. L'individu ne peut prétendre à la satisfaction d'un nouveau besoin que lorsque les précédents sont déjà acquis :

- 1^{er} niveau : les besoins physiologiques (manger, boire, respirer...) qui permettent à l'organisme de vivre ou de survivre.
- 2^{ème} niveau : le besoin de sécurité, que ce soit d'un point de vue physique, psychologique, affective ou sociale (besoin d'un logement, d'un abri, d'un emploi, d'un revenu ou de santé).
- 3^{ème} niveau : le besoin d'amour et d'appartenance (recherche de communication, d'expression et de reconnaissance). Il englobe également les aspects de la famille, de l'intimité et des amis d'un individu.
- 4^{ème} niveau : le besoin d'estime. Il s'agit, plus précisément, d'un besoin d'estime de soi et d'estime des autres. L'individu a alors besoin de se réaliser et de se valoriser au sein d'une activité.
- 5^{ème} niveau : le besoin d'accomplissement ou de réalisation de soi. Ce besoin consiste à permettre à sa personnalité de s'épanouir et d'exploiter tout son potentiel tant créatif, artistique, spirituel ou social (Westen, 2000).

Selon Maslow, un individu peut passer son existence centrée sur des besoins à un seul niveau et ne pas évoluer au-delà. L'assouvissement des besoins élémentaires permet d'éviter la névrose tandis que la satisfaction des deux derniers niveaux de la pyramide participe au développement personnel (Dolan, Lamoureux & Gosselin, 1996).

3.3 Les stratégies d'adaptation

Une stratégie d'adaptation est un mécanisme psychologique représentant l'ensemble des actions qu'un individu met en œuvre afin de résoudre le problème auquel il est confronté et de maîtriser ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique (Westen, 2000).

Lazarus et Folkman (1984) ont élaboré le modèle transactionnel du stress. Selon eux, l'individu est confronté durant son existence à une succession d'événements de vie mineurs ou majeurs. « Ces expériences peuvent être perçues comme menaçantes par l'individu, induire des perturbations émotionnelles et avoir à long terme des effets néfastes sur la santé physique et psychique » (Paulhan & Bourgeois, 1998, p.40). L'individu ne subit pas passivement les situations difficiles qui s'imposent à lui mais intervient constamment pour établir des conditions qui lui soit propices et va essayer de faire face à ces menaces. On parle alors de stratégies d'adaptation ou de coping. Lazarus et Folkman définissent le coping comme étant « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants que déploie l'individu pour répondre à des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives » (Lazarus & Folkman, 1984, cité par Paulhan & Bourgeois, 1998, p.40). Ce terme implique l'existence d'un problème réel ou imagé et de la mise en place d'une réponse pour faire face à cet événement stressant. Le stress dépend autant de la situation environnementale que des ressources ou des capacités à faire face.

Le coping peut alors consister en une activité (centrée sur le problème) ou un processus de pensée (centrée sur l'émotion) (Paulhan & Bourgeois, 1998). Le coping centré sur le problème vise à réduire les exigences de la situation et/ou d'augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. Les stratégies qui y sont associées sont :

- La vigilance (recherche d'informations et/ou résolution du problème). Cette stratégie permet de diminuer la détresse psychologique tout en facilitant le contrôle de la situation. Les informations recherchées permettront de mettre en place des plans d'action efficaces pour gérer l'événement menaçant.
- La confrontation (esprit combatif) et l'élaboration ainsi que la mise en œuvre de plans d'action. Ces stratégies permettent à l'individu de se donner des moyens de transformer la situation stressante.

Le coping centré sur l'émotion quant à lui vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. Les stratégies qui y sont associées sont :

- L'évitement (activités sportives, jeux, relaxation, loisirs). Il est la stratégie la plus utilisée car il permet de diminuer la tension émotionnelle.
- La fuite (consommation de drogues ou de médicaments). Cette stratégie ne provoque qu'un répit temporaire et s'avère peu efficace si la situation stressante persiste dans le temps.
- La minimisation, l'acceptation, la prise de distance, l'humour et la réévaluation positive visent à réduire la détresse émotionnelle. Ces stratégies sont apparentées au déni. Elles sont efficaces lors de situations stressantes de courte durée.
- L'auto-accusation qui augmente la détresse émotionnelle (Ibid., 1998).

Cette tentative de maîtrise de l'individu poursuit deux buts essentiels : éliminer ou réduire les conditions environnementales stressantes et réduire le sentiment de détresse qu'elles induisent (Guillet, s.d). Le coping permet alors d'ajuster la réaction et les effets cognitifs, somatiques ou psychologiques du stress.

3.4 La mission d'une unité d'admission psychiatrique

En Suisse, la mission d'une unité d'admission psychiatrique est d'offrir des soins psychiques et psychologiques pour les personnes de 18 à 65 ans nécessitant une prise en soins soutenue en raison d'une symptomatologie psychiatrique ou une souffrance psychologique intense (Hôpital du Valais, 2009 ; RFSM, 2010). Les unités peuvent être ouvertes ou fermées selon les règles institutionnelles et les divers cantons. Les pathologies généralement rencontrées dans ce type d'unité sont les décompensations psychotiques, les sevrages dans le cadre d'une toxicomanie, les troubles de l'humeur... Les prises en soins sont élaborées selon un projet conçu en équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec le patient et ses proches. Les soins prodigués reposent sur une approche globale, tenant compte des dimensions physique, psychique, sociale et spirituelle du patient. Le but est de créer un environnement de soins destiné à réduire la souffrance du patient, à le renforcer et à lui donner les moyens de faire face aux difficultés et aux contraintes de son milieu de vie.

3.5 La mission des urgences

En Suisse, la mission des urgences est d'offrir des soins tous les jours de l'année, 24h sur 24, à toute personne se présentant en situation d'urgence physique ou psychiatrique. Dans certains hôpitaux, des urgences pédiatriques ont été créées afin d'offrir des soins adaptés aux enfants (HFR, 2011). Les urgences incluent l'accueil, le tri, le diagnostic, les soins immédiats, l'information au patient et à sa famille et l'orientation des adultes et des enfants admis en urgence dans d'autres domaines de soins (CHUV, 2011). Les soins prodigués reposent sur une approche globale. Une évaluation médicale, chirurgicale, psychiatrique et/ou médico-sociale est effectuée plus ou moins rapidement par l'équipe soignante selon le degré de gravité et de menace vitale, indépendamment de l'ordre d'arrivée aux urgences et du type d'assurance. Le but est de fournir rapidement des soins de qualités adaptés à chacun. Les services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR, REGA) font également partie du service des urgences.

3.6 La santé

Selon l'OMS (1946), la santé est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cela implique que tous les besoins fondamentaux physiques et psychiques de l'être humain soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels. La santé mentale, quant à elle, fait l'objet d'un large éventail d'activités qui relèvent directement ou indirectement du bien-être. « La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles » (OMS, 2010).

3.7 La satisfaction au travail

La satisfaction au travail est un « état affectif résultant de la concordance entre ce qu'un individu s'attend de recevoir de son travail (contenu de la tâche, relations de travail, salaire, occasions de promotion et toutes autres conditions de travail) et l'évaluation de ce qu'il en reçoit effectivement » (Dion, cité par Bergeron, 1986). Elle est étroitement liée à la motivation que l'individu a pour son emploi et aux performances qu'il atteint dans son travail. Dans leurs écrits, Francès (1981) et Durrieu (2000) décrivent trois niveaux d'analyse de la satisfaction au travail :

- Individuel : évolution professionnelle, rémunération, autonomie, rapport au travail/ hors travail, emploi de ses capacités, sentiment d'accomplissement, estime de soi procurée par l'emploi, caractère stimulant du travail.
- Organisationnel : moyens matériels, définition du rôle, responsabilités, ambiance, informations sur la politique adoptée.
- Environnemental : positionnement de l'entreprise/ de l'institution, conjoncture sectorielle, relations avec le supérieur, relations avec les collègues, conditions de travail, sécurité de l'emploi.

Ces trois niveaux de satisfaction doivent être en partie atteints afin de procurer une satisfaction au travail et ainsi d'éviter un épuisement professionnel ou un burn-out.

« Le burn-out est une conséquence d'un stress chronique qui évolue vers l'épuisement physique et émotionnel » (Vasey, 2007, p.23). Il prend sa source dans le travail et la relation que l'individu entretient avec lui. Il est le déséquilibre entre l'effort fourni dans le travail et les ressources pour récupérer son énergie. Selon Vasey (2007), l'épuisement professionnel se manifeste par une perte d'efficacité dans le travail, des somatisations multiples et des difficultés personnelles :

- Niveau émotionnel : perte d'intérêt, ennui, susceptibilité accrue, sentiment de découragement, doutes de soi-même et diminution de l'estime de soi.
- Niveau intellectuel : perte du sens des priorités, manque de concentration, état de confusion menant à une désorganisation du travail.
- Niveau corporel : impression de tension intérieure, douleurs multiples, troubles du transit ou de la digestion, rhumes et états grippaux, perturbations du sommeil et fatigue générale.
- Niveau comportemental : absentéisme, augmentation des heures de travail pour compenser l'efficacité perdue, abus de toxiques, désir de changer d'emploi, incapacité de s'extraire des problèmes professionnels dans la vie privée.
- Niveau relationnel : relation avec autrui ressentie comme ennuyeuse et même désagréable, perte de la capacité d'empathie, déshumanisation de la relation, isolement social (Ibid., 2007).

Cependant, les contraintes liées à une profession n'ont pas un effet systématique sur la santé du personnel qui les subit. Les stressors professionnels sont alors perçus de manière différente d'un individu à l'autre (menace, perte ou opportunité).

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Argumentation de l'adéquation du devis

Le choix d'une revue de littérature étoffée comme devis du Bachelor Thesis peut s'expliquer de plusieurs manières. Une revue de littérature est un résumé de l'état des connaissances actuelles sur un problème de recherche. Elle fait le bilan des connaissances sur un sujet digne d'intérêt pour la pratique infirmière, comme la violence en psychiatrie et ses répercussions sur les soignants, souligne ce qui a été étudié jusqu'à présent, montre la pertinence et la fiabilité des études entreprises ainsi que les lacunes qui subsistent dans les travaux menés à ce jour (Loiselle, 2007). Cette définition permet d'évoquer les avantages d'une telle revue. La revue de littérature étoffée est adaptée aux novices puisqu'elle permet de profiter des recherches déjà publiées. De plus, elle met en évidence de nouvelles problématiques ainsi que de nouvelles perspectives d'avenir pour les soins infirmiers. Elle sollicite également des compétences spécifiques de la profession d'infirmière puisque le personnel diplômé est amené, dans notre vie professionnelle, à utiliser des articles de recherche, à en faire la critique ainsi qu'à ressortir les éléments importants pour la pratique.

4.2 Etapes de la réalisation de la revue de littérature étoffée

Plusieurs étapes sont nécessaires à la réalisation de cette revue de littérature (Loiselle, 2007, ch.7). Premièrement, des mots clés ont été trouvés afin d'être utilisés dans la recherche d'articles scientifiques. Grâce à ces mots clés, de nombreux articles ont été identifiés dans les banques de données telles que PubMed, Cinahl, PsycInfo. Des critères de sélection et d'exclusion ont alors été choisis afin de sélectionner les articles. Quinze recherches ont été trouvées dans les diverses banques de données. Cette quête d'articles a été effectuée de juin 2010 à juin 2011. Par la suite, tous les articles de recherche ont été lus et traduits en Français. Une attention particulière a été portée sur le respect des droits éthiques et déontologiques des participants aux études. Des fiches de lecture⁵ ont été complétées pour chaque article permettant d'analyser et de résumer le contenu de la recherche. Les résultats ont été analysés et mis en lien avec les cadres théoriques. Finalement, la rédaction de l'analyse documentaire a débuté.

⁵ Cf. Annexe E.

4.3 Concepts et mots-clés utilisés

Lors des recherches, les Mesh-terms suivants ont été utilisés :

Mots clés en Anglais :

- Violence
- Aggression
- Nurses
- Nursing care
- Needs assessment ou needs
- Adaptation, Psychological ou coping
- Psychiatry
- Hospital, Psychiatric
- Emergency Services, Psychiatric
- Emergency Services, Hospital
- Trauma Centers

Mots clés en Français :

- Violence
- Agression
- Infirmières
- Soins infirmiers
- Besoins
- Stratégies d'adaptation
- Psychiatrie
- Hôpital psychiatrique
- Service d'urgences psychiatriques
- Service des urgences
- Centres de traumatologie

4.4 Critères de sélection et d'exclusion

Les critères d'inclusion suivants ont été choisis pour que les recherches soient pertinentes :

- Population cible : les infirmières victimes de violence des patients, leurs besoins, leurs stratégies d'adaptation pour réduire l'impact psychologique de la violence, les patients violents de 18 à 65 ans.
- Contexte : les unités d'admissions psychiatriques, la psychiatrie aiguë ou les soins psychiatriques intensifs, les urgences et/ou le centre de triage des services des urgences.
- Année de publication : 1999 à 2011 afin d'apporter des connaissances actualisées sur un sujet qui a été souvent traité et sur des milieux de soins qui évoluent très vite.
- Langues : Français, Anglais et Allemand.
- Etudes qualitatives et revues de littérature afin d'explorer au mieux les besoins et les stratégies des infirmières. Des recherches quantitatives de la violence ont très souvent été réalisées. Peu d'auteurs se sont intéressés du point de vue qualitatif du sujet.

Les critères d'exclusion suivants ont été choisis afin de cibler les recherches :

- Population : les professionnels de la santé autres que les infirmières, les patients violents mineurs, les patients victimes de violence, l'épidémiologie de la violence.
- Contexte : les services psychiatriques ambulatoires, les soins chroniques, les centres non-hospitaliers.
- Année de publication : avant 1999.
- Autres langues.
- Etude quantitative.

4.5 Résultats des stratégies de recherche

Les recherches suivantes ont été effectuées sur les banques de données PubMed, Cinahl ou PsycInfo sur internet. Les Mesh-terms cités auparavant ont été utilisés dans la recherche d'articles scientifiques. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été respectés. Tous les résumés des articles scientifiques trouvés ont été lu afin d'identifier si le but de l'étude correspondait réellement à la question de recherche de ce travail. Dans ce cas, la recherche a été retenue.

4.5.1 Stratégie 1

((“Needs Assessment” [Mesh]) AND “Nurses” [Mesh]) AND “Violence” [Mesh]

Résultats : 13 articles trouvés sur PubMed, 1 retenu :

- Clinton, C., Pereira, S. & Mullins, B. (2001). Training needs of psychiatric intensive care staff. *In Nursing Standard*, n°15, vol 34, p.33-36.

4.5.2 Stratégie 2

((“Nurses” [Mesh]) AND “Violence” [Mesh]) AND “Adaptation, Psychological” [Mesh]

Résultats : 25 articles trouvés sur PubMed, 1 retenu :

- Cutcliffe, J. (1999). Qualified nurses' lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: a hermeneutic study. *In International Journal of Nursing Studies*, n°2, vol 32, p.105-116.

4.5.3 Stratégie 3

(“Aggression” [Mesh]) AND “Emergency Service, Hospital” [Mesh]

Résultats : 53 articles trouvés sur PubMed, 3 retenus :

- Sprigg, C., Armitage, C. & Hollis, K. (2007). Verbal abuse in the National Health Service: impressions of the prevalence, perceived reasons for and relationships with staff psychological well-being. *In Emergency Medicine Journal, n°4, vol 24, p.281-282.*
- Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *In Journal of Emergency Nursing, n°6, vol 31.*
- Fernandes, C.-M., Bouthillette, F., Raboud, J., Bullock, L., Moore, C.-F., Christenson, J.-M., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C. & Way, M. (1999). Violence in the emergency department: A survey of health care workers. *In Canadian Medical Association Journal, n°10, vol 161, p.1245-1248.*

4.5.4 Stratégie 4

((“Nurses” [Mesh]) AND “Emergency Service” [Mesh]) AND “Violence” [Mesh]

Résultats : 123 articles trouvés sur Cinahl, 2 retenus :

- Hislop, E. & Melby, V. (2003). The lived experience of violence in accident and emergency. *In Accident and Emergency Nursing, n°1, vol 11, p.5-11.*
- Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2011). Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *In International Emergency Nursing, n°1, vol 19, p.12-19.*

4.5.5 Stratégie 5

((((“Coping” [Mesh]) AND “Nurses” [Mesh]) AND “Violence” [Mesh]) AND “Psychiatric Hospital” [Mesh])

Résultats : 120 articles trouvés sur PsycInfo, 2 retenus :

- Reininghaus, U., Craig, T., Gournay, K., Hopkinson, P. & Carson, J. (2007). The high secure psychiatric hospitals’ nursing staffs stress survey 3: Identifying

stress resistance resources in the stress process of physical assault. *In Personality and Individual Differences, n°3, vol 42, p.397-408.*

- Martin, T. & Daffern, M. (2006). Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *In Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, n°1, vol 13.*

4.5.6 Stratégie 6

((("Needs" [Mesh]) AND "Nurses" [Mesh]) AND "Violence" [Mesh]) AND "Psychiatric Hospital" [Mesh])

Résultats : 106 articles trouvés sur PsycInfo, 2 retenus :

- Koukia, E., Madianos, M. & Katostaras, T. (2009). "On The Spot" Interventions by mental health nurses in inpatient psychiatric wards in Greece. *In Mental Health Nursing, n°5, vol 30, p.327-336.*
- Lesinskiene, S., Jegorova, N. & Ranceva, N. (2007). Nursing of young psychotic patients: analysis of work environments and attitudes. *In Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, n°8, vol 14, p.758-764.*

4.5.7 Stratégie 7

En écrivant directement dans la barre de recherche de PubMed « Coping of nurses in psychiatric violence », la banque de donnée a sélectionné elle-même les Mesh-terms suivants :

((("Adaptation, Psychological" [MeSH Terms] OR ("Adaptation" [All Fields] AND "Psychological" [All Fields]) OR "Psychological Adaptation" [All Fields] OR "Coping" [All Fields]) AND ("Nurses" [MeSH Terms] OR "Nurses" [All Fields]) AND ("Psychiatry" [MeSH Terms] OR "Psychiatry" [All Fields] OR "Psychiatric" [All Fields]) AND ("Violence" [MeSH Terms] OR "Violence" [All Fields])))

Résultats : 25 articles trouvés, 1 retenu :

- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F. & Okamura, H. (2006). Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *In Psychiatry and Clinical Neurosciences, n°1, vol 60, p.29-36.*

4.5.8 Stratégie 8

En s'inspirant des bibliographies des articles cités auparavant, quelques recherches ont été sélectionnées.

Résultats : 3 retenus :

- Carlsson, G., Dahlberg, K. & Drew, N. (2000). Encountering violence and aggression in mental health nursing: A phenomenological study of tacit caring knowledge. *In Issues in Mental Health Nursing, n°5, vol 21, p.533-545.*
- Chen, S., Hwu, H. & Williams, R. (2005). Psychiatric nurses' anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. *In Archives of Psychiatric Nursing, n°3, vol 19, p.141-149.*
- Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Combs, S. (2010). Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation. *In International Journal of Mental Health Nursing, n°3, vol 19, p.186-194.*

5. RÉSULTATS

L'analyse des articles scientifiques de différents auteurs a conduit à une synthèse⁶ et à une catégorisation des besoins et des stratégies d'adaptation des infirmières nécessaires face à l'impact psychologique de la violence des patients :

Les besoins identifiés par les infirmières :

- Le besoin d'informations et de formation (n=8)
- Le besoin de sécurité personnelle (n=6)
- Le besoin de soutien de la hiérarchie (n=3)

Les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières:

- Rechercher une écoute et un soutien (n=7)
- Donner un sens à la situation de violence (n=6)
- Avoir une confiance et une estime de soi (n=6)
- Contrôler et maîtriser la situation (n=5)
- Recourir aux expériences antérieures de violence (n=5)
- Se ressourcer (n=2)

5.1 Les besoins identifiés par les infirmières

Les études révèlent que les infirmières interrogées ont identifié trois besoins nécessaires afin de mieux gérer la violence des patients et de mieux y faire face.

5.1.1 *Le besoin d'informations et de formation (n=8)*

De nombreuses infirmières ont indiqué un besoin d'information et de formation continue afin d'accroître leur qualification professionnelle et de gérer au mieux les situations de violence. Selon elles, la formation est un élément important dans la prise en charge de patients violents. Une majorité des infirmières souhaiterait cette formation à un niveau universitaire et opteraient pour un cours d'une journée par semaine ou une semaine de cours bloc tous les deux mois (Clinton, Pereira & Mullins, 2001). Certaines soignantes ont utilisé internet ou les journaux pour s'informer tandis que d'autres ont participé à des cours, des séminaires ou des conférences pour se former (Lesinskiene,

⁶ Cf. Annexe D.

Jegorova & Ranceva, 2007). Les professionnelles ont alors jugé que des cours de rappel devraient être obligatoires (Martin & Daffern, 2006).

Au niveau du contenu des cours, les infirmières ont révélé leur besoin d'actualisation et d'approfondissement de leurs connaissances sur la gestion de crise et les stratégies d'intervention ainsi que sur les compétences thérapeutiques telles que les aptitudes à la communication et à la résolution de problème (Clinton, Pereira & Mullins, 2001 ; Koukia, Madianos & Katostaras, 2009). Plusieurs d'entre-elles ont considéré qu'un atelier sur les stratégies de prévention de la violence permettrait de développer les interventions les plus utiles pour prévenir la violence. (Fernandes et al., 1999). La plupart des soignantes ont estimé que la formation reçue pour gérer la violence se composait de techniques de rupture. Toutes ont reconnu qu'elles étaient utiles et intéressantes au moment des cours mais qu'elles ne s'en souviendraient probablement pas si on leur demandait de les utiliser maintenant dans la pratique (Hislop & Melby, 2003). Selon certaines professionnelles, les institutions devraient fournir une formation plus adéquate sur la réalité de la gestion d'une agression au travail. Ces dernières ont déclaré avoir également reçu des cours sur comment gérer un patient violent, comment le maîtriser sans lui faire mal et comment le mettre à terre sans le blesser. Cependant, elles ont estimé difficile d'appliquer ces théories dans la pratique, plus spécifiquement dans le domaine des urgences, milieu où la violence est incertaine car il n'y a aucune connaissance préalable d'un patient violent ou non (Catlette, 2005).

L'étude de Pich, Hazelton, Sundin et Kable (2011) a révélé qu'il y a parfois un manque de respect de la formation obligatoire de la part de la direction des institutions. La formation devrait être destinée à aider le personnel à désamorcer ou à prévenir les épisodes de violence. Le personnel devrait alors être convenablement formé et équipé pour réagir et faire face à ces épisodes. Selon certaines études, le fait d'augmenter les ressources financières et la formation en cours d'emploi permettrait d'augmenter la confiance des infirmières dans la gestion de la violence et d'améliorer la qualité des soins infirmiers. (Clinton, Pereira & Mullins, 2001 ; Fernandes et al., 1999 ; Lesinskiene, Jegorova & Ranceva, 2007 ; Martin & Daffern, 2006). Les écoles d'infirmières et les organismes de santé devraient alors partager la responsabilité de fournir des instructions au personnel soignant sur la prévention de la violence en milieu de travail et spécifiques à l'environnement de la pratique (Catlette, 2005).

Les écoles et les institutions devraient inclure un enseignement sur les situations à risque de violence spécifiques au domaine de soins et former les infirmières sur les mesures à prendre pour réduire le risque d'accident. Catlette (2005), a indiqué que les infirmières praticiennes et les cliniciennes pouvaient apporter une contribution essentielle dans le processus d'élaboration et l'application des politiques de sécurité et de procédures efficaces. Certaines études ont également souligné que les professionnelles de la santé étaient souvent perçues par le patient comme responsables de la perte de liberté. Ce sujet devrait alors être reconnu comme une priorité de cours de formation. D'autres auteurs ont estimé qu'une formation sur la reconnaissance des signes comportementaux liés à la violence permettrait de faciliter l'utilisation de stratégies de désamorçage et de prévention pour éviter de réels épisodes de violence (Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2011). Un cours spécifique sur la violence apporterait alors une plus grande reconnaissance du personnel soignant (Clinton, Pereira & Mullins, 2001). Toutefois, la formation ne devrait pas être invoquée en tant que stratégie exclusive dans la prévention et la gestion de l'agressivité en milieu hospitalier.

5.1.2 Le besoin de sécurité personnelle (n=6)

De nombreuses infirmières ont estimé que leur sécurité personnelle et celle du patient était une préoccupation majeure. Dans diverses études, les professionnelles ont déclaré que les agressions dirigées contre le personnel soignant étaient encore souvent présentes dans les services des urgences ou de psychiatrie (Koukia, Madianos & Katostaras, 2009 ; Lesinskiene, Jegorova & Ranceva, 2007). Elles ont estimé que les mesures de sécurité étaient insuffisantes, ce qui les rendait vulnérables lors d'incidents violents. Le besoin de sécurité environnemental et organisationnel a été décrit comme un point de préoccupation important des infirmières. La confiance et le sentiment de sécurité des infirmières étaient alors réduits si l'accès aux armes ou projectiles était possible ou si l'environnement des patients était imprévisible et peu sécurisé (Catlette, 2005 ; Hislop & Melby, 2003 ; Martin & Daffern, 2006 ; Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2011).

Les soignantes ont considéré que les patients pouvaient avoir accès facilement aux armes, plus spécialement dans les services d'urgences. Malgré la présence de détecteur de métaux dans certains hôpitaux, les professionnelles ont jugé que les méthodes utilisées pour identifier la présence d'armes manquaient de fiabilité (Catlette, 2005). La plupart d'entre-elles ont convenu que ces détecteurs de métaux placés à l'entrée

principale des urgences n'étaient pas suffisants et que d'autres méthodes seraient nécessaires pour détecter les armes. D'autres ont estimé que les affiches de prévention de la violence présentes à l'entrée des urgences étaient inutiles. Toutefois, les infirmières se sont dites satisfaites de la présence de policiers et d'agents de sécurité. Ceci leur procurait un sentiment de sécurité. Néanmoins, certaines d'entre-elles ont déclaré qu'elles se sentaient souvent seules dans une situation dangereuse et qu'elles manquaient de soutien de la part du personnel de sécurité (Catlette, 2005 ; Hislop & Melby, 2003). Une majorité des professionnelles travaillant dans les services d'urgences ont alors déclaré qu'elles ne se sentaient pas en sécurité au travail et que des améliorations au niveau de la sécurité étaient nécessaires.

La structure des locaux et de l'équipe soignante a également pu augmenter ou diminuer la confiance et le sentiment de sécurité. Selon les infirmières en psychiatrie, la présence d'hommes dans l'équipe soignante était un facteur augmentant le sentiment de sécurité (Lesinskiene, Jegorova & Ranceva, 2007 ; Martin & Daffern, 2006). Les soignantes se sont également senties plus en sécurité et en confiance lorsque les patients étaient connus du personnel par le biais d'admissions répétées ou de séjour prolongé à l'hôpital. Elles ont également apprécié les ressources organisationnelles (formation, profil du personnel, environnement physique) et politiques (politiques et procédures, système d'intervention) qui ont contribué à un environnement sain et une confiance soutenue (Martin & Daffern, 2006). Cependant, le nombre de patients présents dans l'unité, l'imprévisibilité et le risque de bagarre ont diminué le sentiment de sécurité des infirmières (Martin & Daffern, 2006). D'autres professionnelles ont soulevé leur besoin de directives claires dans les situations critiques de soins. L'absence de protocoles clairs a réduit le sentiment de confiance et de sécurité des soignantes face aux incidents violents. Les infirmières ont alors soulevé l'importance d'un travail en réseau dans la prise en charge de patients agressifs (Koukia, Madianos & Katostaras, 2009 ; Martin & Daffern, 2006). Aux urgences également, les professionnelles de la santé ont estimé les protocoles et méthodes de déclaration d'incidents utiles. Cependant, ces derniers ont été peu effectués à cause des contraintes de temps, de leur utilisation peu fonctionnelle et de la fréquence élevée des épisodes de violence (Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2011).

Selon les auteurs, quand une approche globale environnementale et organisationnelle était adoptée, la sécurité des infirmières était perçue et leur confiance pour gérer la violence était optimale même dans un environnement où l'incidence de violence est

élevée (Catlette, 2005 ; Martin & Daffern, 2006 ; Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2011). Certaines études ont révélé que les institutions semblaient mettre un accent sur la réaction immédiate à des épisodes violents (agents de sécurité, alarmes, contrainte physique...) mais peu d'attention sur la prévention ou la gestion à long terme des incidents violents dans les services des urgences. Les soignantes ont également déclaré que des stratégies préventives pourraient être effectuées au niveau de l'environnement et de la conception du milieu de travail en installant par exemple un verre de sécurité ou un sas dans la zone de triage (Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2011). Dans sa recherche, Catlette (2005) a déclaré qu'il était essentiel d'offrir aux infirmières des urgences une éducation appropriée sur les stratégies de prévention et d'écouter leurs préoccupations afin que des modifications puissent être faites pour améliorer la sécurité. Des révisions devraient également être apportées afin d'améliorer l'efficacité des agents de police et du personnel de sécurité.

5.1.3 Le besoin de soutien de la hiérarchie (n=3)

Une minorité d'études a révélé que les infirmières reprochaient parfois un manque de soutien et de valorisation de la part de leurs supérieurs directs, de la direction des soins ou du personnel médical (Hislop & Melby, 2003 ; Koukia, Madianos & Katostaras, 2009 ; Sprigg, Armitage & Hollis, 2007). Certaines d'entre-elles ont alors eu le sentiment que les gestionnaires de soins ne se rendaient pas réellement compte des situations difficiles que pouvaient vivre quotidiennement les infirmières.

Selon certains auteurs, les gestionnaires de soins devraient être plus impliquées dans la gestion de la violence et le soutien des infirmières afin que ces dernières se sentent plus écoutées et soutenues dans leur travail. Ceci amènerait un sentiment de valorisation et d'appartenance du personnel soignant. (Hislop & Melby, 2003 ; Sprigg, Armitage & Hollis, 2007).

5.2 Les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières

Les études révèlent que les stratégies d'adaptation qui ont été mises en place par les infirmières suite à un incident violent étaient nombreuses. Les recherches sélectionnées soulèvent six ressources différentes utilisées afin de surmonter la détresse psychologique de la violence des patients.

5.2.1 *Rechercher une écoute et un soutien (n=7)*

Dans plusieurs recherches, les infirmières ont déclaré avoir besoin de soutien après une expérience de violence. La recherche de soutien est généralement effectuée à l'intérieur de l'institution. Les soignantes ont déclaré qu'elles étaient moins susceptibles de percevoir un bon soutien provenant de l'extérieur (Reininghaus, Craig, Gournay, Hopkinson & Carson, 2007). Quelques infirmières ont néanmoins utilisé leurs ressources personnelles présentes à l'extérieur de l'institution. La famille ou les amis étaient sollicités afin de parler des situations de violence rencontrées dans les soins. Plusieurs auteurs ont indiqué que cette recherche spontanée de soutien après un incident violent permettait aux infirmières de diminuer l'impact psychologique de la violence (Hislop & Melby, 2003 ; Reininghaus, Craig, Gournay, Hopkinson & Carson, 2007). De nombreuses infirmières ont alors recherché de l'aide auprès de leurs collègues et ont déclaré être satisfaites de cette entraide. Ceci a permis aux professionnelles de la santé de développer un sentiment d'appartenance à l'équipe soignante (Hislop & Melby, 2003).

Les débriefings ont été très souvent effectués de manière informelle au moment des pauses, à la cafétéria ou dans les couloirs (Hislop & Melby 2003 ; Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2011). Certaines soignantes ont préféré solliciter leurs collègues plutôt que des groupes de soutien ou des supervisions (Fernandes et al., 1999). De nombreuses infirmières ont reconnu que cette aide leur était plus importante que les structures de soutien officielles disponibles au sein des institutions (Cutcliffe, 1999 ; Hislop & Melby, 2003). D'autre part, certaines professionnelles ont estimé que les supervisions cliniques étaient utiles mais qu'elles n'étaient pas suffisamment réalisées (Cutcliffe, 1999).

Le débriefing est considéré dans plusieurs études comme étant le principal mécanisme d'adaptation des infirmières après un épisode de violence d'un patient. Ce soutien psychologique leur a permis d'acquérir une certaine confiance en elles et de diminuer leur niveau de stress. Par la suite, celui-ci a amélioré la capacité des soignants à prévenir et gérer les comportements violents (Cutcliffe, 1999 ; Chen, Hwu & Williams, 2005 ; Martin & Daffern, 2006). Selon Cutcliffe (1999), si ce soutien était absent, la capacité de l'infirmière à faire face aux incidents violents était considérablement réduite, ce qui pouvait être néfaste pour sa santé. Celui-ci soutient alors que la production d'émotions négatives en réponse à la violence n'est pas seulement liée à l'exposition à des incidents

violents mais également à l'absence de soutien officiel. D'autres ont estimé que l'impact psychologique était aggravé lorsque les personnes ne recevaient pas de soutien de leur famille ou du personnel soignant. L'impact psychologique semblait alors diminuer en présence de proches (Catlette, 2005 ; Reininghaus, Craig, Gournay, Hopkinson & Carson, 2007).

Selon Catlette (2005), les infirmières devraient être encouragées à profiter des services d'aumônerie bénévole et d'autres services de soutien déjà existant tels que des cours de gestion du stress et de débriefing de crise à la suite d'un incident violent. Si ces ressources n'existent pas, les hôpitaux devraient offrir d'autres moyens afin que les employés puissent solliciter une assistance pour répondre à leurs besoins. D'autres auteurs ont proposé que des débriefings des situations vécues et des compétences infirmières utilisées dans la gestion d'incidents violents soient effectués régulièrement (Fernandes et al., 1999).

5.2.2 Donner un sens à la situation de violence (n=6)

Les infirmières ont généralement essayé de comprendre le comportement de l'auteur de violence et de ne pas prendre personnellement la violence dirigée contre elles (Chapman, Styles, Perry & Combs, 2010 ; Hislop & Melby, 2003). Certaines d'entre-elles ont pu se sentir menacées et vivre l'expérience de la peur lors de rencontres avec des patients violents. Cependant, au lieu d'être paralysées par leurs émotions, quelques infirmières ont identifié le patient comme un individu unique avec des peurs et des besoins particuliers méritant le respect (Carlsson, Dahlberg & Drew, 2000). D'autres ont exprimé leurs sentiments de frustration, de colère et de peur suite aux incidents violents, les amenant à réfléchir au « pourquoi moi ». Selon les auteurs, ces infirmières ne savaient pas pourquoi elles ont fait l'objet d'attaques (Hislop & Melby, 2003).

Les professionnelles avaient leur propre identification de ce qui était violent et de ce qui ne l'était pas, leur propre gamme de réponses individuelles à la violence et leur propre vision de la personne violente. Selon elles, leur perception de la violence se référait à la relation thérapeutique qui a été mise en place avec le patient. Elles ont ensuite cherché à comprendre comment les effets de cette relation pouvaient induire de la violence (Cutcliffe, 1999). Certaines études ont évoqué le fait que les infirmières faisaient une distinction entre la violence intentionnelle (comportement individuel malsain) et non intentionnelle (comportement due à une pathologie). Les professionnelles ont déclaré

que cette dernière était jugée moins négative et plus facile à gérer psychologiquement (Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2011).

Des études ont démontré que l'évaluation cognitive des infirmières était le déterminant le plus important immédiatement après une agression. L'analyse de la situation effectuée par l'infirmière va déterminer son niveau d'anxiété et sa capacité à gérer et à surmonter l'incident violent (Chapman, Styles, Perry & Combs, 2010 ; Chen, Hwu & Williams, 2005 ; Cutcliffe, 1999). Pour donner du sens à leur vécu, les infirmières ont ressenti le besoin de parler de leurs expériences de manière séquentielle et de faire des attributions directes de ce qui a causé l'épisode de violence. Il s'agissait notamment de comprendre comment et pourquoi l'événement s'est produit et qui était à blâmer. A l'exception de leur manque d'expérience, les infirmières ont alors estimé qu'elles avaient peu ou pas de contrôle sur les causes de violence (Chapman, Styles, Perry & Combs, 2010).

Même si certains actes de violence décrits par les infirmières avaient le sentiment d'être prémédité et motivés par de la malveillance, elles ont malgré tout tenté de comprendre les causes de la violence des patients (expression d'un besoin, manque de contrôle...). Cutcliffe (1999) a alors suggéré que des groupes de travail devraient être créés afin que les infirmières puissent évaluer les risques de comportements violents et acquérir une meilleure compréhension des besoins des patients. D'autres auteurs ont estimé que pour aider les professionnelles à réfléchir à la situation vécue, la formation devrait être modifiée afin d'améliorer la compréhension des facteurs de risque et des moyens d'intervention à utiliser lorsque les patients expriment de la colère ou de l'agressivité. Selon eux, il serait nécessaire que les infirmières sachent reconnaître la dynamique interactionnelle de la violence et qu'elles possèdent des moyens d'évaluation appropriés afin de prendre des décisions pour prévenir et gérer l'agressivité des patients (Chen, Hwu & Williams, 2005). Par rapport à la formation, Carlsson, Dahlberg et Drew (2000) ont déclaré que l'enseignement avait une fonction trop théorique. La discussion et les jeux de rôles devraient alors jouer un rôle crucial dans le développement des connaissances pratiques. Ils seraient alors particulièrement pertinents pour l'apprentissage de la gestion de la violence et comme moyen de surmonter l'impact psychologique que la violence peut induire. La pratique et les expériences des infirmières pourraient être restructurées et analysées pour les aider à mieux gérer une situation violente partant de leur propre expérience.

5.2.3 *Avoir une confiance et une estime de soi (n=6)*

Les infirmières ont estimé qu'elles cherchaient à s'affirmer et à avoir confiance en elles ainsi que dans le patient (Carlsson, Dahlberg & Drew, 2000 ; Hislop & Melby, 2003). Elles ont déclaré que plus elles se sentaient équipées, moins elles étaient susceptibles de considérer la violence comme un acte négatif et destructeur (Cutcliffe, 1999). Les professionnelles ont utilisé trois stratégies pour stimuler leur estime de soi. Elles se sont comparées favorablement avec leurs collègues, se sont auto-évaluées positivement et ont trouvé des avantages dans les compétences ou dans l'organisation du service. Certaines infirmières ont pensé qu'elles étaient plus capables de gérer les épisodes de violence que leurs collègues. Cette stratégie a permis aux soignantes de maintenir leur estime de soi et de diminuer l'impact que la violence peut induire (Chapman, Styles, Perry & Combs, 2010). Les relations interpersonnelles avec les collègues, le travail d'équipe, le soutien du personnel et le leadership ont favorisé la confiance et l'estime de soi du personnel, créant ainsi un sentiment d'appartenance. Cependant, le sentiment d'incapacité de certaines soignantes vis-à-vis de leurs collègues dans la gestion d'un patient violent était identifié comme un facteur diminuant leur confiance (Martin & Daffern, 2006).

Les études ont suggéré que le recours à un large éventail de stratégies d'adaptation de la part des infirmières ainsi que des niveaux élevés d'estime de soi et de confiance en soi permettaient de diminuer la détresse psychologique induite par les situations de violence (Reininghaus, Craig, Gournay, Hopkinson & Carson, 2007). Toutefois, les infirmières qui ont été agressées physiquement ont eu le sentiment de ne pas avoir bien pris en charge le patient et ressentaient une plus faible estime d'elle-même et une diminution de leur confiance en elle. De même, d'autres infirmières ont décrit l'effet déstabilisant que les incidents avaient sur elles et se sentaient moins bien équipées pour faire face à des événements semblables dans l'avenir. Certains auteurs ont alors perçu la confiance en soi comme étant la ressource personnelle la plus importante dans le processus de gestion de stress et de la détresse psychologique (Cutcliffe, 1999 ; Reininghaus, Craig, Gournay, Hopkinson & Carson, 2007).

La formation à la gestion d'agression était le facteur le plus fréquemment rapporté par les infirmières dans l'augmentation du sentiment de confiance et de sécurité (Martin & Daffern, 2006). Dans leur étude, Chapman, Styles, Perry et Combs (2010) ont soutenu que pour aider les infirmières à travers le processus d'adaptation cognitive, les

institutions devraient être tenues d'élaborer des politiques et des pratiques qui fournissent des services de soutien et des conseils au personnel. De cette façon, les infirmières pourraient réfléchir sur les événements de violence peu après l'incident. Ceci pourrait les aider à surmonter l'impact psychologique de la violence.

5.2.4 *Contrôler et maîtriser la situation (n=5)*

Les infirmières ont repris le contrôle de la situation par des stratégies telles qu'assister à des conseils, signaler l'événement à la police, mettre en place une contrainte physique ou chimique et éviter des situations similaires jusqu'à ce que leur confiance soit reconstruite. Ceci a permis par la suite de mieux prévenir l'agression et de mieux la surmonter d'un point de vue psychologique (Chapman, Styles, Perry & Combs, 2010 ; Chen, Hwu & Williams, 2005). D'autres ont été pleinement présentes dans la situation sur le plan physique, mental et émotionnel. En restant calmes et déterminées, les infirmières ont assumé la responsabilité de la situation et ont créé une atmosphère sécurisante. A l'approche des patients, elles ont géré la situation de manière non autoritaire, sans porter de jugement, en faisant attention de ne pas s'approcher trop près mais en créant un juste équilibre entre proximité et distance. Les soignantes ont alors réussi à rester patientes et vigilantes tout en prenant des mesures pour résoudre la situation (Carlsson, Dahlberg & Drew, 2000).

Les perceptions de l'auto-évaluation positive et d'optimisme ainsi qu'une perception exagérée de contrôle et de maîtrise ont été suggérés comme conduisant à l'adaptation cognitive efficace (Chapman, Styles, Perry & Combs, 2010 ; Cutcliffe, 1999 ; Hislop & Melby, 2003). Les infirmières ont alors pu décider comment définir les limites de la situation et comment communiquer leur compréhension de la situation à leurs patients. Selon Carlsson, Dahlberg et Drew (2000), la gestion des patients violents ne peut pas être apprise de manière théorique. Les jeux de rôles et d'autres formes de théâtre permettraient de communiquer plus que les connaissances purement cognitives. Les étudiantes et les soignantes auraient alors la possibilité de changer et d'élargir leur perception en explorant une variété d'approches de soins. Cette méthode d'enseignement permettrait aux infirmières de gagner en assurance dans la gestion de comportements violents et ainsi de diminuer l'impact psychologique de la violence.

5.2.5 *Recourir aux expériences antérieures de violence (n=5)*

Une majorité d'infirmières ont constaté que leurs interventions autonomes étaient fondées sur des expériences antérieures, avec un problème de comportement similaire d'un patient. Lorsqu'elles ne savaient pas immédiatement comment gérer une situation, elles ont déclaré s'appuyer sur des connaissances antérieures pour gérer la situation violente. Ces connaissances venaient de leur propre expérience professionnelle ou personnelle (Carlsson, Dahlberg & Drew, 2000). Les soignantes ont alors estimé que les expériences précédentes étaient utiles dans la gestion d'incidents violents (Koukia, Madianos & Katostarar, 2009). Certaines ont évoqué leur besoin d'expériences et d'apprentissages afin de mieux faire face aux comportements violents (Cutcliffe, 1999). Les professionnelles se sont également considérées comme mieux loties qu'elles ne l'étaient avant l'expérience de violence au travail. Elles ont alors estimé être de meilleures praticiennes à la suite de cette expérience (Chapman, Styles, Perry & Combs, 2010). Toutefois, certaines d'entre-elles ont déclaré que l'inexpérience de la contrainte physique et de gestion de comportements violents de leurs collègues diminuaient leur sentiment de confiance et de sécurité (Martin & Daffern, 2006).

Selon Cutcliffe (1999), malgré l'impact psychologique que la violence peut induire auprès des victimes, une certaine exposition à des incidents violents pourrait améliorer la capacité des infirmières à gérer l'incident futur. Partant de leurs expériences, le vécu des professionnelles pourrait être analysé pour les aider à gérer une situation violente. Lorsque les connaissances tacites étaient explorées et articulées, les événements ont été vus d'une nouvelle manière, élargissant ainsi la connaissance et la compréhension sur laquelle la pratique était construite. (Carlsson, Dahlberg & Drew, 2000).

5.2.6 *Se ressourcer (n=2)*

Certaines infirmières ont déclaré recourir à trois stratégies d'adaptation différentes hors des soins afin de surmonter les effets néfastes des comportements violents des patients. L'activité physique et le sommeil étaient les stratégies les plus souvent citées. (Fernandes et al., 1999). L'alcool était également décrit comme une ressource de certaines professionnelles. Les femmes étaient plus sujettes à consommer de l'alcool que les hommes. Ces dernières ont déclaré que leur consommation après le travail les aidait à surmonter l'impact psychologique de la violence (Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2011).

6. DISCUSSION

Dans ce chapitre, une critique des articles retenus est effectuée. La méthodologie et les devis des études sont également discutés. Par la suite, les différents résultats synthétisés sont mis en lien avec les cadres théoriques ainsi qu'avec la problématique. La réponse à la question de recherche est donnée et les limites de l'étude sont analysées.

6.1 Analyse et critique des études sélectionnées

Quinze recherches ont été analysées pour l'élaboration de cette revue de littérature étoffée. Chaque étude a été analysée selon les critères de la grille⁷ de lecture d'un article scientifique de Loïse (2007) et validée selon les critères⁸ de validité d'une étude. L'identification des éléments clés de la grille de lecture a permis de valider l'étude sélectionnée. Des fiches de lectures ont ensuite été réalisées pour chaque article de recherche afin de faciliter l'analyse des résultats. Quatorze d'entre-elles sont en lien avec la question de recherche, une n'y réponds pas. Cette dernière n'a alors pas été prise en compte lors de la catégorisation des résultats. En effet, l'étude d'Inoue, Tsukano, Muraoka, Kaneko et Okamura (2006) n'explore pas réellement les besoins et les stratégies d'adaptation des infirmières victimes de violence. Elle cherche néanmoins à évaluer l'impact psychologique de la violence des patients et à identifier les facteurs qui y sont liés auprès du personnel soignant.

Toutes les études répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion. La population cible et le contexte sont respectés dans toutes les recherches sélectionnées. Chaque article traite de la violence des patients majeurs. Les infirmières ont également été interrogées. Toutefois, deux études (Fernandes et al., 1999 ; Sprigg, Armitage & Hollis, 2007) ont également pris en compte les déclarations d'autres professionnels tels que des aides soignantes, des ambulanciers, du personnel de sécurité, des médecins, des employés aux admissions ou des travailleurs sociaux. Toutes les études parlent des besoins et/ou des stratégies d'adaptation des infirmières face à la violence. De plus, afin de répondre à la question de recherche de cette revue de littérature étoffée, les quatorze recherches ont un devis qualitatif. En raison des différentes questions de recherche et des objectifs variés des études, cinq d'entre-elles comportent également des aspects quantitatifs

⁷ Cf. Annexe C.

⁸ L'étude doit contenir le nom des auteurs, l'année de publication, un résumé, une introduction, une méthodologie avec le respect des normes éthiques, des résultats avec analyse des données, une discussion, des limites de l'étude ainsi que des recommandations futures.

(Chen, Hwu & Williams, 2005 ; Clinton, Pereira & Mullins, 2001 ; Fernandes et al., 1999 ; Koukia, Madianos & Katostaras, 2009 ; Lesinskiene, Jegorova & Ranceva, 2007). Cependant, certaines d'entre-elles traitent de manière implicite les éléments nécessaires aux infirmières pour réduire l'impact psychologique de la violence.

Les auteurs des recherches sont en général des infirmiers(ères) ayant effectué des études supérieures de type Bachelor, Master ou Doctorat ainsi que des travaux de recherche. Ces professionnels ont alors des connaissances sur les soins infirmiers et ont certainement eu des expériences pratiques sur le terrain, ce qui apporte une véritable pertinence aux articles sélectionnés. De plus, les chercheurs ont respectés les normes éthiques et déontologiques dans leurs recherches. Le respect des participants, de l'anonymat et du consentement ont été présenté dans toutes les études.

Les recherches ont été effectuées entre 1999 et 2011. De nombreuses études se sont penchées sur la question de la violence dans les soins. La majorité d'entre-elles traitent alors des facteurs épidémiologiques et étiologiques de la violence. De plus, un certain nombre explore le vécu des patients violents ou victimes de violence des soignants. Malgré la variété d'études réalisées sur la violence dans les soins, peu d'entre-elles prennent en compte les besoins et les ressources des infirmières suite à des incidents violents. C'est pourquoi, les deux articles plus anciens ont été retenus (Cutcliffe, 1999 ; Fernandes et al., 1999). En outre, les études ont été réalisées dans de nombreux pays en (Angleterre, Ecosse, Lituanie, Grèce, Australie, Irlande, Etats-Unis, Canada, Japon et Suède). Malgré les divers systèmes de santé et les différentes politiques de gestion de la violence dans le monde, la diversité culturelle des articles sélectionnés démontre bien la préoccupation universelle pour cette problématique.

Les études ont été effectuées dans des services de psychiatrie aiguë ou des urgences. Cependant, l'étude de Chapman, Styles, Perry et Combs (2010) a été réalisée dans divers domaines de soins, y compris en psychiatrie. En raison du manque d'études examinant les besoins et les stratégies d'adaptation des infirmières suite à la violence des patients dans le domaine des urgences, seul cinq études sur les quatorze sélectionnées ont été effectuées dans ce milieu de soins. Malgré tout, les recherches sont jugées de bonne qualité et peuvent apporter des éléments intéressants dans les résultats de ce travail ainsi que pour la pratique. De plus, bien que la psychiatrie et les urgences comportent des similitudes au niveau de la violence dans les soins, les résultats de cette revue de littérature étoffée peuvent donner des pistes pour la pratique professionnelle

mais ne peuvent toutefois pas être généralisés à ces deux domaines de soins. En outre, par rapport aux devis qualitatifs des études sélectionnées et de l'échantillon restreint qu'elles comportent, les résultats de ce travail ne peuvent pas être présentés comme étant définitifs et absolus dans les soins.

6.2 Discussion des résultats

Dans ce chapitre, les différents résultats synthétisés sont discutés et mis en lien avec les cadres théoriques ainsi qu'avec la question de recherche : *Suite aux épisodes de violence pouvant être rencontrés en unité d'admission psychiatrique et aux urgences, quels sont les besoins et les stratégies d'adaptation des infirmières afin de surmonter l'impact psychologique que la violence peut provoquer au sein du personnel diplômé ?*

Il est pertinent de relever qu'un besoin identifié par les infirmières se situe au niveau des besoins primaires selon la hiérarchie des besoins de Maslow (1962). Le besoin de sécurité personnel ne semble donc pas satisfait. Selon Maslow, le besoin de sécurité peut être d'ordre physique, psychologique, affectif ou social. « Les besoins de sécurité est reliés à la protection immédiate et future de l'individu » (Dolan, Lamoureux & Gosselin, 1996, p.92). Ils constituent alors tout moyen ou outil pouvant protéger la personne contre le danger ou la menace. Dans le cas des infirmières, il s'agit d'un besoin de sécurité physique et psychologique. Elles estiment en effet, que les incidents violents sont encore trop présents dans les services de psychiatrie et des urgences. Selon elles, des efforts institutionnels doivent être faits d'un point de vue organisationnel et environnemental. Plus spécifiquement, les infirmières urgentistes jugent que l'entrée des urgences doit être reconsidérée, en installant un verre de sécurité ou un sas dans la zone de triage et en améliorant la détection d'armes. D'autres estiment que la collaboration avec le personnel de sécurité et la police pourrait être améliorée. Les infirmières en psychiatrie quant à elles, estiment que la présence d'hommes dans l'équipe augmente le sentiment de sécurité. Généralement, elles apprécient les ressources organisationnelles et les politiques de gestion de la violence déjà mis en place dans les institutions. Cependant, d'un point de vue plus global, les professionnelles des urgences et de la psychiatrie considèrent que les protocoles de gestion ou de déclaration des incidents ne sont pas suffisamment adaptés à leur spécialité. Selon la théorie de Maslow, les individus doivent satisfaire le besoin d'un niveau donné avant de penser aux besoins de niveaux supérieurs. L'assouvissement des

besoins primaires permet alors de garantir un certain bien-être de l'individu. Certaines infirmières interrogées ne semblent donc pas pouvoir être satisfaites et épanouies dans leur travail.

Le besoin de soutien de la hiérarchie se situe au niveau des besoins secondaires de la théorie de Maslow. Le besoin de soutien correspond au 3^{ème} niveau, soit au besoin d'amour et d'appartenance. Les infirmières recherchent alors à communiquer et à s'exprimer sur leur vécu de la situation de violence. Dans ce besoin de révéler leurs expériences, elles recherchent une certaine reconnaissance du travail accompli auprès de leurs pairs ou de leurs supérieurs. Certaines soignantes évaluent cependant un manque de soutien de la part de l'institution où elles travaillent, ainsi que de leurs ICUS. Selon elles, les gestionnaires de soins devraient également se sentir concernés par la violence des patients et apporter leur aide aux infirmières victimes d'incidents. Les supérieurs devraient alors encourager les infirmières à profiter des services de gestion du stress ou de débriefing de crise. Dans le cas où ces services n'existent pas, les institutions devraient mettre en place des groupes de soutien et de parole (Catlette, 2005). Selon Dolan, Lamoureux et Gosselin (1996), lorsque les infirmières se sentent frustrées face à l'impossibilité de satisfaire leurs besoins sociaux, elles auront tendance à adopter des comportements tels qu'une résistance ou une hostilité qui nuiront à l'organisation des soins et, par conséquent, à la qualité des soins.

Finalement, le besoin d'informations et de formation des infirmières peut correspondre au besoin de se perfectionner et de se réaliser dans son activité professionnelle, soit le dernier niveau de la hiérarchie des besoins de Maslow. La satisfaction de ce besoin permet alors d'augmenter son estime et sa confiance en soi dans le développement et l'utilisation de ses compétences. Des soignantes recourent alors à internet, aux journaux ou à diverses conférences afin de s'informer tandis que d'autres estiment que la formation continue est essentielle afin d'actualiser ses connaissances. Certains auteurs de recherche estiment que la formation devrait être améliorée en étant plus proche de la réalité du terrain. Selon eux, les causes des comportements agressifs, la reconnaissance des signes annonciateurs de violence des patients, les perceptions des patients vis-à-vis des soignants dans leur perte de liberté ainsi que les interventions spécifiques dans la gestion d'incidents devraient être enseignées (Catlette, 2005 ; Chen, Hwu & Williams, 2005 ; Cutcliffe, 1999 ; Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2011). La formation devrait comporter des jeux de rôles ainsi que des mises en situations. Cette méthode

d'enseignement permettrait aux infirmières de gagner en assurance dans la gestion de comportements agressifs et ainsi de diminuer l'impact psychologique de la violence (Carlsson, Dahlberg & Drew, 2000). Les cliniciennes devraient également être plus souvent sollicitées dans l'élaboration de protocoles et l'application de stratégies de gestion de la violence. L'assouvissement de ce besoin participe alors au développement personnel des professionnelles de la santé.

Maslow (1962) soutient que les individus qui ont satisfait les besoins les plus élevés de la pyramide ont une perception claire de la réalité et sont capable de s'épanouir personnellement et professionnellement. De plus, si les besoins et les attentes du personnel soignant ne s'inscrivent pas dans l'aspect individuel, organisationnel et environnemental du travail, les infirmières sont susceptibles de ne pas être satisfaites de leur emploi et sont plus à risque de développer un burn-out. (Francès, 1981). En considérant ses théories, les infirmières interrogées ne seraient donc pas, ou pas totalement satisfaites dans leur travail compte tenu qu'elles expriment clairement certains besoins et certaines attentes envers les institutions suite aux incidents violents présents dans les soins. Malgré que les stressseurs soient perçu de manière différente selon les infirmières, leur bien-être au travail peut néanmoins être remis en question. En effet, certaines études déclarent que des sentiments de frustration et d'impuissance sont ressenties par certaines professionnelles suite à de la violence (Catlette, 2005 ; Hislop & Melby, 2003 ; Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2011). Reininghaus, Craig, Gournay, Hopkinson et Carson (2007) révèlent également que les infirmières qui ont été agressées étaient plus susceptibles de percevoir leur lieu de travail comme un stress tandis que Fernandes *et al.* (1999) démontrent que la violence interfère avec la satisfaction au travail pour une majorité du personnel soignant. Quelques études révèlent toutefois que les infirmières sont satisfaites de leur emploi et qu'elles apprécient les ressources organisationnelles, environnementales et politiques mises en place par l'institution (Lesinskiene, Jegorova & Ranceva, 2007 ; Martin & Daffern, 2006).

Il est intéressant de relever que la majorité des stratégies utilisées par les infirmières sont centrées sur le problème. Ces dernières visent donc à augmenter les propres ressources des professionnelles afin de mieux faire face à la situation stressante. Les mesures prises par le personnel soignant telles que rechercher une écoute et un soutien ainsi que donner un sens à la situation de violence peuvent s'apparenter à la vigilance, stratégie d'adaptation citée par Lazarus et Folkman (1984). La recherche d'un soutien et

l'analyse critique de la situation vécue permettent aux professionnelles d'évaluer les compétences utilisées dans la gestion de comportements violents et, par conséquent, d'augmenter leur confiance et leur estime d'elles-mêmes. Ces stratégies sont effectuées sous forme de débriefings avec les collègues de manière formelle ou informelle et parfois avec l'entourage familiale. Malgré les stratégies mises en place par les institutions de soins généraux et de psychiatrie, les infirmières estiment que les supervisions cliniques sont enrichissantes mais ne sont pas suffisamment effectuées. Certains auteurs proposent alors que le personnel soignant profite plus régulièrement des structures de soutien déjà existants et que les compétences des infirmières soient valorisées durant ces séances (Catlette, 2005, Fernandes et al., 1999). « Le recours à ce type de stratégie peut permettre de diminuer la détresse émotionnelle tout en facilitant le contrôle de la situation : le fait d'avoir davantage d'informations sur la nature du problème peut aider à mettre en place des plans d'actions » (Paulhan & Bourgeois, 1998, p.51).

Les stratégies d'adaptation utilisées telles qu'avoir une confiance et une estime de soi, contrôler et maîtriser la situation ainsi que recourir aux expériences antérieures de violence correspondent à la confrontation. Un esprit combatif, de maîtrise et de contrôle de certaines infirmières leur permet d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action afin de gérer la situation stressante. Elles cherchent dans un deuxième temps à être valorisées dans leur gestion d'un incident violent. Cette estime de soi, des collègues et des supérieurs leur permet d'acquérir une meilleure confiance en elles et de se sentir plus capable de maîtriser et de contrôler l'épisode de violence. Le fait que certaines soignantes aient besoin d'avoir vécu des situations de violence personnelles et professionnelles contribue à améliorer l'estime de soi ainsi qu'à augmenter la confiance en soi dans ses compétences professionnelles. Elles peuvent alors se référer à des expériences antérieures pour mieux maîtriser l'incident violent. Certaines études révèlent alors que la formation à la gestion d'agression est un élément qui permet d'augmenter le sentiment de confiance et de sécurité des infirmières. L'utilisation de jeux de rôles dans l'enseignement valorise les infirmières dans leur rôle professionnel. Les services de soutien du personnel permettent également d'augmenter l'estime de soi, le sentiment de confiance et de compétences des professionnelles face à une situation violente des patients (Carlsson, Dahlberg & Drew, 2000 ; Chapman, Styles, Perry & Combs, 2010 ; Martin & Daffern, 2006). L'utilisation fréquente de ses outils permettrait

alors d'élargir le regard des infirmières sur leur gestion de comportements violents en leur proposant d'effectuer des analyses réflexives et de recourir à leurs expériences antérieures. Ces stratégies permettraient aux professionnelles de se donner les moyens de transformer la situation de stress.

Finalement, la stratégie des infirmières de se ressourcer hors des soins est centrée sur l'émotion. Elle vise alors à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation de violence. Parmi les moyens utilisés par certaines professionnelles, les activités physiques, la relaxation ou le sommeil sont apparentés à l'évitement. L'évitement est la stratégie la plus utilisée. La consommation d'alcool quant à elle, correspond à la fuite. Selon Lazarus et Folkman (1984), ces stratégies sont souvent génératrices d'émotions positives et peuvent être efficaces afin de diminuer la détresse psychologique d'expériences stressantes. Il est intéressant de relever que ces stratégies sont généralement utilisées afin de fuir une certaine réalité professionnelle. Elles ne provoquent qu'un répit temporaire et s'avèrent peu efficace si la situation menaçante persiste. A long terme, des symptômes d'anxiété et de dépression peuvent survenir.

L'analyse et la synthèse des résultats a permis d'identifier trois besoins des infirmières. Ces éléments démontrent les manques identifiés par les infirmières en psychiatrie et aux urgences. Il semble alors que l'assouvissement de ces besoins permettrait au personnel soignant d'être plus satisfait dans leur travail. Six stratégies d'adaptation ont été révélées par les professionnelles. Toutes ont été jugées nécessaires et efficaces afin de diminuer la détresse psychologique que la violence des patients peut induire. Elles peuvent, par conséquent, augmenter le bien-être et la satisfaction au travail. Toutefois, selon les auteurs, les stratégies de gestion du stress suite aux comportements violents de certains patients telle que la fuite et l'évitement ne permettent pas de surmonter efficacement les conséquences de la violence à long terme et de garantir une satisfaction professionnelle. Il semble alors intéressant que les institutions prennent en compte ses résultats et mettent en place des dispositifs, si cela n'est pas déjà le cas, afin que les besoins des infirmières soient satisfaits. Ceci permettrait d'améliorer la gestion d'incidents violents et la qualité des soins ainsi que de gérer efficacement le stress lié aux situations de violence des patients. Par conséquent, l'application de ces résultats favoriserait le bien-être et la satisfaction au travail des professionnelles de la santé.

6.3 Réponse à la question

Les résultats obtenus suite à l'analyse et la synthèse des articles issus du domaine de la psychiatrie et des urgences ont permis de mettre en évidence les besoins et les stratégies des infirmières face aux comportements violents des patients. Les besoins ont été définis à partir des manques identifiés par les professionnelles de la santé et les stratégies ont été mises en place suite aux expériences de violence vécues. Voici la catégorisation des besoins et des stratégies d'adaptation des infirmières qui leur permettront, dans une certaine mesure, de surmonter l'impact psychologique de la violence des patients et d'améliorer leur satisfaction professionnelle :

Les besoins identifiés par les infirmières :

- Le besoin d'informations et de formation (n=8)
- Le besoin de sécurité personnelle (n=6)
- Le besoin de soutien de la hiérarchie (n=3)

Les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières:

- Rechercher une écoute et un soutien (n=7)
- Donner un sens à la situation de violence (n=6)
- Avoir une confiance et une estime de soi (n=6)
- Contrôler et maîtriser la situation (n=5)
- Recourir aux expériences antérieures de violence (n=5)
- Se ressourcer (n=2)

Finalement, la réponse à la question de recherche : « *Suite aux épisodes de violence pouvant être rencontrés en unité d'admission psychiatrique et aux urgences, quels sont les besoins et les stratégies d'adaptation des infirmières afin de surmonter l'impact psychologique que la violence peut provoquer au sein du personnel diplômé ?* » a pu être donnée.

6.4 Limites l'étude et recommandations futures

Comme mentionné précédemment, les études sélectionnées examinent les besoins et/ou les stratégies d'adaptation des infirmières suite à l'exposition à de la violence dans les soins. Cependant, certaines d'entre-elles évoquent l'impact psychologique de cette dernière de manière implicite uniquement. De plus, certaines recherches datent

également de plus de dix ans. L'application des résultats de ces études peut alors avoir été modifié et/ou réajusté avec l'évolution des soins, des systèmes de santé et des politiques de gestion de la violence. Toutefois, ces articles ont été validés selon les critères de validité d'une étude et peuvent amener des données intéressantes pour la pratique soignante. Malgré la présence de moyens mis en place par les institutions depuis plusieurs années afin d'aider le personnel soignant à surmonter l'impact de la violence dans les soins, il serait néanmoins intéressant que de futures recherches s'intéressent plus spécifiquement aux besoins des infirmières suite à la violence des patients. Ceci permettrait d'actualiser les données, d'ajuster les structures de gestion de la violence existantes ou de mettre en place de nouvelles stratégies afin de garantir un bien-être du personnel soignant ainsi qu'une meilleure satisfaction au travail.

Les études sélectionnées ont été effectuées à l'étranger. Plusieurs recherches traitant de la violence dans les soins ont été réalisées en Suisse. Cependant, aucune d'entre-elles explore spécifiquement les besoins et les stratégies d'adaptation des infirmières suite aux épisodes de violence des patients. Il est donc difficile d'apprécier si les besoins et les stratégies des infirmières des urgences et en psychiatrie sont les mêmes qu'ailleurs dans le monde. Des hypothèses peuvent toutefois être émises du fait que des besoins similaires ont été répertoriés dans divers pays. Les recherches effectuées en Europe peuvent également être comparées à la Suisse car peu de différence ont été identifiées dans les politiques de gestion de la violence. Il serait alors intéressant que des recherches similaires soient réalisées en Suisse afin d'accroître les données sur ce sujet au niveau européen.

Le nombre de recherches effectuées en psychiatrie et aux urgences est différent. Il n'a malheureusement pas été possible de trouver un nombre similaire d'études dans ces deux domaines. Les résultats de cette revue de littérature étoffée ne peuvent donc pas être généralisés à ces milieux de soins. Néanmoins, ils peuvent apporter des éléments intéressants pour la pratique. Il serait alors judicieux que les recherches futures accordent plus d'importance au domaine des urgences, lieu où peu d'études ont été réalisées sur les besoins des infirmières face à la violence. De plus, compte tenu des devis qualitatifs des études sélectionnées, les résultats de ce travail ne peuvent pas être généralisés aux professionnelles des urgences et de la psychiatrie. Le caractère restreint des échantillons ne permet pas de présenter les résultats de manière irrévocable et définitive dans les soins.

7. CONCLUSION

La violence dans les soins reste un sujet d'actualité. Malgré les diverses mesures qui ont été prises sur le plan organisationnel, environnemental et politique dans les institutions afin d'améliorer la gestion de comportements violents, la violence ne disparaît pas des soins et fait toujours des victimes. Le personnel soignant est alors bien-souvent confronté à l'agressivité de certains patients. La violence peut parfois provoquer une détresse psychologique auprès de ses victimes. A long terme, burn-out, absentéisme et insatisfaction professionnelle peuvent malheureusement survenir. Un certain nombre de besoins infirmiers ont été identifiés dans cette revue de littérature étoffée afin de diminuer l'impact psychologique de la violence des patients. Ces derniers doivent être pris en compte dans la pratique afin de garantir un bien-être du personnel soignant, une satisfaction du travail effectué ainsi qu'une qualité des soins satisfaisante.

7.1 Implications et recommandation pour les soins

Les infirmières recourent à de nombreuses stratégies afin de surmonter au mieux l'impact psychologique que peut provoquer la violence des patients. Malgré l'entraide existante entre collègues, certaines soignantes estiment avoir besoin de plus de soutien de la part de leurs supérieurs et des institutions. Bien que ceci soit déjà pris en compte par plusieurs établissements, cette écoute de la hiérarchie peut amener une meilleure compréhension des réalités du terrain. Les infirmières se sentiraient alors plus valorisées dans leur travail et satisfaites professionnellement. Les institutions devraient être en mesure de proposer des supervisions cliniques régulières ainsi que des groupes de parole et de soutien à tout le personnel.

Selon les soignantes, la formation devrait être modifiée. Des éléments tels que la compréhension des causes de la violence des patients, l'identification des signes révélateurs d'agitation et l'apprentissage des stratégies d'intervention spécifiques au domaine de soins et réalistes devraient être enseignés au personnel soignant. La formation continue devrait également être obligatoire. L'enseignement devrait toutefois s'effectuer sous forme de mises en situation et de jeux de rôles. Les expériences professionnelles et personnelles de violence devraient être prises en compte lors des cours afin d'améliorer les perceptions des infirmières sur la gestion de comportements

violents. La formation devrait finalement prendre en compte le vécu et les émotions des professionnelles dans la gestion d'incidents afin d'évacuer le stress lié à la violence.

Les infirmières urgentistes estiment que la structure des locaux et l'environnement des soins devraient être modifiés. La détection d'armes ou de projectiles n'est pas suffisamment sûre et contrôlée. Selon elles, l'entrée des urgences est trop peu sécurisée. La zone de triage ainsi que la salle d'attente devraient être réaménagés afin de garantir la sécurité du personnel. Des protocoles de prévention et de déclaration d'incidents plus clairs, précis et rapides d'application devraient être mis en place. Les institutions devraient alors cibler leurs actions sur des politiques de prévention de comportements violents plutôt que sur stratégies de gestion. Les infirmières en psychiatrie, quant à elles, admettent qu'elles se sentent plus en sécurité lorsque des hommes sont présents dans l'équipe soignante.

Finalement, toutes les stratégies mises en place par le personnel soignant afin de diminuer la détresse psychologique sont intéressantes et efficaces. Cependant, des comportements de fuite et d'évitement tels que la consommation de substances, la relaxation ou l'activité physique ne permettent pas de surmonter le stress engendré par la violence à long terme. La mise en place de stratégies de prévention d'incidents violents est donc essentielle et pertinente afin de garantir le bien-être ainsi que la satisfaction au travail des infirmières.

7.2 Implications pour les recherches futures

D'autres recherches sont nécessaires afin de répondre à la question de recherche de manière plus globale. En effet, peu d'études ont été réalisées en psychiatrie et aux urgences sur les besoins réels et actuels des infirmières face à la violence des patients. Un grand nombre d'études ont un devis quantitatif identifiant l'épidémiologie, les causes ainsi que les facteurs prédisposant à la violence. De plus, la majorité des recherches qualitatives traitant des besoins et des stratégies d'adaptation des infirmières ont été réalisées en Amérique et en Asie. Une minorité a alors été effectuée en Europe. Il serait donc judicieux d'explorer cette question en Suisse et dans les pays voisins afin de découvrir si les besoins des infirmières sont identiques partout dans le monde malgré les politiques de gestion de la violence et les systèmes de santé différents. Ceci permettrait alors d'améliorer les stratégies de gestion de la violence existantes et/ou

d'en mettre en place de nouvelles afin de garantir un bien-être du personnel soignant ainsi qu'une meilleure satisfaction au travail.

7.3 Apprentissages personnels

Au terme de cette revue de littérature étoffée, je pense avoir acquis de nouvelles connaissances et un autre regard sur la violence des patients dans les soins. J'avais alors l'impression que la violence était une fatalité dans les soins et je me sentais démunie face à cette dernière. En réalisant ce travail, je me suis rendue compte que de nombreuses mesures ont été prises par les institutions afin de gérer au mieux la violence, que les besoins des infirmières sont généralement pris en compte et que la santé ainsi que la satisfaction professionnelle des infirmières face à la violence des patients restent une préoccupation universelle. L'élaboration de ce travail m'a permis d'identifier plus spécifiquement les besoins encore présents des infirmières en psychiatrie et des urgences suite aux situations de violence ainsi que les stratégies d'adaptation mises en place pour faire face à la détresse psychologique. Les nombreuses ressources du personnel diplômé m'ont particulièrement interrogée et ont remis en question mes propres stratégies dans ma pratique professionnelle. J'ai alors le sentiment qu'il m'est possible de mettre en place certaines ressources énoncées afin de mieux gérer l'impact la violence pouvant être rencontrée dans divers domaines de soins.

Malgré le respect de la méthodologie ainsi que de la globalité du travail, je pense que je m'organiserais autrement si je devais refaire ce travail. D'une part, je ferais attention de bien cibler ma question de recherche dès le début de l'élaboration du travail. En effet, plusieurs facettes de la violence dans les soins m'interpellaient. Il a été difficile pour moi de me centrer sur un unique élément de la problématique. J'ai alors perdu passablement de temps et je me suis égaré dans d'autres thèmes qui ne correspondaient pas exactement à la question de recherche. D'autre part, je construirais mes fiches de lecture plus tôt afin de ne pas être surmenée par la charge de travail. Néanmoins, il a été intéressant de découvrir le domaine de la recherche. J'ai trouvé très enrichissant de pouvoir traiter une problématique de soins et de tenter d'y donner de nouvelles perspectives ou solutions. Ce travail m'a alors permis d'affiner ma capacité à rechercher de l'information et à la traiter dans une autre langue. Il m'a également permis de développer une certaine curiosité, une rigueur et une persévérance, qualités requises tout au long de la réalisation d'une revue de littérature étoffée.

8. BIBLIOGRAPHIE

DOCUMENTS PUBLIÉS :

Ouvrages :

- Blanchet, L., Laurendeau, M.-C., Paul, D. & Saucier, J.-F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale*. Paris : Gaëtan Morian.
- Bruchon-Schweitzer, M. & Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies – stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- Dolan, S.-L., Lamoureux, G. & Gosselin, E. (1996). *Psychologie du travail et des organisations*. Paris : Gaëtan Morin.
- Francès, R. (1981). *La satisfaction dans le travail et l'emploi*. Paris : Puf le psychologue.
- Gbézo, B.-E. (2005). *Les soignants face à la violence*. France : Lamarre.
- Loïselle, C.-G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.-F., Beck, C.-T. (2007), *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Montréal : ERPI.
- Marc, B. (2004). *Maltraitements et violences – prise en charge du petit enfant, de l'adolescent, de l'adulte, de la personne âgée*. Paris : Masson.
- Michel, M. & Thirion, J.-F. (2004). *Faire face à la violence dans les institutions de santé – gestion des risques et de la qualité*. France : Lamarre.
- Monceau, M. (1999). *Soigner en psychiatrie : entre violence et vulnérabilité*. Paris : Gaëtan Morin.
- Morasz, L. (2002). *Comprendre la violence en psychiatrie – approche clinique et thérapeutique*. Paris : Dunod.
- Panchaud, R. & Miazza, M. (2003). *Abécédaire - regards soignants sur la psychiatrie*. Berne : ASI.
- Paulhan, I. & Bourgeois, M. (1998). *Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Nodule Puf.
- Sananès, B. (2001). *Devenir acteur de sa vie – objectif épanouissement : gérer son stress et ses émotions*. Paris : InterEditions.
- Townsend, M.-C. (2004). *Soins infirmiers – psychiatrie et santé mentale*. Canada : ERPI.
- Vasey, C. (2007). *Burn-out : le détecter et le prévenir*. Genève-Bernex : Jouvence.
- Westen, D. (2000). *Psychologie : pensée, cerveau et culture*. Paris : De Boeck Université.
- Zaczyk, C. (1998). *L'agressivité au quotidien – comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard.

Articles de la revue de littérature étoffée :

- Carlsson, G., Dahlberg, K. & Drew, N. (2000). Encountering violence and aggression in mental health nursing: A phenomenological study of tacit caring knowledge. *In Issues in Mental Health Nursing, n°5, vol 21, p.533-545.*
- Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *In Journal of Emergency Nursing, n°6, vol 31, p.519-525.*
- Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Combs, S. (2010). Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation. *In International Journal of Mental Health Nursing, n°3, vol 19, p.186-194.*
- Chen, S., Hwu, H. & Williams, R. (2005). Psychiatric nurses' anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. *In Archives of Psychiatric Nursing, n°3, vol 19, p.141-149.*
- Clinton, C., Pereira, S. & Mullins, B. (2001). Training needs of psychiatric intensive care staff. *In Nursing Standard, n°15, vol 34, p.33-36.*
- Cutcliffe, J. (1999). Qualified nurses' lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: a hermeneutic study. *In International Journal of Nursing Studies, n°2, vol 32, p.105-116.*
- Fernandes, C.-M., Bouthillette, F., Raboud, J., Bullock, L., Moore, C.-F., Christenson, J.-M., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C. & Way, M. (1999). Violence in the emergency department: A survey of health care workers. *In Canadian Medical Association Journal, n°10, vol 161, p.1245-1248.*
- Hislop, E. & Melby, V. (2003). The lived experience of violence in accident and emergency. *In Accident and Emergency Nursing, n°1, vol 11, p.5-11.*
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F. & Okamura, H. (2006). Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *In Psychiatry and Clinical Neurosciences, n°1, vol 60, p.29-36.*
- Koukia, E., Madianos, M. & Katostaras, T. (2009). "On The Spot" Interventions by Mental Health Nurses in Inpatient Psychiatric Wards in Greece. *In Mental Health Nursing, n°5, vol 30, p.327-336.*
- Lesinskiene, S., Jegorova, N. & Ranceva, N. (2007). Nursing of young psychotic patients: analysis of work environments and attitudes. *In Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, n°8, vol 14, p.758-764.*
- Martin, T. & Daffern, M. (2006). Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *In Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, n°1, vol 13, p.90-99.*
- Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2011). Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *In International Emergency Nursing, n°1, vol 19, p.12-19.*
- Reininghaus, U., Craig, T., Gournay, K., Hopkinson, P. & Carson, J. (2007). The high secure psychiatric hospitals' nursing staffs stress survey 3: Identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault. *In Personality and Individual Differences, n°3, vol 42, p.397-408.*

- Sprigg, C., Armitage, C. & Hollis, K. (2007). Verbal abuse in the National Health Service: impressions of the prevalence, perceived reasons for and relationships with staff psychological well-being. *In Emergency Medicine Journal*, n°4, vol 24, p.281-282.

Articles de périodiques :

- Bev, T. & Barling, J. (2004). Identifying sources and effects of carer fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. *In International Journal of Mental Health Nursing*, n° 2, vol 13, p.117-125.
- Crilly, J., Chaboyer, W. & Creedy, D. (2004). Violence toward emergency department nurses by patients. *In Accident and Emergency Nursing*, n°2, vol 12, p.67-73.
- Estryn-Behar, M., Duville, N., Menini, M.-L., Le Foll, S., Le Nézet, O. & Bocher, R. (2006). Mots à maux... expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparative en France et dans trois autres pays européens. *In Annales Médico-Psychologiques*.
- Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nézet, O., Conway, M.-P. & Hasselhorn, H.-M. (2008). Violence risks in nursing - Results from the European NEXT Study. *In Occupational Medicine*, n°2, vol 58, p.107-114.
- Gerberich, S., Church, T., McGovern, P., Hansen, H., Nachreiner, N., Geisser, M., Ryan, A., Mongin, S., Watt, G. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *In Occupational and Environmental Medicine*, n°6, vol 61, p.495-503.
- Rippon, T. (2000). Aggression and violence in health care professions. *In Journal of Advanced Nursing*, n°2, vol 31, p.452-460.
- Schuwey-Hayoz, A. & Needham, I. (2006). Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique Suisse. *In Recherche en Soins Infirmiers*, n°86, p.108-155.
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P.-B., Burr, H., Tüchsen, F., Bonde, J.-P. (2006). Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *In Journal of Epidemiology and Community Health*, n°9, vol 60, p.771-775.

DOCUMENTS NON PUBLIÉS :

Divers :

- Balahoczky, M. (2006). La violence dans les soins : la repérer et la gérer. *Revue médicale suisse*, 85.
- Conseil international des infirmières. (2001). *Dossier de promotion de lutte contre la violence*. Genève : CII.
- Conseil international des infirmières. (2006). *Abus et violences à l'encontre du personnel infirmier*. Genève : CII.

- Conseil international des infirmières. (2007). *Directives : comment affronter la violence au travail ?* Genève : CII.
- Durrieu, F. (2000). *Un modèle global de la satisfaction au travail : différence de perception entre commerciaux et dirigeants*. Université de Venise.
- Gravier, B. (2009). *Psychiatrie et violence : quel est le risque acceptable ? Psychiatrie et violence, 1*.
- Guillet, L. (s.d). *Stress, modèles et application*. IUT.
- Longneaux, J.-M. (2002). La violence au cœur des soins. *Ethica Clinica*, 26.
- Lovell, A. (2005). *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*. Commission violence et santé mentale.
- Mutuelle de la santé et du social (2005). Sécurité des professionnels de santé : prévenir la violence dans les soins. *Soins*, 698, p.51-52.
- Organisation internationale du travail, Conseil international des infirmières, Organisation mondiale de la santé & International des services publics. (2002). *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*. Genève.
- Réseau Fribourgeois de Santé Mentale. (2010). *Rapport annuel 2009*. Marsens : RFSM.
- Santé Weka. (2006). La prévention de la violence en milieu psychiatrique – autres risques s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. *Weka Santé*.

AUTRES :

Sites web :

- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (2011). Service des urgences. [Page WEB]. Accès : http://www.chuv.ch/urgences/urg_home/urg_presentation.htm [Page consultée le 20 mars 2011].
- Département de psychiatrie du CHUV (2009). Infos générales. [Page WEB]. Accès : http://www.chuv.ch/psychiatrie/dpc_home/dpc_infos.htm [Page consultée le 5 mai 2010].
- Encyclopédie de l'Agora (2006). Définitions de la santé. [Page WEB]. Accès : http://agora.qc.ca/reftext.nsf/Documents/Adaptation--Definitions_de_la_sante_par_Rene_Dubos [page consultée le 5 mai 2010].
- Fondation de Nant (2007). Service de psychiatrie adulte. [Page WEB]. Accès : http://www.nant.ch/index/organisation/psychiatrie_adulte.htm [Page consultée le 5 mai 2010].
- Hôpital Fribourgeois (2011). Urgences. [Page WEB]. Accès : <http://www.fr.ch/hfr/fr/pub/prestations/specialites/urgences.htm> Page consultée le 20 mars 2011].
- Hôpital du Valais (2009). Service de psychiatrie psychothérapie hospitalière adulte. [Page WEB]. Accès :

<http://www.hopitalvs.ch/fr/offresmedicales/chc/ipvr/Pages/ipvrHospitaliereadulte.aspx> [Page consultée le 5 mai 2010].

- Institut National de Recherche et de Sécurité (2003). Travail et agressions. Etat des lieux et prévention des risques. [Page WEB]. Accès : http://www.inrs.fr/htm/travail_agressions_etat_lieux_prevention_risques.html#Professions [Page consultée le 5 mai 2010].
- Larousse (2009). [Page WEB]. Accès : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais> [Page consultée le 5 mai 2010].
- Organisation mondiale de la santé (2010). [Page WEB]. Accès : <http://www.who.int/fr/> [Page consultée le 5 mai 2010].
- Réseau fribourgeois de santé mentale (2010). Le réseau se divise en trois secteurs. [Page WEB]. Accès : http://www.fr.ch/rfsm/mes_pages/hopital_en_chiffres/description_chaines_adultes_rfsm.pdf [Page consultée le 5 mai 2010].

9. ANNEXES

9.1 Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir effectué ce travail moi-même, en respectant les règles et normes de l'école. Les références utilisées sont nommées et clairement identifiées selon les directives ».

Gaëlle Winiger

9.2 Annexe B : Prise de position du Conseil International des Infirmières

Prise de position sur les abus et violences à l'encontre du personnel infirmier

Le CII condamne avec la plus grande énergie toutes les formes d'abus et de violence à l'encontre du personnel infirmier, y compris le harcèlement sexuel. De tels actes violent le droit des infirmières à l'intégrité et à la dignité de leur personne, ainsi que leur droit à ne pas souffrir.

Le CII condamne les actes d'abus et de violences commis à l'encontre de toute personne, y compris les autres personnels soignants, les patients, les enfants, les personnes âgées et tout citoyen à titre privé. Il convient cependant de relever que dans le monde du travail, les infirmières constituent une catégorie particulièrement exposée et c'est pourquoi il faut continuer à accorder une attention particulière à la nécessité d'éliminer toutes les formes d'abus et de violences dont est victime le personnel infirmier.

Pour le CII, il ne fait aucun doute que la violence sur le lieu de travail menace la fourniture de services efficaces aux patients et par conséquent leur sécurité. Si l'on veut que la qualité des soins soit assurée, il convient d'assurer aux infirmières un environnement de travail sûr ainsi qu'un traitement respectueux. Des charges de travail excessives, des conditions de travail peu sûres et un soutien inapproprié peuvent être considérés comme des formes de violence et comme étant incompatible avec la notion de "bonnes pratiques".

Le CII s'efforce de contribuer à l'élaboration et à la promotion de politiques qui reflètent un degré de tolérance zéro de la violence en s'appuyant sur la législation, les règlements de personnel, les sanctions judiciaires, les normes en matière d'environnement sur le lieu de travail, ainsi que sur les normes culturelles. Des sanctions devraient être prises afin de refléter la gravité de quelconque incident. La coopération avec d'autres organisations partageant les objectifs de la campagne contre la violence est particulièrement importante.

Le CII soutient que chaque infirmière a la responsabilité de dénoncer les incidents violents qui se produisent dans son contexte professionnel. Des mesures de sécurité appropriées doivent être appliquées afin de protéger les étudiants en soins infirmiers qui sont particulièrement à risque sur le lieu de travail.

Le CII exhorte les associations nationales d'infirmières à tout faire pour :

- sensibiliser le public et la communauté des infirmières aux diverses manifestations de la violence perpétrée à l'encontre du personnel infirmier.
- assurer l'accès du personnel infirmier (victime ou auteur de la violence) à des services consultatifs, y compris en matière de soutien apporté lors des procédures de dénonciation, de plainte et d'indemnisation.
- négocier l'introduction et le maintien de mesures de sécurité appropriées et de procédures de plaintes confidentielles dans l'environnement du travail et de l'apprentissage.
- aider les infirmières, y compris pour ce qui est de leur faciliter l'accès à une assistance juridique lorsque cela s'avère nécessaire.
- rencontrer les plus hauts responsables des groupes d'employeurs concernés et des organisations nationales de santé ou autres, afin d'obtenir leur aide pour garantir des environnements de travail sûrs et respectueux.
- s'assurer que les employeurs respectent leurs obligations en matière de santé et de sécurité, notamment en assurant un taux d'encadrement adéquat (c'est-à-dire un personnel suffisamment nombreux) et en s'efforçant de promouvoir des modèles de comportements sûrs ainsi que des méthodes de travail propices à la qualité des soins de santé. Cela implique qu'il faudra contrôler les employeurs et dénoncer ceux qui faillissent à leurs obligations.
- s'assurer que les moyens d'agir contre la violence et les abus existent et qu'ils sont connus des infirmières.
- proposer une éducation et une formation permanente améliorées en termes de reconnaissance et de prise en charge de la violence et des abus dans un contexte professionnel.
- contribuer à mettre en place une culture infirmière qui ne perpétue pas la tendance de ces dernières à rejeter sur elles-mêmes la responsabilité des incidents de violence.
- promouvoir une image positive des infirmières et promouvoir le respect du droit des infirmières à la dignité et à la sécurité de leur personne, notamment en insistant sur leur rôle. Introduire dans le programme de formation des infirmières des cours sur l'élimination et/ou la gestion de la violence.

- participer au développement de méthodes de travail qui garantissent la qualité des soins, des niveaux de dotation en personnel adéquat et promeuvent des comportements sûrs.
- contribuer à la collecte de données fiables intéressant la violence dans le secteur de la santé.
- négocier des stratégies de lutte contre la violence au travail consistant en interventions organisationnelles, environnementales et individuelles.
- créer ou encourager la création de procédures de dénonciation confidentielles, conviviales et efficaces.
- soutenir les institutions d'éducation à introduire une formation formelle en regard à l'abus et la violence sur le lieu de travail.

Informations de base :

La maladie et les facteurs de risque potentiel pour la vie provoquent du stress chez les patients, les membres de leur famille et le personnel présent sur les lieux de travail du secteur de la santé. Un tel stress peut aggraver les facteurs susceptibles d'engendrer la violence - facteurs dont il semble qu'ils aient atteint un niveau élevé dans la société en général et sur les lieux de travail du secteur de la santé en particulier.

La violence au travail est omniprésente. Les effets de la violence psychologique sont aussi graves, voire pires, que ceux de la violence physique. La violence psychologique est également plus fréquente.

Les conditions de travail dans le secteur de la santé exposent les infirmières et d'autres personnels à des risques plus élevés de violence; à cause, notamment:

- des modalités d'emploi du personnel : dotation en personnel et contrôle inadéquats, utilisation de personnel temporaire et inexpérimenté et responsabilité totale d'unités de soins de santé.
- de la rotation du personnel, y compris la nuit.
- du manque de mesures de sécurité dans les établissements de santé.
- des interventions exigeant un contact physique rapproché.
- de la charge de travail exigée dans des environnements qui sont souvent éprouvant du point de vue émotionnel.
- de la facilité avec laquelle quiconque peut accéder aux lieux de travail qui ne laissent la place à presque aucune intimité.

- des visites à domicile et de l'isolement qui en découle.

Les recherches effectuées montrent qu'au sein du personnel du secteur de la santé, ce sont les infirmières qui sont le plus exposées. La prévalence des violences contre les infirmiers et les infirmières est troublante en comparaison de celles subies par les membres d'autres professions. Malheureusement les effets de cette violence se font sentir au-delà du contexte professionnel, jusque dans les foyers des victimes et des observateurs. On parle de violence indirecte. La violence verbale ne doit pas être minimisée car ses effets se rapprochent à la violence physique qui inclue les répercussions sur les soins prodigués.

Traditionnellement, de nombreuses cultures ont toléré ou couvert la violence physique, le harcèlement sexuel ou les violences verbales perpétrés contre les femmes bien qu'il s'agisse d'une violation de leurs droits humains. En outre, les infirmières acceptent le plus souvent passivement les abus et la violence comme faisant partie de leur travail – un point de vue qui est parfois partagé par le public et les autorités judiciaires. Les pressions exercées sur les femmes et les hommes pour qu'elles gardent le silence sont grandes. Elles ne sont pas encouragées à porter plainte, ce qui entraîne une sous-évaluation des incidents et, par là même, empêche l'élaboration de stratégies efficaces de lutte contre la violence.

Les infirmières ont dû faire face à la violence, même si les programmes de formation permettant au personnel infirmier de pouvoir identifier les situations potentiellement dangereuses et développer des mécanismes afin de faire face aux agressions.

Parmi les conséquences des violences verbales et physiques et du harcèlement sexuel, on peut citer :

- les chocs, la dépression, les sentiments d'incrédulité ou de honte, de culpabilité, de colère, de peur, d'impuissance et d'exploitation.
- les blessures physiques et les troubles (migraines, vomissements), y compris les troubles sexuels.
- une hausse du stress et de l'anxiété.
- une perte de l'estime de soi et une perte de confiance en ses compétences professionnelles.
- un comportement de repli qui peut affecter la performance au travail, notamment par l'absentéisme.

- des effets néfastes sur les relations interpersonnelles.
- une perte de satisfaction au travail, un moral bas chez le personnel et un taux de renouvellement du personnel (turnover) accru.

La violence est destructrice et a des effets profondément néfastes sur les personnes qui en sont témoins comme sur les victimes et leurs familles. La violence peut être définie comme un « poison » de l'environnement de travail.

Prise de position adoptée en 2000 et révisée en 2006.

Références:

Directives : comment affronter la violence au travail, Genève, CII, 2004.

Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé du BIT/CII/OMS/ISP (http://www.icn.ch/SewWorkplace/workplace_violence.fr.pdf).

9.3 Annexe C : Grille de lecture critique d'un article scientifique

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Synthétise-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problèmes ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?				
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elle à la tradition de recherche ? -Le temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?				
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Y a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?				
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

Référence :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

9.4 Annexe D : Synthèse des résultats

Les besoins identifiés par les infirmières	
Résultats :	Recherches qui en parlent :
Besoin d'informations et de formation (n=8)	<ul style="list-style-type: none"> • Catlette, M. (2005). • Clinton, C., Pereira, S. & Mullins, B. (2001). • Fernandes, C.-M., Bouthillette, F., Raboud, J., Bullock, L., Moore, C.-F., Christenson, J.-M., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C. & Way, M. (1999). • Hislop, E. & Melby, V. (2003). • Koukia, E., Madianos, M. & Katostarar, T. (2009). • Lesinskiene, S., Jegorova, N. & Ranceva, N. (2007). • Martin, T. & Daffern, M. (2006). • Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2011).
Besoin de sécurité personnelle (n=6)	<ul style="list-style-type: none"> • Catlette, M. (2005). • Hislop, E. & Melby, V. (2003). • Koukia, E., Madianos, M. & Katostarar, T. (2009). • Lesinskiene, S., Jegorova, N. & Ranceva, N. (2007). • Martin, T. & Daffern, M. (2006). • Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2011).
Besoin de soutien de la hiérarchie (n=3)	<ul style="list-style-type: none"> • Hislop, E. & Melby, V. (2003). • Koukia, E., Madianos, M. & Katostarar, T. (2009). • Sprigg, C., Armitage, C. & Hollis, K. (2007).

Les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières	
Résultats :	Recherches qui en parlent :
Rechercher une écoute et un soutien (n=7)	<ul style="list-style-type: none"> • Chen, S., Hwu, H. & Williams, R. (2005). • Cutcliffe, J. (1999). • Fernandes, C.-M., Bouthillette, F., Raboud, J., Bullock, L., Moore, C.-F., Christenson, J.-M., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C. & Way, M. (1999).

	<ul style="list-style-type: none"> • Hislop, E. & Melby, V. (2003). • Martin, T. & Daffern, M. (2006). • Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2011). • Reininghaus, U., Craig, T., Gournay, K., Hopkinson, P. & Carson, J. (2007).
Donner un sens à la situation de violence (n=6)	<ul style="list-style-type: none"> • Carlsson, G., Dahlberg, K. & Drew, N. (2000). • Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Combs, S. (2010). • Chen, S., Hwu, H. & Williams, R. (2005). • Cutcliffe, J. (1999). • Hislop, E. & Melby, V. (2003). • Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2011).
Avoir une confiance et une estime de soi (n=6)	<ul style="list-style-type: none"> • Carlsson, G., Dahlberg, K. & Drew, N. (2000). • Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Combs, S. (2010). • Cutcliffe, J. (1999). • Hislop, E. & Melby, V. (2003). • Martin, T. & Daffern, M. (2006). • Reininghaus, U., Craig, T., Gournay, K., Hopkinson, P. & Carson, J. (2007).
Contrôle et maîtriser la situation (n=5)	<ul style="list-style-type: none"> • Carlsson, G., Dahlberg, K. & Drew, N. (2000). • Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Combs, S. (2010). • Chen, S., Hwu, H. & Williams, R. (2005). • Cutcliffe, J. (1999). • Hislop, E. & Melby, V. (2003).
Recourir aux expériences antérieures de violence (n=5)	<ul style="list-style-type: none"> • Carlsson, G., Dahlberg, K. & Drew, N. (2000). • Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Combs, S. (2010). • Cutcliffe, J. (1999). • Koukia, E., Madianos, M. & Katostarar, T. (2009). • Martin, T. & Daffern, M. (2006).
Se ressourcer (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> • Fernandes, C.-M., Bouthillette, F., Raboud, J., Bullock, L., Moore, C.-F., Christenson, J.-M., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C. & Way, M. (1999). • Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2011).

9.5 Annexe E: Fiches de lecture des articles scientifiques

Fiche n°1: *Training needs of psychiatric intensive care staff.*

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Clinton, C., Pereira, S. & Mullins, B. (2001). Training needs of psychiatric intensive care staff. <i>In Nursing Standard</i>, n°15, vol 34, p.33-36.</p> <p>Pays : Angleterre</p> <p>Devis mixte : étude quantitative et qualitative</p> <p>Éthique : les questionnaires et les réponses ont été traitées de manière anonymes.</p>	<p>Les soins intensifs psychiatriques sont une spécialité de plus en plus aiguë de la psychiatrie adulte. L'utilité des ces soins pour certains patients a été reconnue depuis un certain temps déjà. Cependant, il y a peu de recherche sur l'offre et les besoins de formation des professionnels travaillant dans ce domaine. Il semble y avoir un manque de formations spécifiques pour le personnel multidisciplinaire.</p>	<p>Les événements violents ont un impact négatif sur les patients, les proches et le personnel, et mettent l'accent sur la nécessité d'une formation appropriée du personnel. D'autres études révèlent qu'une réduction des comportements violents est possible en augmentant la formation du personnel. Ceci suggère que la formation en lien avec des compétences spécifiques peut avoir un effet positif sur les incidents violents.</p> <p>Objectifs : identifier les besoins de formation du personnel en psychiatrie USIP et le type de cours préféré suite à la violence.</p>	<p>Un questionnaire a été donné à 130 délégués de l'Association nationale des unités de soins intensifs psychiatriques lors d'une conférence annuelle à Londres en 2000. Un mail a été envoyé aux 13 gestionnaires des services de psychiatrie. 52% des répondants étaient des infirmières, 65% d'entre-elles étaient des ICUS ou des gestionnaires de service adjoint. La majorité soit 43% travaillaient dans un cadre USIP (unité de soins intensifs psychiatriques).</p>	<p>Le questionnaire a été conçu selon un groupe de réflexion du personnel de soins intensifs psychiatriques sur les besoins de formation. Le questionnaire comprenait 19 questions ouvertes et à choix multiples sur plusieurs domaines: le contenu des cours, le format, les avantages et les inconvénients, le type de cours préféré, la fréquentation, la demande pour le cours ainsi que certains facteurs qui pourraient influencer sur la fréquentation.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Sur les 130 questionnaires distribués aux délégués, 51 ont été achevés, soit un taux de réponse de 39%. 8 personnes ont répondu par e-mail donnant un total de 59 réponses. 71% des participantes ont déclaré que la gestion de l'agressivité et la violence est le premier besoin pour un cours de formation intensifs. 42% estiment que les stratégies d'intervention sont également indispensables dans une formation. 19 % jugent les aptitudes à la communication comme essentielle dans la formation.</p> <p>27% ont identifié l'utilisation de tranquillisation rapide et les médicaments comme un besoin de formation, tandis que 25% ont choisi les questions de sécurité et 22% les aspects juridiques du travail de soins intensifs psychiatriques. L'évaluation des risques et la gestion a été mis en évidence par 20% des personnes interrogées. La recherche et la pratique fondée sur des preuves, les relations avec les autres services, le soutien du personnel, le stress et la supervision clinique, l'information sur l'éthique, les modèles de pratique USIP ainsi que les politiques ont été relevés comme étant d'autres besoins de formation.</p> <p>Une grande proportion des participantes</p>	<p>Les résultats de cette étude suggèrent qu'il existe un niveau élevé de demande de formation USIP spécifiques parmi les répondantes. Cela donne à penser qu'il existe un besoin non satisfait pour l'éducation et de formation parmi le personnel soignant en psychiatrie aiguë.</p> <p>Le personnel travaillant en USIP sont souvent appelés à gérer les comportements agressifs ou violents. Cela s'est reflété dans la majorité des réponses au questionnaire, dans lequel le personnel a identifié la nécessité de développer des compétences dans la gestion des incidents, en particulier, la violence et l'agression. Il semble clair que le personnel soignant n'est pas seulement intéressés par la formation sur les techniques de contrôle et de contrainte, mais aussi sur les stratégies de prévention des incidents. L'accent mis sur les compétences de communication est également un aspect intéressant de l'étude. Les professionnelles de santé sont souvent perçues par le client comme responsable de la perte de liberté. Ce sujet devrait être reconnu comme une priorité de cours de formation intensif. Un cours spécifique à l'UPSI se traduirait par une plus grande reconnaissance pour le personnel et le développement de la spécialité.</p>	<p>L'étude m'a démontré qu'il existe un réel besoin de formation dans le domaine de la gestion de la violence et de l'agressivité des patients ainsi que dans les compétences de communications patients-soignants. L'étude met en évidence les besoins identifiés par les infirmières elles-mêmes en psychiatrie aiguë.</p> <p>Les résultats sont intéressants car ils donnent des éléments importants pour le développement de nouvelles approches dans l'éducation et la formation des infirmières en psychiatrie. Cependant, l'étude comporte une limite. En effet, le taux de réponse est faible par rapport au nombre de questionnaires distribués lors de la conférence nationale. Ceci pourrait être dû au manque d'intérêt pour les cours de soins intensifs psychiatriques ou à la charge administrative étant donné qu'il y avait deux autres questionnaires en circulation lors de la conférence. Il pourrait également avoir eu une personne déléguée par un service USIP pour répondre au questionnaire au lieu que chaque employé y réponde.</p>

<p>(46%) souhaiterait cette formation à un niveau universitaire, 19% ont suggéré qu'elle devrait d'un niveau du certificat et 24% ont estimé qu'elle devrait être d'un niveau du diplôme.</p> <p>Environ un tiers des personnes interrogées opteraient pour un cours d'une journée par semaine ou une semaine de cours bloc tous les deux mois. 29% choisiraient des blocs de deux ou trois jours par mois. 32% préféreraient des cours d'une année ou moins et 22% seraient prêts à entreprendre un cours de deux ans. Seulement 17% préféreraient un cours de plus de deux ans.</p>	<p>Toutefois, le coût et la qualité de la formation ont été identifiés comme des facteurs importants susceptibles d'influer sur la fréquentation.</p>	
---	---	--

Fiche n°2: Nursing of young psychotic patients: analysis of work environments and attitudes.

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Lesinskiene, S., Jegorova, N. & Ranceva, N. (2007). Nursing of young psychotic patients: analysis of work environments and attitudes. <i>In Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, n°8, vol 14, p.758-764.</p> <p>Pays: Lituanie</p> <p>Devis mixte : étude quantitative et qualitative</p> <p>Ethique : après l’approbation des comités d’éthique des hôpitaux de chaque participant, l’enquête a été menée en conformité avec les principes éthiques de la Déclaration d’Helsinki et le Good Clinical Practice Normes.</p>	<p>Les infirmières ont un contact fréquent et quotidien avec le patient et sa famille. Ceci leur permet de développer une relation thérapeutique, d’observer les comportements et d’apprendre à connaître les patients selon sa relation avec sa maladie et avec son traitement. De plus, comme les infirmières sont les principales dispensatrices de soins, elles sont également les plus à risque d’agression au sein du personnel en psychiatrie.</p> <p>Le risque de violence au travail a été reconnu comme un problème majeur. Ces difficultés liées à l’environnement hospitalier entraînent des problèmes de recrutement.</p>	<p>En raison de symptômes sévères tels que les délires et les hallucinations, les patients psychotiques ont tendance à se méfier du personnel, ce qui rend la relation soignant-soignée compliquée. Cela exige des infirmières des compétences personnelles et professionnelles.</p> <p>Il est important de noter qu’une bonne relation infirmière-patient est la base pour une thérapie réussie car elle améliore la compliance du patient sur les stratégies de traitement.</p> <p>Objectifs : analyser l’environnement de travail des infirmières en psychiatrie, leurs attitudes, leurs besoins et les aspects émotionnels de leur travail auprès de jeunes psychotiques.</p>	<p>L’étude a été réalisée dans les 15 départements hospitaliers psychiatriques à Vilnius avec la présence de patients psychotiques. Les questionnaires ont été distribués à toutes les infirmières en psychiatrie, soit 152 professionnelles, travaillant avec de jeunes patients psychotiques (15 à 35 ans) au moment de l’étude.</p> <p>Les questionnaires ont été remplis par 86 infirmières dont un seul infirmier.</p> <p>L’expérience moyenne de travail était de 17 ans en soins infirmiers et 14 ans en soins infirmiers psychiatriques.</p>	<p>Le questionnaire était composé d’une brève introduction avec explication de l’étude, de 13 questions ouvertes ainsi que des questions fermées à propos des participants comme l’âge, le sexe, la formation, la qualification et l’expérience de travail, l’environnement de travail comprenant également les aspects émotionnels du travail avec des jeunes patients psychotiques et l’organisation des soins infirmiers dans les unités.</p> <p>Les attitudes éprouvées envers le travail ont été évaluées avec l’échelle de mesure de Likert. Les répondants étaient invités à indiquer la mesure dans laquelle ils étaient d’accord ou en désaccord avec la déclaration de 0 à 10.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Toutes les participantes ont indiqué un besoin de formation continue afin d'accroître leur qualification professionnelle. Les résultats ont montré qu'il y avait un manque de programme de formation continue. La majorité des infirmières, soit 76,7% fait usage de plus d'une source d'information pour se former. Internet et les journaux ont été utilisés par 33,72% de la population étudiée. 17,44% des répondants ont utilisé des cours, des séminaires ou des conférences comme seule source d'information.</p> <p>L'analyse des données a démontré que les infirmières sont satisfaites de leur emploi. 23% des infirmières a évalué sa satisfaction 5 points et 23% à 8 points. Les autres infirmières se situent entre 5 et 10 points.</p> <p>Parmi les 79 répondantes aux questions portant sur les émotions, 40,5% ont indiqué que la sécurité personnelle et celle du patient est la préoccupation majeure. En effet, les infirmières ont déclaré que les agressions autodirigées étaient souvent présentes à 50% et très souvent présente à 16,3%. Tandis que les agressions dirigées vers autrui étaient souvent présentes à 46,5% et très souvent présentes à 27,9%. 21,52% ont signalé des difficultés à établir un contact efficace,</p>	<p>Toutes les infirmières interrogées ont manifesté un intérêt supplémentaire à l'augmentation de leur qualification professionnelle. Cependant, il y a un manque de formation continue dans ce domaine ainsi que des ressources d'informations insuffisantes dans la langue maternelle des infirmières.</p> <p>L'analyse des données a révélé que la majorité des infirmières ont évalué leur satisfaction à l'égard de leur emploi entre moyen et élevé. Ces résultats pourraient être améliorés en accordant plus d'attention à l'expansion du rôle de l'infirmière dans la gestion des patients psychotiques comme il est en cours d'exécution dans d'autres pays européens.</p> <p>L'analyse des questionnaires a révélé que l'agression et les comportements suicidaires sont les éléments de la prise en charge les plus effrayantes. Il est important de noter que la violence au travail a été associée dans d'autres études à une baisse de productivité, à une augmentation des coûts institutionnels, à l'absentéisme, à une baisse de moral du personnel et à une qualité de vie réduite.</p> <p>Les résultats de l'étude pourrait avoir des implications pratiques pour réglementer le travail avec des patients psychotiques.</p>	<p>L'étude m'a démontré que les infirmières ont un réel besoin de formation continue malgré leur satisfaction au travail déjà bien présente. Ce besoin n'a donc pas pour but de préserver sa santé et sa satisfaction au travail mais dans ce cas, de se sentir valorisé dans son travail et d'améliorer la qualité des soins prodigués.</p> <p>Les résultats sont intéressants car ils démontrent que la préoccupation principale des soignants reste la sécurité personnelle et celle du patient. Il est nécessaire de souligner que malgré que la satisfaction des soignants soit bonne, certains soignants ont également souffert de violence de la part des patients. Bien que cette étude n'ait pas été effectuée en Suisse, elle reste très intéressante car elle donne des pistes pour la pratique.</p>

<p>17,72% sur les difficultés liées au traitement, 8,86% sur un manque de compréhension de la famille. Seul 3,8% des infirmières ont trouvé que tous les aspects du travail avec les patients psychotiques sont difficiles.</p>	<p>Premièrement, l'augmentation du personnel infirmier de sexe masculin serait nécessaire. Deuxièmement, il ya un besoin urgent de mise en œuvre de programmes de formation en cours d'emploi ainsi que de prévention des comportements violents. Enfin, l'évaluation régulière de la satisfaction de l'équipe soignante par l'employeur permettrait de réexaminer et d'améliorer les conditions de travail, le moral du personnel ainsi que sa satisfaction au travail en fournissant une plus grande reconnaissance des besoins des infirmières. Selon d'autres études, augmenter les ressources financières, la formation en cours d'emploi ainsi que le recrutement de personnel auxiliaire et diminuer la charge de travail peut améliorer la qualité des soins infirmiers en psychiatrie.</p>	
---	---	--

Fiche n°3: “On The Spot” – Interventions by mental health nurses in inpatient psychiatric wards in Greece.

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Koukia, E., Madianos, M. & Katostaras, T. (2009). “On The Spot” – Interventions by mental health nurses in inpatient psychiatric wards in Greece. <i>In Mental Health Nursing, n°5, vol 30, p.327-336.</i></p> <p>Pays : Grèce</p> <p>Devis mixte : étude qualitative et quantitative</p> <p>Éthique : l’autorisation écrite a été obtenue par les comités d’éthique des trois hôpitaux. La participation à la recherche a été subordonnée par un consentement verbal. Les réponses ont été traitées de manière anonyme.</p>	<p>Les infirmières en santé mentale jouent un rôle clé dans la gestion des incidents violents psychiatriques. L'autonomie des infirmières, la prise de décision et la formation dans les interventions cliniques sont des questions importantes dans la pratique en soins infirmiers psychiatriques. En effet, elles ont un rôle à jouer à plusieurs niveaux. Evaluation des besoins des patients, communication, intervention, développement de l'alliance thérapeutique, administration de médicaments et maintenance de la sécurité au sein de l'unité sont quelques aspects importants de la pratique.</p>	<p>L'intervention précoce est un élément clé dans la gestion efficace des incidents violents et dans la fourniture de soins adéquats. Les infirmières sont souvent appelés à agir efficacement et immédiatement si une crise se produit. De part leur disponibilité 24h/24, 7 jours sur 7, les infirmières rendent le travail d'équipe comme un élément clé de la prise en charge.</p> <p>Objectifs : explorer les interventions infirmières utilisées face à la violence en psychiatrie aiguë, relever si ces interventions sont associées à des certaines variables, définir les facteurs sous-jacents possibles dans la prise de décision et évaluer les besoins des infirmières.</p>	<p>L'échantillon de la phase 1 était composé de 30 infirmières en santé mentale de deux départements d'un hôpital psychiatrique dans le grand Athènes. Ces infirmières n'ont pas été incluses dans la phase 2 de l'étude.</p> <p>L'échantillon de la phase 2 comprenait 103 infirmières de 3 hôpitaux psychiatrique dans le Grand Athènes avec une capacité de 500, 400 et 120 lits.</p> <p>Les infirmières devaient avoir travaillé à plein temps dans une unité d'hospitalisation psychiatrique durant au moins 3 ans et directement auprès du patient. Par conséquent, les ICUS ont été exclues.</p>	<p>Le chercheur a informé l'ICUS de chaque unité, puis le personnel du service. Dans la phase 1, les infirmières ont déterminé quelles étaient les catégories d'interventions les plus importantes auprès des patients en crise, ceci par le biais d'un questionnaire. Elles ont également signalé les interventions qu'elles pratiquent principalement face à certains comportements récurrents. Dans la phase 2, les résultats de la phase 1 ont été utilisés pour structurer des entretiens semi-dirigés. Les infirmières ont été invitées à parler de leurs expériences personnelles.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Les infirmières étaient âgées entre 28 et 44 ans. 25,2% des participantes avaient terminé leurs études de trois ans à la faculté des sciences infirmières dont six d'entre-elles avaient fait une spécialisation en psychiatrie. 64,1% avaient une formation de deux ans dans une école technique de soins infirmiers et 10,7% d'entre eux avaient fait une année de formation à l'hôpital. 26,2% ont travaillé moins de cinq ans dans le domaine de la psychiatrie et 73,8% ont travaillé plus de cinq ans.</p> <p>79,6% des infirmières constataient que leurs interventions autonomes ont été fondées sur l'expérience précédente avec un problème de comportement similaire d'un patient. Seulement 37,9% ont reçu des ordres spécifiques pour leurs interventions. 75,7% ont déclaré que leurs interventions étaient basées sur leurs connaissances antérieures dans des situations comme celles décrites. 77,7% ont mentionné que si elles avaient à choisir, elles auraient préféré ne pas intervenir lors de cet incident critique.</p> <p>Face aux situations de violence des patients, des gestes d'automutilation, à l'anxiété, aux comportements psychotiques et aux attitudes provocantes, les infirmières ont contacté le</p>	<p>La majorité d'infirmières ont préféré ne pas intervenir lors d'incidents critiques. Elles ont exprimé un besoin de formation face aux incidents et une plus grande autonomie d'intervention. Elles déclarent également avoir besoin de plus de soutien au niveau des soins infirmiers par l'ICUS et le corps médical.</p> <p>Les infirmières ayant moins d'années d'expérience de travail ont montré une tendance à contacter l'ICUS en admettant que « dans ces crises, la situation est délicate et nous ne savons pas comment réagir ». Les infirmières plus âgées semblent se sentir plus confiantes et ont été plus impliqués auprès du patient pour essayer de le rassurer ou lui apporter son soutien. Il semble également que la plupart des infirmières ne sont pas conscientes des techniques d'interventions possibles et agissent probablement dans un pôle humaniste plutôt que d'une manière professionnelle.</p> <p>La majorité des infirmières a clairement exposé la nécessité pour « une restructuration totale de la profession infirmière, y compris la formation ». En outre, le taux de réponse élevé pour les questions et la variété des observations formulées par les infirmières peuvent refléter le vrai besoin de personnel</p>	<p>L'étude m'a démontré que les infirmières plus expérimentées son plus à l'aise dans leur prise de décision et leur rôle autonome que les autres infirmières. Peu d'entre elles ont suivi une formation de niveau universitaire et très peu ont effectué une spécialisation dans le domaine de la psychiatrie. Beaucoup d'infirmières semblent avoir un réel besoin de formation. Ceci leur permettrait d'être plus à l'aise avec leur rôle propre, de développer compétences spécifiques face à certains incidents et par la suite, d'acquérir davantage d'autonomie. Cependant, le soutien des infirmières par l'équipe soignante et médicale est nécessaire dans la prise en charge de patients psychiatriques. Ce besoin reste également une priorité dans la profession infirmière.</p> <p>Les résultats sont intéressants car ils remettent en question le niveau ainsi que et le contenu de la formation infirmière.</p>

<p>psychiatre de garde, communiquer avec l'ICUS, rassuré et soutenu le patient, appliqué une contrainte physique ou administré des médicaments.</p> <p>Face à ces divers symptômes et comportements, les infirmières ont signalé que le principal obstacle à leur indépendance et à leur autonomie était la responsabilité face à la loi et à d'autres professionnels. Les infirmières ont également signalé un manque de soutien dans la gestion des soins infirmiers et le personnel médical. Elles ont alors signalé souffrir d'un sentiment d'inadéquation et d'impuissance face à certains incidents.</p> <p>Les infirmières ont souvent pris leurs décisions selon leurs expériences antérieures. La majorité d'entre-elles ont déclaré cette expérience antérieure utile. Un besoin de directives dans les situations critiques de soins a été soulevé comme essentielle.</p> <p>Les infirmières ont révélé plusieurs problèmes qui doivent être intégrés dans la formation. La majorité de l'échantillon avait un niveau d'instruction faible. Les infirmières ont identifié le besoin de formation dans certaines compétences afin de correspondre à leurs rôles. Les domaines qui semblent être une priorité sont la gestion des crises et les compétences thérapeutiques, comme la résolution de problèmes et la communication.</p>	<p>d'être entendu sur les problèmes auxquels elles sont confrontées.</p> <p>La principale recommandation de cette étude est la catégorisation et la hiérarchisation des besoins en soins infirmiers dans la pratique psychiatrique tels que les besoins en formation, les rôles des infirmières et la limite de leur profession, les responsabilités et l'autonomie.</p>	
--	--	--

Fiche n°4: Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation.

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Combs, S. (2010). Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation. <i>In International Journal of Mental Health Nursing</i>, n°3, vol 19, p.186-194.</p> <p>Pays : Australie</p> <p>Devis qualitatif</p> <p>Ethique : l'approbation des comités d'éthique de l'hôpital et d'une université a été obtenue. Tous les participants ont donné par écrit leur consentement éclairé avant de participer aux entretiens.</p>	<p>La violence au travail est un phénomène courant connu du personnel infirmier travaillant dans le domaine de la santé mentale et dans les domaines de soins généraux de l'hôpital. L'impact de ces événements sur le personnel peut être grave. Une conséquence de ces situations auxquelles sont confrontés les soignants est la possibilité que les victimes quittent leur profession. L'impact de la violence au travail est considérable et peut provoquer des blessures psychologiques ou physiques, une perturbation de la qualité des soins prodigués aux patients et une résignation du personnel.</p>	<p>Les auteurs pensent que les infirmières qui ont subi une violence au travail auraient aussi connu une atteinte de leur autonomie psychologique. Des stratégies efficaces d'adaptation permettent de donner un sens aux événements négatifs. Les comprendre peut permettre d'élaborer des programmes de soutien et réduire l'impact de la violence.</p> <p>Question de recherche : Comment les infirmières s'adaptent aux incidents violents des patients ?</p> <p>Objectifs : examiner les perceptions, les expériences, les besoins et les stratégies d'adaptation des infirmières suite à la violence afin de maintenir leur bien-être.</p>	<p>Les 322 infirmières travaillant dans divers domaines de soins, y compris la psychiatrie, d'un hôpital non métropolitain en Australie occidentale et qui avaient des contacts directs avec les patients ont reçu une lettre expliquant le but de l'étude. Seul 35 d'entre-elles avaient subi une violence au travail en 2006 et ont accepté d'être interrogés. Les participants étaient principalement des femmes, avaient entre six mois et 40 ans d'expérience dans cet hôpital et travaillaient principalement à temps partiel.</p>	<p>La théorie d'adaptation cognitive de Taylor (1983) a été utilisée pour analyser les perceptions des infirmières. La théorie explique que pour atteindre une qualité de vie égale ou supérieure à celle de la personne avant un événement menaçant, la victime doit s'engager dans un processus de révision. La recherche du sens oblige les victimes à donner un sens à l'événement, à comprendre pourquoi la catastrophe s'est produite et quel impact cela aura sur le reste de sa vie. Des entretiens ont été effectués. Une période de débriefing a été entreprise avec les participants. Les entretiens ont été transcrits mot à mot.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Les trois processus cognitifs qui forment le cadre conceptuel ont été identifiés dans les données: trouver un sens, acquérir une maîtrise et une auto-valorisation. Les résultats ont démontré que toutes les infirmières ont utilisé ces processus cognitifs d'adaptation pour s'adapter à leur expérience de violence au travail.</p> <p><i>Donner un sens :</i> Les infirmières ont généralement essayé de comprendre le comportement de l'auteur de violence. La principale cause extérieure était la maladie d'un point de vue psychologique ou somatique tandis que la raison interne la plus fréquente était l'inexpérience du personnel.</p> <p><i>Gagner une maîtrise :</i> Les infirmières ont repris le contrôle de leur situation par des stratégies telles qu'assister à des conseils, signaler l'événement à la police, mettre en place une contrainte physique ou chimique et éviter des situations similaires jusqu'à ce que leur confiance soit reconstruite.</p> <p><i>Acquérir une auto-valorisation :</i> Les infirmières ont utilisé trois stratégies pour stimuler leur estime de soi. Elles se comparent favorablement avec leurs collègues, elles s'auto-évaluent positivement et trouvent des</p>	<p>Toutes les infirmières avaient adapté à leurs expériences de violence selon le processus cognitif de Taylor.</p> <p>Pour donner du sens à leur vécu, les infirmières ont le besoin de parler de leurs expériences de manière séquentielle et de faire des attributions directes de ce qui a causé l'épisode de violence. Il s'agit notamment de comprendre comment et pourquoi l'événement s'est produit et qui était à blâmer. Il est à noter qu'à l'exception de leur manque d'expérience, les infirmières ont estimé qu'elles avaient peu ou pas de contrôle sur les causes de violence.</p> <p>Pour s'auto-valoriser, les infirmières éprouvent le besoin de se comparer favorablement avec les autres. Toutes les infirmières croyaient qu'elles étaient mieux à même de gérer ou traiter les épisodes de violence que leurs collègues. Cette stratégie a permis aux participants de maintenir leur estime de soi et a donc été au cœur de leur adaptation à la violence.</p> <p>Ces techniques peuvent aider à la prise de contrôle de l'événement et peuvent aider à guider le comportement des infirmières dans des situations futures.</p> <p>Les auteurs soutiennent que pour aider les infirmières à travers le processus d'adaptation</p>	<p>L'étude m'a démontré que les infirmières recherchent systématiquement à comprendre la cause de l'épisode de violence, à acquérir une certaine maîtrise de l'événement ainsi qu'à s'auto-valoriser dans ce vécu difficile. Grâce à ce processus cognitif plus ou moins conscient, les infirmières préservent leur santé et leur bien-être au travail malgré la présence d'éventuelle violence. Ce processus permet alors une certaine prévention de la santé face à l'impact psychologique de la violence.</p> <p>Les résultats sont intéressants car l'étude donne des pistes pour la pratique. En effet, les auteurs expliquent que pour faciliter la récupération psychologique des infirmières à la suite d'un épisode de violence, les institutions et les collègues infirmières sont tenues de mettre en œuvre des stratégies thérapeutiques telles que des espaces de parole et de soutien après l'incident critique afin d'aider à régler l'aspect émotionnel et cognitif à l'événement violent. Cependant, il est important de noter que l'étude comporte une limite. Les infirmières qui ont quitté la profession en raison de la violence au travail n'ont pas été interrogées. Il se peut également que les participants se soient particulièrement bien remis de leur expérience de violence et</p>

<p>avantages dans les compétences ou dans l'organisation du service. De plus, les infirmières se sont considérées comme personnellement et professionnellement meilleures qu'elles ne l'étaient avant l'expérience de violence au travail. Les infirmières ont estimé qu'elles étaient de meilleures cliniciennes à la suite de l'expérience de violence. Les perceptions de l'auto-évaluation positive et d'optimisme ainsi qu'une perception exagérée de contrôle ou de maîtrise ont été suggérés comme conduisant à l'adaptation cognitive efficace.</p>	<p>cognitive, les institutions sont tenues d'élaborer des politiques et des pratiques qui fournissent des services de soutien et des conseils au personnel. De cette façon, les infirmières peuvent réfléchir sur les événements de violence peu après l'incident et leur rétablissement psychologique sera accéléré. Ces politiques et interventions aideraient les hôpitaux et les organismes de santé à remplir leur fonction de santé et de sécurité au travail.</p>	<p>n'aient peut-être pas la même vision que les infirmières qui ont quitté leur emploi.</p>
---	--	---

Fiche n°5: Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting.

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Martin, T. & Daffern, M. (2006). Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. <i>In Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing</i>, n°1, vol 13.</p> <p>Pays : Australie</p> <p>Devis qualitatif</p> <p>Éthique : l'autorisation de mener le projet a été accordée par le Comité d'éthique du Department of Human Services et par le Comité de recherche de la Victorian Institute of Forensic Mental Health.</p>	<p>La violence en milieu de travail n'est pas considérée comme un problème individuel, mais comme un problème structurel et stratégique enraciné dans des facteurs économiques, organisationnels, culturels et sociaux. Les infirmières en psychiatrie hospitalière doivent se sentir en sécurité sur leur milieu de travail. Elles exigent d'avoir une certaine confiance dans leur capacité à travailler avec des patients violents, permettant ainsi de fournir des soins de qualité tout en se protégeant elles-mêmes et les patients des effets psychologiques et physiques de la violence. Avoir confiance et être en sécurité sont des conditions dans les soins.</p>	<p>Questions de recherche : Comment les cliniciennes perçoivent-elles leur sécurité ? Comment les cliniciennes ont-elles confiance en elles dans la gestion de patients agressifs ? Quelles sont les relations entre les caractéristiques démographiques et personnelles des cliniciennes et leur perception personnelle de sécurité et de confiance pour gérer un patient agressif ? Quels sont les facteurs qui augmentent et réduisent la confiance des cliniciennes dans le travail avec des patients violents ?</p> <p>Objectifs : évaluer les perceptions, les besoins des cliniciennes en psychiatrie afin de gérer la violence des patients.</p>	<p>125 infirmières cliniciennes travaillant dans un hôpital psychiatrique durant la période de collecte de données ont reçu un questionnaire avec une lettre de présentation leur décrivant l'étude. Les cliniciennes ont eu deux semaines pour retourner le questionnaire. Les infirmières temporaires, les nouvelles infirmières diplômées ainsi que le personnel médical ont été exclus. Les chercheurs souhaitaient avoir le point de vue d'infirmières expérimentées et qui étaient en contact direct avec la gestion d'une agression. 55% des infirmières cliniciennes ont répondu à l'enquête.</p>	<p>Un hôpital psychiatrique de Victoria en Australie a participé à l'enquête. il comportait 40 lits d'admission et de traitement aigu ainsi que 60 lits de réadaptation et de soins continus. Le questionnaire élaboré selon la théorie de Thackrey (1987) ainsi que des questions ouvertes ont été conçus pour évaluer l'impact de la formation sur la confiance des infirmières cliniciennes. Selon Thackrey, la confiance est la capacité individuelle de se sentir prêt et en sécurité pour intervenir physiquement et psychologiquement avec un patient agressif afin de se préserver soi-même et d'avoir une action thérapeutique.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Certains facteurs ont renforcé ou limité la confiance des cliniciens dans la gestion de l'agression. Leurs besoins ont été identifiés.</p> <p><i>L'unité et les collègues :</i> Les mauvaises relations avec les collègues et le sentiment d'incapacité de certains soignants vis-à-vis de leurs collègues à contribuer à la gestion d'un patient agressif ont été déclaré comme un facteur diminuant la confiance.</p> <p><i>La formation :</i> La majorité des cliniciennes ont estimé que la formation était un élément important dans la prise en charge de patients agressifs. La formation en gestion d'agression a été signalée comme le facteur le plus important quand on travaille avec un patient agressif. Les cliniciennes ont jugé que des cours de répétition devraient être obligatoires. Selon elles, si le personnel sait que leurs collègues ont suivi une formation à plusieurs reprises cela peut accroître la confiance de l'équipe.</p> <p><i>Les stratégies de prévention et de gestion :</i> Les facteurs qui ont réduit la confiance ont été celles d'un caractère interdisciplinaire au niveau de certains protocoles médicaux. Les cliniciennes ont soulevé l'importance d'un travail en réseau dans la prise en charge de patients violents.</p>	<p>Dans l'ensemble, les cliniciennes ont signalé avoir confiance dans leur capacité à gérer des patients agressifs.</p> <p>Les facteurs principaux qui peuvent augmenter ou diminuer la confiance des cliniciennes et leur sentiment de sécurité se situent au niveau de l'hôpital et au niveau de l'unité. Les cliniciennes ont déclaré que les facteurs organisationnels peuvent favoriser une perception de sécurité. Ces derniers peuvent à leur tour contribuer à la confiance pour gérer efficacement l'agression des patients hospitalisés en psychiatrie.</p> <p>Selon les auteurs, quand une approche globale organisationnelle est adoptée, la sécurité des cliniciennes perçue et la confiance pour gérer l'agressivité peut être optimale, même dans un environnement où l'incidence de l'agression est élevée.</p> <p>Les cliniciennes ont apprécié les ressources organisationnelles (formation, profil du personnel, environnement physique) et politiques (politiques et procédures, système d'intervention) qui ont contribué à un environnement sain et la confiance soutenue. La formation à la gestion d'agression a été le facteur le plus fréquemment rapporté dans l'augmentation du sentiment de confiance et</p>	<p>L'étude m'a démontré que certains éléments peuvent être modifiés afin d'améliorer le sentiment de sécurité et de confiance du personnel infirmier en psychiatrie. Bien que la formation ait été nommée à plusieurs reprises, les infirmières ont également déclaré avoir des besoins organisationnels, tant au niveau institutionnel qu'au niveau de l'unité, afin de pouvoir gérer psychologiquement et physiquement la violence des patients, et ainsi de pouvoir garantir une qualité des soins.</p> <p>Les résultats sont intéressants ils prennent en compte les besoins des cliniciennes, soit des infirmières spécialisées dans le domaine de la psychiatrie. De plus, les résultats de l'étude donnent de réelles pistes pour la pratique. Les facteurs améliorant ou diminuant le sentiment de confiance et de sécurité des soignants dans la gestion d'un événement violent sont très clairement mentionnés. De ce fait, les besoins et les stratégies des cliniciennes sont identifiés précisément. En outre, les auteurs mettent en évidence l'importance de ne pas focaliser les moyens de gestion de l'agression uniquement sur la formation mais de prendre également en compte les éléments organisationnels qui peuvent être mis en place au niveau institutionnel et au niveau de l'unité.</p>

<p><i>Le travail d'équipe :</i> Le travail d'équipe, le soutien du personnel, le leadership et une bonne communication ont favorisé la confiance du personnel. Cependant, la présence de personnel temporaire demandé pour remplacer les infirmières en congé maladie ou maternité peuvent également réduire la confiance et le sentiment de sécurité.</p> <p><i>L'environnement de travail :</i> La confiance des cliniciennes est réduite si l'accès à des armes ou projectiles est possible ou si l'environnement des patients est imprévisible. La structure des locaux peut également augmenter ou diminuer la confiance et le sentiment de sécurité.</p> <p><i>Le profil du personnel :</i> Les facteurs personnels qui ont réduit la confiance ont été la petite taille ou la capacité physique des intervenants pour immobiliser les patients, l'inexpérience de la contrainte physique et un manque de connaissances. Les hommes se sont décrits comme étant plus en mesure de contribuer à la retenue d'un patient.</p> <p><i>Les compétences et les expériences :</i> Le fait que les patients soient déjà connus du personnel a favorisé la confiance des cliniciennes. Cependant, le nombre de patients dans l'unité, l'imprévisibilité et le risque de bagarre diminue la confiance des soignantes.</p>	<p>de sécurité. Une formation complète spécifique à la psychiatrie aiguë avec des cours fréquents peut contribuer à la confiance du personnel. Selon les auteurs, la formation ne devrait cependant pas être invoquée en tant que stratégie exclusive dans la prévention et la gestion de l'agressivité en milieu hospitalier. Au niveau de l'unité, le travail d'équipe et la confiance envers ses collègues ont favorisé le sentiment de sécurité et de confiance dans la gestion de l'agression, mais les capacités, les styles de relations interpersonnelles et les attitudes de ses collègues ont également considérablement réduit la confiance des cliniciennes. Une bonne organisation peut fournir un cadre adéquat pour la gestion de l'agression hospitalière mais la façon dont elle est appréciée par les cliniciennes et adaptée dans la pratique exige une attention particulière de l'institution.</p>	
---	---	--

Fiche n°6: *The lived experience of violence in accident and emergency.*

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Hislop, E. & Melby, V. (2003). The lived experience of violence in accident and emergency. <i>In Accident and Emergency Nursing, n°1, vol 11, p.5-11.</i></p> <p>Pays : Irlande</p> <p>Devis qualitatif : étude phénoménologique</p> <p>Ethique : l’approbation du Comité d’Ethique ainsi que le consentement des participants ont été obtenus avant le commencement de l’étude.</p>	<p>Le service des urgences peut être représenté comme la porte d’entrée d’un hôpital. Le personnel soignant rencontre par conséquent de nombreuses personnes. Des incidents violents sont de plus en plus connus des infirmières urgentistes. Parmi cette violence, un thème fort qui se dégage est l’hostilité de certaines personnes en salle d’attente ainsi que le manque de volonté, l’égoïsme de certains patients se présentant aux urgences pour une blessure mineure.</p>	<p>Plusieurs études soulignent l’impact psychologique des incidents violents sur les soignants. Tout membre du personnel peut potentiellement être agressé. A la suite de violence, des sentiments d’agitation et d’insécurité peuvent survenir. Beaucoup d’émotions ont été exprimées au cours de divers entretiens comme la colère, la culpabilité, l’incrédulité, l’impuissance, la résignation et l’adaptation des soignants.</p> <p>Objectifs : décrire et explorer l’expérience vécue de la violence en milieu de travail des infirmières des urgences d’un hôpital de soins aigus et déterminer leurs besoins suite à ces incidents.</p>	<p>Le service des urgences d’un hôpital de soins aigus majeurs en Irlande du Nord a été le site de cette étude. Les infirmières qui avaient plus d’un an d’expérience au sein de ce service ont reçu une lettre d’informations leur proposant de participer à l’étude.</p> <p>Le taux de réponse était de 95% donc 90% des répondants étaient des femmes. A partir de là, cinq volontaires ont été choisis de manière aléatoire. La taille de l’échantillon a été maintenu petit afin d’obtenir une certaine richesse des témoignages plutôt que la quantité d’expériences individuelles.</p>	<p>Les données ont été recueillies au moyen d’interviews effectuées dans un lieu convenu entre le chercheur et le participant. Les entrevues ont été enregistrées pour s’assurer que tous les renseignements ont été recueillis. Une entrevue pilote a été menée avant le commencement de l’étude pour tester les situations d’entretien et valider l’outil de récolte de données.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Trois thèmes principaux ont été identifiés suite à la violence : pourquoi moi? un sentiment d'isolement et d'appartenance. Toutes les participantes ont exprimé des sentiments de frustration et d'impuissance. D'autres ont exprimé un besoin d'être capable de reprendre le contrôle et le pouvoir.</p> <p>Les infirmières ont estimé qu'elles avaient besoin de s'affirmer, d'avoir confiance et de ne pas prendre personnellement la violence dirigée contre elles. A la suite de cet épisode de violence apparaissent des sentiments de frustration et d'impuissance.</p> <p>Toutes les participantes ont exprimé une grande satisfaction pour le soutien qu'ils ont reçu de leurs collègues suite à un incident violent. Un besoin de soutien est nécessaire aux infirmières afin de surmonter l'impact psychologique. Ce soutien doit provenir des collègues ou de la hiérarchie. Des discussions dans la salle de café ou lors des pauses semblent former la base sur laquelle cette aide est construite. La plupart des infirmières ont reconnu que cette aide informelle est beaucoup plus importante pour elles que des mécanismes de soutien officiels disponibles au sein de l'institution. Ce sentiment d'appartenance semble être partagé par toutes</p>	<p>Il est important de noter que les participantes à l'étude ont décrit un sentiment d'attente de la violence quotidiennement, sentiment inconfortable dans leur milieu de travail. Les infirmières ont alors exprimé des sentiments de frustration, la colère et la peur suite aux incidents violents. La frustration et la colère ont été synthétisés dans le « pourquoi moi ». En principe, les infirmières ne savaient pas pourquoi elles ont fait l'objet d'attaques. Des incidents violents ont été associés à un sentiment d'isolement.</p> <p>Les infirmières ont très apprécié le soutien de leurs collègues mais décalent un manque de feedback de la part de la gestion. Ce soutien des collègues a permis aux infirmières de développer un sentiment d'appartenance.</p>	<p>L'étude m'a démontré que les infirmières urgentistes ont besoin d'écoute et de soutien suite aux épisodes de violence afin de surmonter l'impact psychologique. Ce besoin est satisfait au niveau de l'équipe mais reste un manque au niveau de la hiérarchie. Ce soutien se développe sur le lieu de travail, au moment des pauses généralement. De plus, les infirmières ont le besoin de se sentir capable de reprendre le contrôle sur leur agresseur. Elles estiment également que la formation reçue est intéressante mais qu'elles ne sauraient plus utiliser les techniques de gestion de la violence. Des cours de formation continue pourraient alors leur être utile.</p> <p>Les résultats sont intéressants car ils donnent des pistes pour la pratique. Ces éléments peuvent être facilement applicables. L'étude comporte toutefois des limites. Le fait que le chercheur puisse déjà connaître le participant peut être considéré comme une limite car le recueil de donnée ne sera pas effectué de manière totalement neutre. De plus, la taille relativement réduite de l'échantillon peut limiter la généralisation de l'étude.</p>

<p>les infirmières étant donné qu'elles ont toutes sentis qu'elles pouvaient également offrir leur soutien à leurs collègues. Les infirmières avaient également besoin de soutien de la part de la gestion et de la hiérarchie. Elles estiment alors que la hiérarchie ne semble pas vraiment comprendre à quoi le personnel des urgences est confronté quotidiennement. Les infirmières déclarent qu'après avoir rempli une déclaration d'incidents, elles n'ont pas ou peu reçu de commentaires de la direction. Les infirmières estiment que les déclarations d'incidents sont des outils précieux mais qu'un retour de la hiérarchie devrait être effectué après chaque incident violent.</p> <p>Peu de détails ont été obtenus sur l'aide du personnel de sécurité ou de police au sein de l'établissement. Le personnel se sentait souvent seul dans une situation dangereuse et manquait de soutien de la part du personnel de sécurité et de l'institution. Les infirmières ont souligné l'image d'être seul avec leur agresseur et le sentiment d'isolement et de vulnérabilité qui a suivi.</p> <p>La plupart estiment que la formation reçue pour gérer la violence se composait de techniques de rupture. Toutes ont reconnu qu'elles étaient utiles au moment des cours mais qu'elles ne s'en souviendraient pas si on leur demandait de les utiliser maintenant.</p>		
--	--	--

Fiche n°7: Verbal abuse in the National Health Service: impressions of the prevalence, perceived reasons for and relationships with staff psychological well-being.

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Sprigg, C., Armitage, C. & Hollis, K. (2007). Verbal abuse in the National Health Service: impressions of the prevalence, perceived reasons for and relationships with staff psychological well-being. <i>In Emergency Medicine Journal</i>, n°4, vol 24, p.281-282.</p> <p>Pays : Angleterre</p> <p>Devis qualitatif</p> <p>Ethique : l’approbation éthique a été obtenue avant le début de l’étude.</p>	<p>De plus en plus de menaces verbales se produisent au service des urgences. La violence verbale est également connue des services de triage téléphonique des urgences et des services ambulanciers. Les centres d’appel reçoivent parfois jusqu’à 10 appels d’insultes par jour. Cette violence aurait un impact psychologique sur les soignants.</p>	<p>Les auteurs estiment que cette violence verbale provoquerait un certain stress, un épuisement émotionnel et une augmentation de l’absentéisme des professionnels.</p> <p>Objectifs : examiner la prévalence de violence verbale dans les services d’urgence et ambulanciers, identifier les causes de la violence de ces appels, explorer la relation entre la violence verbale et le bien être psychologique et la relation entre la violence verbale et l’engagement professionnel, identifier les besoins des soignants en lien avec la violence verbale et son impact sur le bien-être psychologique.</p>	<p>48 infirmières et ambulanciers ont participé à la recherche. Les participants ont été recrutés à partir des centres d’appels des urgences et des ambulanciers.</p>	<p>Des questionnaires ont été envoyés afin de recueillir les données. Le General Health Questionnaire a été utilisé afin d’évaluer la tension au travail, l’épuisement émotionnel et l’intention de quitter le travail.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Durant un horaire effectué par une soignante, 7% des appels a été signalé comme comportant de la violence verbale. Les auteurs de violence étaient des patients des urgences ou d'appels d'urgence.</p> <p>Les causes principales de cette violence ont été décrites comme étant une frustration, une inquiétude ou une incompréhension des patients vis-à-vis des soignantes et des tâches à effectuer. Les patients qui étaient pressés ou ivres ont également provoqué de la violence verbale.</p> <p>Les professionnelles ont déclaré de manière implicite leur besoin de soutien et de valorisation de la part des gestionnaires.</p> <p>La violence verbale des appels a été fortement liée à l'épuisement émotionnel et au sentiment de dépersonnalisation des soignantes. Les professionnelles ont également déclaré que la violence verbale avait provoqué une certaine anxiété et une envie de quitter leur emploi.</p>	<p>Bien que la personnalité des soignantes puisse avoir une influence sur le comportement des patients, plus de 80% du personnel expérimenté a reçu au moins un appel comprenant de la violence verbale. Les professionnelles qui reçoivent un plus grand nombre d'appels menaçants sont plus épuisés émotionnellement, anxieux, déprimés et ont une moins bonne santé mentale que les autres. Les gestionnaires doivent soutenir le personnel dans la manière dont ces appels sont traités. Les auteurs de la recherche suggèrent que des protocoles clairs pour faire face à violence verbale des appels soient élaborés et qu'une formation dans les techniques de désamorçage de la violence soit fournie aux professionnelles de la santé.</p>	<p>L'étude m'a démontré que la violence verbale a un réel impact psychologique sur les professionnelles de la santé et qu'elle est néfaste pour la santé mentale de ces dernières. Les résultats sont intéressants car ils prennent en compte les ressentis des soignantes des centres d'appels, professionnelles qui ne sont pas directement en contact avec les patients. Une fois de plus, le besoin de soutien de la hiérarchie est un élément important de l'étude. La recherche comporte toutefois une limite. En effet, les besoins des professionnelles ne sont pas clairement énoncés. Une étude a plus grande échelle serait nécessaire afin d'évaluer les besoins des professionnelles des centres d'appels.</p>

Fiche n°8: A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers.

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. <i>In Journal of Emergency Nursing, n°6, vol 31.</i></p> <p>Pays : Etats-Unis</p> <p>Devis qualitatif</p> <p>Ethique : l'approbation de l'étude a été obtenue par les commissions d'examen de recherche des centres de traumatologie. Chaque infirmière a signé un consentement éclairé avant l'entrevue qui comportait le droit d'enregistrer l'entretien. La récolte de données a été effectuée de manière anonyme.</p>	<p>La violence au travail est un facteur de risque important en matière de santé. Les infirmières sont particulièrement vulnérables à la violence au travail. Les infirmières des urgences est une population jugée plus à risque que les autres. Le personnel soignant a déclaré dans d'autres études que les facteurs contribuant à la violence au travail dans les hôpitaux pouvaient être le fait de prendre soin de patients gravement malades avec moins de personnel, de travailler dans des domaines où l'argent et les médicaments ne sont pas toujours disponibles et le fait de travailler seul.</p>	<p>Une grande partie des recherches sur la violence en milieu de travail a exploré l'identification des facteurs de risque de l'environnement. Il y a une pénurie de recherches sur la violence au niveau des soins infirmiers et qui se concentrent sur les expériences et les perceptions des infirmières qui travaillent dans les zones à haut risque.</p> <p>Question de recherche : Comment les infirmières des urgences décrivent-elles leur expérience de violence au travail ?</p> <p>Objectifs : étudier le phénomène de la violence des infirmières des urgences qui ont subi des violences durant leur service et ressortir les besoins des ces dernières.</p>	<p>8 infirmiers (6 femmes et 2 hommes) urgentistes de deux centres de traumatologie ont été interrogés. Les infirmières devaient travailler aux urgences et avoir été exposées à la violence durant leur travail. Les participants avaient entre 29 et 49 ans. Tous avaient un diplôme de maîtrise ou de bachelor et travaillaient à plein temps. Il y avait donc des infirmières, un spécialiste clinique, des infirmières gestionnaires et une ICUS. Tous les participants avaient passé la plus grande partie de leur carrière aux urgences. Les années d'expérience allaient de 1,5 à 20 ans avec une moyenne de 9 ans.</p>	<p>Un questionnaire élaboré sous forme de questions ouvertes avec une lettre expliquant la recherche a été envoyée aux infirmières. Les infirmières qui étaient intéressées ont donné réponse par la poste ou par e-mail. Le chercheur a contacté chaque infirmière par téléphone pour fixer l'entrevue. Les entrevues ont été planifiées hors des horaires de travail et hors des urgences. Les auteurs ont défini la violence comme étant une victimisation d'un soignant pratiquée dans un milieu hospitalier par un tiers. La victimisation prend en compte un sentiment de peur, une misère physiologique ou psychologique et/ou perte.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Les infirmières ont déclaré que les mesures de sécurité étaient insuffisantes et qu'elles se sentaient vulnérables lors d'incidents violents. Au niveau des mesures de sécurité, un point de préoccupation des infirmières a été la facilité avec laquelle les patients pouvaient avoir accès aux armes aux urgences et la responsabilité qu'avaient les infirmières à surveiller les patients.</p> <p>Les infirmières ont discuté du manque de fiabilité des méthodes utilisées pour aider à identifier la présence d'armes. La plupart ont convenu que les détecteurs de métaux placés à l'entrée principale des urgences n'étaient pas suffisantes et que d'autres méthodes seraient nécessaires pour détecter les armes.</p> <p>Les infirmières étaient satisfaites de la présence de policiers et de gardes de sécurité, ce qui leur procurait un sentiment de sécurité. Toutefois, elles ne connaissaient pas les politiques relatives à ce que les agents sont autorisés à faire pour maintenir l'ordre. Cet élément déstabilisait les infirmières.</p> <p>Les infirmières ont discuté de leur programme de formation de base en soins infirmiers et du service d'urgence. Les institutions devraient fournir une formation adéquate sur la réalité de la gestion d'une agression et de la violence</p>	<p>Tout au long des entretiens, les infirmières ont indiqué que leurs besoins se situaient au niveau des facteurs de risque environnementaux de la violence. Ceux-ci ont accru leur vulnérabilité en milieu de travail et a contribué à un sentiment de frustration. Les infirmières interrogées ont déclaré qu'il y avait une nécessité d'améliorer la sécurité des services d'urgence où elles ont travaillé. La principale préoccupation était le contrôle de l'accès au service d'urgence. Cela concerne l'accès aux armes, des membres de la famille non autorisés et de ceux qui pourraient être à la recherche de représailles pour des raisons inconnues. Les infirmières ont trouvé que les mesures de sécurité étaient insuffisantes, ce qui les rendait vulnérables à la violence.</p> <p>Les auteurs déclarent qu'il est essentiel d'offrir aux infirmières des urgences une éducation appropriée sur les stratégies de prévention ainsi que d'écouter leurs préoccupations afin que des modifications puissent être faites pour améliorer la sécurité. Les données indiquent que les infirmières praticiennes et cliniciennes peuvent apporter une contribution essentielle dans le processus d'élaboration et l'application des politiques de sécurité et des procédures efficaces. Les</p>	<p>L'étude m'a démontré que les infirmières urgentistes ressentaient un besoin important de sécurité au travail. En effet, elles estiment que les mesures de sécurité existantes ne sont pas suffisantes, ce qui provoque en elles un sentiment de vulnérabilité et d'anxiété face aux incidents violents. Il est intéressant de noter que les patients psychiatriques et les patients sous l'emprise de drogue ou d'alcool provoquent une anxiété chez les infirmières.</p> <p>Les résultats sont intéressants car ils donnent de réelles pistes pour la pratique tant au niveau des soins infirmiers aux urgences qu'en psychiatrie. En effet, les infirmières ont besoin que l'accès aux armes soit plus contrôlé et que la formation soit plus centrée sur les expériences vécues car la théorie n'est pas toujours applicable à la pratique.</p> <p>L'étude comporte toutefois des limites. Selon les auteurs, en raison de la possibilité que certaines infirmières aient pu être réticentes à partager tous les aspects de leurs expériences parfois difficile et que des facteurs extérieurs puissent avoir affecté l'entrevue. Deuxièmement, en raison du petit échantillon de l'étude, les résultats ne peuvent pas être généralisés à la population d'infirmières des urgences.</p>

<p>au travail. Les infirmières ont déclaré avoir reçu des cours sur comment gérer un patient violent, comment le maîtriser sans lui faire mal et comment le mettre à terre sans le blesser. Cependant, elles estiment difficile d'appliquer ces théories aux urgences, milieu où la violence est incertaine (pas de connaissance si le patient est violent ou non). Au niveau du sentiment de vulnérabilité engendré lors d'incidents, la plupart des infirmières ont déclaré qu'elles ne se sentaient pas en sécurité au travail et que des améliorations de sécurité sont nécessaires dans les services d'urgence où elles ont travaillé. Certaines infirmières ont déclaré que certaines mesures de protection telles que les affiches présentes à l'entrée des urgences prévenant la violence étaient inutiles. Les plus fortes expressions de vulnérabilité ont été décrites en relation avec les patients psychiatriques. Les infirmières ont exprimé leurs préoccupations concernant le caractère imprévisible de ces patients, provoquant un sentiment d'anxiété à s'occuper d'eux. Une autre source de vulnérabilité et de risque accru de violence a été identifiée dans les soins aux patients sous l'influence de l'alcool et de drogue.</p>	<p>écoles d'infirmières et les organismes de santé partagent la responsabilité de fournir des instructions compréhensibles sur la prévention de la violence en milieu de travail spécifique à l'environnement de la pratique. Des révisions devraient être apportées afin d'améliorer l'efficacité des agents de police, le personnel de sécurité, de l'équipement de sécurité et de réduire la charge de surveillance sur le personnel infirmier. Les programmes de prévention de la violence en milieu de travail doivent être fournis aux infirmières ainsi qu'aux autres membres du personnel. Les écoles et les institutions devraient inclure un enseignement sur les situations à risque de violence et les mesures à prendre pour réduire le risque d'accident. Des ressources supplémentaires dans les hôpitaux devraient être développées et utilisées pour aider à élaborer un plan efficace de prévention de la violence au travail. Les infirmières devraient être encouragées à profiter des services d'aumônerie bénévole et d'autres services de soutien qui existent déjà comme les cours de gestion du stress et de débriefing de crise à la suite d'un incident violent. Si ces ressources n'existent pas, les hôpitaux devraient offrir d'autres moyens pour les employés afin d'accéder à une assistance pour répondre à leurs besoins.</p>	
--	--	--

Fiche n°9: *The high secure psychiatric hospitals' nursing staffs stress survey 3: Identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault.*

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Reininghaus, U., Craig, T., Gournay, K., Hopkinson, P. & Carson, J. (2007). <i>The high secure psychiatric hospitals' nursing staffs stress survey 3: Identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault. In Personality and Individual Differences, n°3, vol 42, p.397-408.</i></p> <p>Pays : Angleterre et Ecosse</p> <p>Devis qualitatif</p> <p>Ethique : l'approbation éthique a été obtenue par un Comité d'Ethique avant le début de la recherche.</p>	<p>La violence peut provoquer un impact psychologique sur les victimes. Elle a été identifiée comme une source extrêmement importante de stress au travail. Les agressions physiques sont décrites comme étant un facteur de stress au travail. Celles-ci peuvent provoquer des résultats négatifs en terme de détresse psychologique, insatisfaction au travail ou épuisement professionnel. Des études ont montré que cela s'applique plus spécifiquement aux agressions physiques des patients sur le personnel soignant en milieu psychiatrique.</p>	<p>Un modèle conceptuel a été créé visant à identifier les facteurs qui contribuent à l'impact psychologique lié à une agression physique. Ceci pourrait permettre d'évaluer la capacité des infirmières à faire face à la détresse psychologique induite par la violence en psychiatrie et d'identifier leurs besoins face à cet impact psychologique.</p> <p>Objectifs : examiner le stress des infirmières et l'impact psychologique de la violence physique des patients dans un service de haute sécurité psychiatrique, identifier leurs ressources et leur capacité de résistance au stress suite à une agression</p>	<p>Les infirmières des services de haute sécurité de quatre hôpitaux psychiatriques en Angleterre et en Ecosse ont reçu une lettre expliquant l'étude et les invitant à y participer. Le questionnaire leur demandait si elles avaient été agressées physiquement durant les 12 derniers mois. Des données ont été recueillies telles que l'âge, le sexe, l'expérience de travail et la perception de la sécurité de l'emploi.</p> <p>Un total de 636 infirmières de ont participé à l'étude (434 hommes et 196 femmes). Le taux de réponse varie de 22% à 28% entre les hôpitaux.</p>	<p>Le questionnaire a été élaboré selon 3 théorie afin d'identifier les ressources des soignants face à l'impact de la violence. La Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, Kamarck, et Mermelstein (1983) a été utilisée afin de mesurer comment les infirmières évaluent les situations stressantes. La méthode PsychNurse of Coping Questionnaire (PNMCQ) de McElfatrick (2000) a été utilisée pour évaluer les stratégies d'adaptation des infirmières. Le General Health Questionnaire (GHQ-12) de Golberg et Williams (1988) a été utilisé pour évaluer la détresse psychologique.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Les résultats suggèrent que le recours à un large éventail de stratégies d'adaptation de la part des infirmières ainsi que des niveaux élevés d'estime de soi et de confiance en soi permettent de diminuer la détresse psychologique induite par les situations de violence. Toutes les mesures de soutien social interne ou externe au travail élaborées par les infirmières ont également montré une diminution de la détresse psychologique.</p> <p>Les infirmières qui ont été agressées étaient plus susceptibles de percevoir leur domaine de travail comme plus stressant et l'hôpital comme plus dangereux que les autres infirmières. Elles étaient également moins susceptibles de percevoir un bon soutien social provenant de l'extérieur. Cela démontre que la perception infirmière d'une présence de soutien permet de réduire l'effet la détresse psychologique causée par une agression.</p> <p>Les résultats démontrent que le fait d'avoir été agressée physiquement et d'avoir eu peu de soutien interne ou externe sont liés à des niveaux plus élevés de détresse psychologique que d'avoir été agressée et d'avoir pu profiter d'un bon soutien. Ces dernières ont alors présenté de plus faibles niveaux de détresse psychologiques.</p>	<p>L'effet néfaste d'une agression physique sur l'impact psychologique semble être associé à l'absence d'un bon soutien aux infirmières. Il est intéressant de noter que les infirmières qui ont été agressées physiquement avaient le sentiment de ne pas avoir bien pris en charge le patient, ressentaient une plus faible estime d'elle-même et une diminution de leur confiance en elles. Ceci était associé à un niveau plus élevé de détresse psychologique. Par conséquent, le soutien psychologique et social perçu par les infirmières permet de diminuer l'impact psychologique de la violence. Le soutien des gestionnaires et de l'entourage a été perçu par les infirmières comme étant un moyen efficace d'atténuer les effets des agressions.</p> <p>Trois ressources de résistance spécifiques au stress des infirmières en psychiatrie semblent être efficaces afin de faire face et de diminuer l'impact psychologique de la violence : l'estime de soi, la confiance en soi et la capacité d'adaptation. Les auteurs ont perçu la confiance en soi comme étant la ressource personnelle la plus importante dans le processus de gestion de stress. Ils suggèrent que l'absence de ressources peut devenir un facteur de stress et constituer une menace.</p>	<p>L'étude m'a démontré que les ressources de résistance spécifiques au stress des infirmières en psychiatrie telles que l'estime de soi, la capacité d'adaptation (savoir faire face), les mesures de soutien social et le niveau de confiance en soi peuvent réellement atténuer l'impact psychologique d'une agression physique.</p> <p>Les résultats sont intéressants car ils identifient les ressources et les besoins réels des infirmières en psychiatrie face à la violence physique et son impact psychologique. Ces ressources permettent de diminuer et de faire face à la détresse psychologique induite par une agression physique d'un patient. L'étude comporte toutefois des limites. Le taux de réponse passablement faible ne permet pas de généraliser les résultats à toutes les infirmières en psychiatrie. De plus, les auteurs ne donnent pas de réelles pistes d'action pour la pratique.</p>

Fiche n°10: Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study.

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2011). Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. <i>In International Emergency Nursing, n°1, vol 19, p.12-19.</i></p> <p>Pays : Australie</p> <p>Devis qualitatif</p> <p>Ethique : l’approbation éthique a été obtenue de l’Area Health Service of the Study Facility (service régional de la santé) et de l’Université de Newcastle. Les données ont été récoltées de manière anonyme.</p>	<p>La violence subie par les infirmières et les professionnels de la santé a été reconnue au niveau mondial. La violence a cependant été identifiée comme étant un aspect caché des soins infirmiers aux urgences. Cette violence se manifeste quotidiennement et spécialement auprès des infirmières du triage. Les patients sont généralement les auteurs de cette violence, violence responsable de plus de 89% de tous les incidents présents aux urgences.</p>	<p>Dans certains états tels qu’aux Etat-Unis, en Angleterre, au Canada ou en Australie, une législation de tolérance zéro a été définie afin de diminuer les incidents liés à la violence des patients. Cette politique de tolérance zéro est définie par NSW Health qui exige que dans le cas d'épisodes violents, des mesures appropriées soient entreprises afin de protéger le personnel, les patients et les visiteurs.</p> <p>Objectifs : décrire les expériences de violence au travail des infirmières du triage au cours du mois précédent et identifier les besoins implicites de ces infirmières.</p>	<p>L’étude a eu lieu dans le service des urgences du centre hospitalier dans le New South Wales en Australie. 6 infirmières (4 femmes et 2 hommes) ont accepté de participer à la recherche. toutes travaillaient au triage au moment de l’étude. Les infirmières étaient âgées de 29 à 53 ans. Leurs années d'expérience variait de 4 à 21 ans. 5 professionnels travaillaient à temps plein et un professionnel à temps partiel.</p>	<p>Les données ont été recueillies par interview semi-structurées et enregistrées d’août à septembre 2008. Les interviews ont été retranscrites mot à mot par le chercheur et de manière anonyme.</p> <p>Les auteurs ont défini la violence comme étant les incidents où le personnel est maltraité, menacé ou agressé dans des circonstances liées à leur travail, impliquant une remise en cause explicite ou implicite de leur sécurité, de leur bien-être ou de leur santé.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Les infirmières du triage ont déclaré qu'il y avait un manque de formation sur la gestion des agressions, un manque de feedback formels à la suite d'épisodes de violence et une frustration par rapports aux méthodes de déclaration des incidents.</p> <p>Les infirmières ont un sentiment de frustration et d'impuissance face aux incidents violents. Elles ont dit se sentir bouleversées, découragées. Elles déclarent ressentir un manque d'empathie envers les patients violents. Tous les participants ont déclaré avoir peur pour leur sécurité.</p> <p>Les infirmières ont fait une distinction entre la violence intentionnelle et non intentionnelle. Cette dernière est jugée comme étant moins négative et plus facile à gérer psychologiquement (exemple : patient dément). Tous les participants ont déclaré avoir un sentiment de fatalité en ce qui concerne la violence dans leur vie professionnelle. Cependant, ils ont estimé que des changements dans le système pourraient surmonter ce problème.</p> <p>Les infirmières ont exprimé leur conviction que les stratégies des employeurs sont concentrées sur la gestion d'un comportement violent plutôt que sur la prévention. Elles</p>	<p>Dans le contexte des urgences où les patients se présentent avec une gamme de diagnostics et de comportements différents, il est peu probable que la question de la violence liée au patient soit totalement éliminée. Cependant, il peut être prévenu ou de gérer plus efficacement à de nombreuses reprises. Il semble y avoir un accent sur la réaction immédiate à des épisodes violents (agents de sécurité, alarmes, contrainte physique...) mais peu d'attention semble accordée à la prévention ou la gestion à long terme des incidents violents.</p> <p>Le niveau de violence est si répandue qu'elle est fait partie du travail pour certaines infirmières et est considéré comme normal dans cette étude.</p> <p>Les participants ont parlé des nombreux effets négatifs d'être exposés à la violence au travail et cette exposition a été liée à des effets durables sur les victimes. Même en l'absence de dommage, le personnel peut être confronté à de graves réactions de six mois à un an après un épisode de violence. Celui-ci peut avoir un impact sur leur santé et leur qualité de vie.</p> <p>Il y avait un manque de respect de la formation obligatoire de la part de la direction destinée à aider le personnel à désamorcer ou</p>	<p>L'étude m'a démontré que les infirmières du triage ont un besoin de communiquer entre-elles après un incident violent sous forme de débriefing informel, un besoin d'être formée pour pouvoir mieux gérer les épisodes de violence, un besoin de restructuration des locaux comme moyens de préventions et un besoin de soutien de la direction dans l'utilisation des déclarations d'incidents et des débriefings. Il est intéressant de noter qu'outre les débriefings informels, certaines infirmières utilisent l'alcool comme mécanisme d'adaptation, besoin réel de consommation afin de gérer la situation de violence.</p> <p>Les résultats sont intéressants car il semble y avoir un manque d'engagement de la part des employeurs. Ils devraient davantage reconnaître l'ampleur et la gravité du problème et adopter des stratégies de prévention et de soutien pour gérer ce problème et fournir un environnement de travail sécuritaire pour le personnel infirmier.</p> <p>L'étude comporte toutefois une limite. En effet, la taille réduite de l'échantillon ainsi que le lieu unique de recherche, bien que nécessaire pour l'utilisation d'une méthodologie qualitative et descriptive, ne permettent pas de généraliser les résultats.</p>

<p>estiment que des stratégies préventives pourraient être effectuées au niveau de l'environnement et de la conception du milieu de travail (par exemple, l'installation de verre de sécurité dans la zone de triage).</p> <p>Parmi les participantes qui ont parlé de la formation sur la gestion des agressions, trois seulement ont entrepris un certain type de formation. Deux d'entre-elles n'ont jamais eu l'accès à la formation. Des cours de répétition n'ont pas été offerts à tout le personnel et le temps écoulé depuis la formation variait de 18 mois à plusieurs années.</p> <p>Les infirmières estiment utiles les méthodes de déclaration des agressions. Cependant, ceci est peu effectué à cause des contraintes de temps, de l'utilisation peu fonctionnel du rapport des incidents et de la fréquence élevée des épisodes de violence.</p> <p>Toutes les participantes ont un besoin de débriefing après un incident. Il est leur principal mécanisme d'adaptation après un épisode de violence et est effectué de manière informelle avec les membres du personnel. Les infirmières déclarent que ces débriefings sont effectués sur le terrain sous forme de réunion avec analyse de situation. L'alcool est décrit comme une stratégie d'adaptation de certains participants de sexe féminin pour surmonter l'impact de la violence.</p>	<p>à prévenir les épisodes de violence malgré l'exigence des politiques de santé. Le personnel doit être convenablement formés et équipés pour leur permettre de réagir et de faire face à des épisodes de violence.</p> <p>Les auteurs et d'autres recherches estiment qu'une formation sur la reconnaissance des signes comportementaux liés à la violence permettrait de faciliter l'utilisation de stratégies de désamorçage et de prévention pour éviter de réels épisodes de violence. La littérature décrit que le comportement du patient se détériore de manière prévisible face à la violence. Ce changement de peut être utilisé pour prédire les futurs épisodes de violence. Ils comprennent l'analyse du regard (contact avec les yeux ou non), le ton, le volume et le rythme de la voix, le marmonnement et l'anxiété.</p>	
--	--	--

Fiche n°11: Violence in the emergency department: A survey of health care workers.

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Fernandes, C.-M., Bouthillette, F., Raboud, J., Bullock, L., Moore, C.-F., Christenson, J.-M., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C. & Way, M. (1999). Violence in the emergency department: A survey of health care workers. <i>In Canadian Medical Association Journal, n°10, vol 161, p.1245-1248.</i></p> <p>Pays : Canada</p> <p>Devis mixte : étude quantitative et qualitative</p> <p>Ethique : l’approbation du Comité d’éthique de l’Hôpital St.-Paul a été obtenue avant le début de l’étude. Les données ont été traitées de manière confidentielle et anonyme.</p>	<p>La violence au travail est une préoccupation reconnue par les professionnels de la santé. Les services des urgences sont reconnus comme étant des environnements particulièrement violents. Cette violence est souvent perpétrée par les patients en attente de soins. Les abus de substances et les troubles psychiatriques font partie des facteurs principaux de violence dans les services d’urgences.</p>	<p>Les incidents violents ont un effet important et de longue durée sur les professionnels de la santé qui ont été victimes d’agression. Baisse de moral, colère, perte de confiance, épuisement professionnel, invalidité et changement d’emploi peuvent être des conséquences liées à l’impact de la violence sur les victimes.</p> <p>Objectifs : examiner les niveaux perçus de violence dans un service d’urgence, explorer les définitions de la violence auprès des soignants, déterminer l’effet de la violence sur la santé des employés et identifier les mécanismes d’adaptation et les potentielles stratégies de prévention des infirmières.</p>	<p>163 employés du service des urgences de l’Hôpital St.-Paul à Vancouver ont été contactés. Les participants ont décrit leur définition de la gravité de la violence, leur niveau de stress face à la violence et une estimation du nombre d’incidents violents dans le service. 106 (63 femmes et 43 hommes) ont répondu à l’enquête: 47 infirmières, 19 sécuritas, 13 médecins, 8 employés aux admissions, 7 travailleurs sociaux, 5 infirmières auxiliaires, 4 coordonnateurs d’unité, 2 aides de salle et 1 porteur. 58 employés travaillaient à temps plein, 48 à temps partiel. La moyenne d’âge était de 37 ans et d’années d’expérience aux urgences était de 9,2 ans.</p>	<p>Les questionnaires ont été distribués en mai 1998. Les participants ont répondu à un questionnaire au moyen sur leurs expériences de violence aux urgences durant l’année 1996 et leur niveau de stress évalué à l’aide d’une échelle allant de 1 à 5. Les mécanismes d’adaptation du personnel et les stratégies de prévention ont également été évalués.</p> <p>Les chercheurs ont par la suite examiné les effets de la violence sur le rendement au travail et la satisfaction professionnelle.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Au total, 55% des participants ont déclaré avoir subi une agression physique, 21% ont subi une menace d'agression physique, 12% ont été victimes de violence verbale. 68% des répondants ont signalé une augmentation de la fréquence de violence et 60% ont signalé une augmentation de la sévérité de la violence au fil des années.</p> <p>30% des participants ont évalué leur degré de stress d'un épisode de violence comme modérément à extrêmement sévère. 38% ont changé d'emploi à l'extérieur du système de soins de santé en raison de la violence au travail. 25% des participants ont déclaré un déficit de rendement au travail de l'équipe soignante après un incident violent. 24% ont déclaré un déficit de rendement au travail sur une semaine et 19% ont déclaré une diminution de leur performance au travail sur une plus longue période. 27% des répondants ont pris des jours de congé en raison de la violence.</p> <p>73% des professionnelles des urgences ont peur des patients. 24% d'entre-elles avaient peur de la violence des patients et 14% avaient peur des patients en général. La violence interférait la satisfaction au travail des employés pour 74% des participants.</p>	<p>La fréquence de la violence le service d'urgence est élevé. Un total de 84% des répondants ont indiqué être témoins de violence verbale au moins une fois par horaire de travail et 90% avaient été agressées verbalement au moins une fois par semaine. Il semble que le personnel des services d'urgence sont constamment exposés à des situations agressives des patients.</p> <p>Les professions ayant subi les plus grandes proportions d'agressions physiques ont été les infirmières et les sécuritas. Le résultat des effets de la violence est considérable d'un point de vue financier et de la qualité des soins aux patients. Les auteurs suggèrent la nécessité de renforcer les programmes de formation pour ce personnel.</p> <p>L'augmentation signalée dans la fréquence et la gravité de la violence au cours du temps n'est pas surprenante compte tenu de l'augmentation des contacts avec les patients à haut risque comme les toxicomanes, les alcooliques, les patients souffrants de troubles psychiatriques et les membres de gangs.</p> <p>Les participantes ont signalé une variété de mécanismes d'adaptation. La plupart ont sollicité un appui de collègues plutôt que d'une séance de soutien officielle. Le fait que</p>	<p>L'étude m'a démontré que le personnel soignant et les infirmières des urgences possédaient des stratégies d'adaptation à la violence telle que l'exercice physique, le sommeil, le soutien de la famille et des amis ainsi que des collègues de travail. Il est intéressant de noter que la présence de violence influence le niveau de peur, de satisfaction au travail et de démissions des employés.</p> <p>Les résultats sont intéressants car ils remettent en question la formation sur la gestion et la prévention de la violence. Les infirmières ont indiqué avoir besoin de service de sécurité et de cours sur les stratégies de prévention de la violence des patients pour garantir leur sécurité et diminuer leur peur. Du fait du besoin de soutien des infirmières, les auteurs donnent des pistes pour la pratique. En effet, ils proposent de renforcer les programmes de formation des infirmières sur le sujet de la violence et d'intégrer des débriefings post-incidents avec évaluation des compétences.</p> <p>L'étude est intéressante mais comporte toutefois des limites. En raison du rappel des événements violents, le nombre d'incidents de violence peuvent avoir été surévalué. De plus, les conclusions de cette enquête ne peuvent être applicables à d'autres systèmes de santé.</p>

<p>Après un incident violent, les victimes ont demandé un soutien à leurs collègues essentiellement plutôt qu'auprès de groupes de soutien déjà en place.</p> <p>95% et 68% des participantes ont respectivement relevé que les services de protection et un atelier sur les stratégies de prévention de la violence sont les interventions les plus utiles pour prévenir la violence.</p> <p>L'exercice physique, le sommeil et le soutien de la famille et des amis sont les stratégies d'adaptation les plus souvent citées.</p>	<p>le soutien des collègues soit perçu à la fois comme une stratégie d'adaptation et une aide dans le soulagement des tensions suggère que des pistes de soutien sont à explorer. Des débriefings des situations vécues et des compétences ainsi qu'une évaluation régulière de l'efficacité des débriefings après un incident violent pourraient être fournis au personnel des services d'urgence. Aborder cette question peut avoir un effet bénéfique sur le bien-être personnel en augmentant la satisfaction au travail et en diminuant les démissions des employées. Réduire la peur réduit des soignants envers les patients permettrait d'améliorer la relation soignant-soigné et la qualité des soins.</p>	
---	--	--

Fiche n°12: Psychiatric nurses' anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression.

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Chen, S., Hwu, H. & Williams, R. (2005). Psychiatric nurses' anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. <i>In Archives of Psychiatric Nursing</i>, n°3, vol 19, p.141-149.</p> <p>Pays : Japon</p> <p>Devis mixte : étude qualitative et quantitative</p> <p>Éthique : le consentement éclairé à été signée par les participants après avoir été pleinement informé sur l'objet de l'étude. Les données ont été traitées de manière anonyme.</p>	<p>Vivre l'agression des patients est une partie intégrante du travail des infirmières psychiatriques. Des études révèlent en effet que la violence est plus présente dans les services de psychiatrie que dans les autres services. La prévalence de blessures envers les membres du personnel infirmier est extrêmement élevée par rapport à d'autres emplois. Les patients atteints de psychose aiguë sont souvent caractérisés comme étant des patients potentiellement dangereux. Leurs comportements peuvent causer de l'anxiété chez les membres du personnel qui les prennent en charge.</p>	<p>Il semble naturel pour les infirmières en psychiatrie d'être anxieuses face à la gestion de comportements agressifs et que le sentiment de manque de sécurité peut être la principale source de leur angoisse.</p> <p>Question de recherche : Comment les infirmières en psychiatrie gèrent-elles leur stress face aux comportements agressifs des patients ?</p> <p>Objectifs : explorer l'anxiété, les attitudes et les connaissances des infirmières Taïwanaises en psychiatrie dans la gestion de l'agressivité des patients, identifier l'évaluation cognitive de ces infirmières face à la menace d'une agression.</p>	<p>Les infirmiers en psychiatrie aigüés de trois grands centres psychiatriques de Taiwan qui ont été victimes de violence par des patients agressifs ont participé à l'étude. 214 questionnaires ont été distribués, 209 d'entre eux ont été remplis et retournés. 29 questionnaires ont été exclus du fait que les infirmières n'avaient pas eu d'expérience dans la gestion de comportements agressifs. Les sujets étaient âgés de 20 à 51 ans, la plupart d'entre eux étaient des femmes et avaient une expérience en psychiatrie dans un autre hôpital, enfin plus de la moitié d'entre eux possédaient un diplôme d'infirmière.</p>	<p>Un questionnaire a été créé selon 3 théories afin d'évaluer les besoins des infirmières pour gérer un comportement violent : le Trait Anxiety Inventory (TAI) et le Stat Anxiety Inventory (SAI) utilisés pour évaluer l'intensité de l'anxiété (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970), la Cognition of Aggression Management Scale (CAMS) afin d'identifier l'évaluation cognitive des infirmières sur la gestion des incidents (Chen, 1997) et l'Attitude Scale (AS) afin de mesurer les attitudes des soignants face à la violence (Ryan, 1989). 2 études pilotes ont été menées dans 2 autres hôpitaux psychiatriques afin d'évaluer la fiabilité de l'étude.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p>Les méthodes de gestion des comportements agressifs des patients utilisées par les infirmières ont été l'utilisation d'une chambre d'isolement (79,4%), les injections de médicaments (76,1%), les moyens de contention physique (75,0%), les méthodes de désescalade verbale (63,3%), l'isolement les uns des autres (40,0%) et la surveillance post-incidents (4,4%).</p> <p>Selon les infirmières, leurs besoins se trouvent au niveau des connaissances de l'agression et des compétences requises pour la gestion de l'agression. Le soutien psychologique leur est également nécessaire pour faire face aux incidents agressifs. Ces éléments ont permis aux infirmières d'acquérir une certaine confiance en elles. Ceci permet par la suite de mieux prévenir l'agression et de mieux la surmonter d'un point de vue psychologique.</p> <p>Les résultats démontrent que l'évaluation cognitive des infirmières est le déterminant le plus important immédiatement après une agression. L'analyse de la situation effectuée par l'infirmière va déterminer son niveau d'anxiété et sa capacité à gérer et à surmonter l'incident violent.</p>	<p>Les résultats révèlent que les infirmières ont besoin de soutien au travail et de formation continue afin de gérer et de surmonter efficacement une agression. Selon les auteurs, ces besoins d'éducation et de connaissances peuvent également réduire l'anxiété des infirmières en psychiatrie. Les stratégies d'adaptation au stress et le besoin de soutien face aux comportements violents des patients peuvent réduire leur état d'anxiété.</p> <p>Il est intéressant de noter que malgré les comportements agressifs de certains patients, les attitudes des infirmières en psychiatrie envers les patients sont généralement plus positives que celles des autres infirmières.</p> <p>Les facteurs cognitifs et la réponse émotionnelle jouent un rôle important dans le processus de gestion d'un comportement agressif. Selon les auteurs, les solutions seraient d'améliorer la formation afin d'améliorer la compréhension des facteurs de risque et les moyens d'intervention lorsque les patients expriment de la colère ou de l'agressivité. Il est nécessaire que les infirmières en psychiatrie sachent reconnaître la dynamique interactionnelle de la violence et qu'elles possèdent des moyens appropriés afin de la prévenir et de la gérer.</p>	<p>L'étude m'a démontré que les infirmières en psychiatrie utilisent dans un premier temps des protocoles clairement définis afin de gérer une agression. Afin de gérer psychologiquement l'agression, elles utilisent un processus cognitif afin de réduire leur état d'anxiété. Les résultats démontrent également que les infirmières en psychiatrie ont besoins de soutien dans leur travail, de connaissances et d'éducation afin de réduire leur état de stress et d'anxiété et afin de pouvoir mieux gérer une agression.</p> <p>Les résultats sont intéressants car ils donnent clairement des pistes d'actions pour la pratique, plus spécifiquement sur la formation des infirmières en psychiatrie et sur son contenu.</p>

Fiche n°13: *Qualified nurses' lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: A hermeneutic study.*

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Cutcliffe, J. (1999). Qualified nurses' lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: A hermeneutic study. <i>In International Journal of Nursing Studies</i>, n°2, vol 32, p.105-116.</p> <p>Pays : Angleterre</p> <p>Devis qualitatif</p> <p>Ethique : le consentement éclairé à été demandé et obtenu par le directeur de l'unité et par chaque participant à l'étude. Les données ont été traitées de manière anonyme.</p>	<p>La violence au travail, de part ses coûts physiques, psychologiques et économiques, nécessite d'être comprise. Des publications ont révélé que la violence en psychiatrie a augmenté de façon spectaculaire. Des plans stratégiques doivent être mis en place pour les infirmières travaillant auprès d'individus violents. Ces stratégies doivent tenir compte de cette réciprocité et du fait que si le personnel infirmier qui si sent bien dans la prise en charge de patients agressifs, cela peut avoir un impact positif sur la qualité des soins offerts à ces personnes.</p>	<p>L'impact psychologique, physique et économique de la violence envers les infirmières en psychiatrie ne devrait pas être ignoré. L'auteur suggère que l'exposition à la violence et la capacité des infirmières à faire face à celle-ci peuvent avoir un impact sur le bien-être et sur la qualité des soins.</p> <p>Question de recherche : Quelles sont les expériences des infirmières face à la violence perpétrée par des patients souffrant de problèmes persistants de santé mentale ?</p> <p>Objectifs : identifier les stratégies des infirmières et le soutien perçu pour faire face à la violence.</p>	<p>L'étude a été réalisée dans une unité pour les personnes souffrant de maladie mentale persistante dans un hôpital psychiatrique du Midlands de l'Est. La recherche a été expliquée au personnel soignant et au gestionnaire de l'unité.</p> <p>L'échantillon se composait de toutes les infirmières diplômées qui ont travaillé à temps plein sur l'unité. Les expériences des infirmières dans cette unité variaient de six mois à plus de douze ans.</p>	<p>Les récoltes de données ont été effectuées au moyen d'entretiens semi-structurés. Les entretiens ont tous été enregistrés sur bande audio, puis retranscrits et analysés. Les auteurs ont adopté une méthode herméneutique et phénoménologique et ont produit une théorie émergente composée des trois thèmes clés : la construction personnelle de la violence, le sentiment d'être équipé pour faire face à la violence et le sentiment d'être soutenu face aux incidents violents.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p><i>La construction personnelle de la violence :</i> Les infirmières ont leur propre identification de ce qui est violent et ce n'est pas violent, leur propre gamme de réponses individuelles à la violence et leur propre vision de la personne violente. Selon les infirmières, leur perception de la violence se réfère à la relation thérapeutique mise en place avec le patient et comment les effets de cette relation peut induire de la violence ou non.</p> <p><i>Le sentiment d'être équipé pour faire face à la violence :</i> Les infirmières ont déclaré que plus elles se sentent équipées, moins elles sont susceptibles de considérer la violence comme un acte négatif et destructeur. Certaines infirmières ont évoqué le besoin d'expérience et d'apprentissage pour mieux faire face aux comportements violents : « Faire face à la violence est une compétence subtile que l'on apprend au fil des ans ». D'autres ont parlé de leur besoin de formation plus formelle et de techniques d'intervention spécifiques pour parvenir au même résultat : « Il y a une série d'interventions que je peux utiliser en réponse à la violence, de la désescalade verbale à la contrainte physique réelle ». une autre infirmière a exprimé son besoin d'avoir</p>	<p>Il est intéressant de noté que certaines infirmières ont décrit les avantages d'être exposées à des incidents violents. L'apprentissage par l'expérience qui se pose à la suite de cette exposition a été décrit comme une valeur inestimable. De même, d'autres infirmières ont décrit l'effet déstabilisant que les incidents avaient sur elles et se sentaient moins bien équipées pour faire face à des événements semblables dans l'avenir. Une certaine exposition à des incidents violents peut améliorer la capacité des infirmières à gérer l'incident futur. Cependant, cette capacité est liée au niveau de soutien que l'infirmière reçoit et perçoit. Ce soutien peut permettre au personnel de diminuer son niveau de stress et de pouvoir ainsi mieux gérer les comportements violents. Si ce soutien est absent, l'infirmière atteint un point où sa capacité à faire face à des incidents violents est considérablement réduit, ce qui pourrait être néfaste pour sa santé. Les auteurs soutiennent que la production d'émotions négatives en réponse à la violence n'est pas seulement liée à l'exposition à des incidents violents mais également à l'absence de soutien officiel.</p> <p>Le fait que les infirmières sont parfois</p>	<p>L'étude m'a démontré que les infirmières ont des besoins d'éducation, d'apprentissage par les expériences de violence, de socialisation, soutien externe ou interne à l'institution bien que ce dernier est été jugé insuffisamment utilisé. Il est intéressant de noté que les infirmières ont également besoin de comprendre ce qui s'est passé pour que le patient devienne violent.</p> <p>Les résultats sont intéressants car ils suggèrent que chaque infirmière à sa propre perception de la violence et ses propres moyens de la gérer. De plus, ils donnent des pistes intéressantes et utilisables dans la pratique. Cependant, l'étude comporte des limites. Etant donné que la recherche a été effectuée de manière qualitative, les expériences et les besoins des infirmières ne peuvent par être généraliser à l'ensemble des soins infirmiers en psychiatrie. En outre, comme l'échantillon était composé d'infirmières qui ont travaillé à temps plein sur l'unité, il n'est pas représentatif de toutes les infirmières. Un échantillon plus diversifié qui comprendrait le personnel à temps partiel pourrait ajouter une certaine richesse aux résultats.</p>

<p>confiance en elle dans la gestion des incidents violents.</p> <p><i>Le sentiment d'être soutenu face aux incidents violents :</i></p> <p>Les infirmières ont parlé de leur besoin de soutien interne ou externe à leur travail : « Il existe des mécanismes et stratégies de soutien qui se produisent en dehors du travail ». Les infirmières utilisent la supervision clinique et les discussions informelles et la socialisation avec leurs collègues afin de répondre à ce besoin. « Une supervision clinique est bonne, mais elle peut ne pas procurer suffisamment de soutien. J'utilise tous les types de soutien qui sont à ma disposition, et j'ai besoin de tous ». « Nous soutenir ici les uns les autres est qui fait la différence ». « Le fait d'être encouragée à parler de l'incident m'a vraiment aidée ». Cependant, certaines estiment que le soutien clinique est insuffisamment utilisé : « Une supervision clinique est utile pour traiter les incidents qui se sont produits, bien qu'utile, elle est trop peu fréquente ».</p>	<p>amenées à contenir leurs émotions, une absence de blessures physiques ne signifie pas que la victime n'ait pas besoin d'une intervention et qu'elle n'a pas été traumatisée. Cette répression peut amener un sentiment d'isolement et de manque, surtout si les émotions de l'infirmières ne sont pas prises en charge par ses collègues ou par les gestionnaires.</p> <p>Même si certains actes de violence décrits par les infirmières avaient le sentiment d'être prémédité et motivés par de la malveillance, il est intéressant de noter que les infirmières ont tenté de comprendre les causes (expression d'un besoin, manque de contrôle...) de la violence des patients. Les auteurs suggèrent alors que des groupes de travail soit créés afin que les infirmières puissent évaluer les risques de comportements violents et acquérir une meilleure compréhension des besoins des patients.</p>	
---	--	--

Fiche n°14: Encountering violence and aggression in mental health nursing: A phenomenological study of tacit caring knowledge.

Référence et design : Aspects éthiques :	Problématique :	Question de recherche, hypothèses et objectifs :	Population, échantillon :	Méthodologie :
<p>Carlsson, G., Dahlberg, K. & Drew, N. (2000). Encountering violence and aggression in mental health nursing: A phenomenological study of tacit caring knowledge. <i>In Issues in Mental Health Nursing, n°5, vol 21, p.533-545.</i></p> <p>Pays : Suède</p> <p>Devis qualitatif : étude phénoménologique</p> <p>Ethique : le consentement éclairé a été signé par les participants de l'étude. Les données ont été traitées de manière anonyme.</p>	<p>La violence des patients est un problème important dans l'environnement de travail avec des conséquences psychosociales sur la santé des victimes. La littérature montre que les infirmières sont plus souvent agressées physiquement et verbalement ou menacées que les autres professionnels. Les domaines de la psychiatrie, les urgences et les soins de longue durée sont plus touchés par ce phénomène que d'autres services. Toutefois, certaines infirmières trouvent les ressources nécessaires pour surmonter l'impact psychologique et semblent alors mieux vivre les comportements agressifs.</p>	<p>Plusieurs études citent l'incidence croissante de la violence à l'égard des professionnels de la santé, en particulier contre le personnel en psychiatrie. Peu d'études ont utilisé une approche qualitative afin d'identifier les attitudes des soignants et leurs stratégies d'adaptation face aux comportements agressifs des patients.</p> <p>Question de recherche : identifier les stratégies des soignants qui ont provoqué des rencontres positives avec les patients agressifs en psychiatrie, décrire les connaissances tacites.</p> <p>Objectifs : surmonter l'impact psychologique de la violence grâce aux stratégies mises en place par les soignants.</p>	<p>Une information sur le projet de recherche a été présentée à toutes les infirmières et les aides soignantes dans une clinique psychiatrique qui fournit des soins intensifs. Le personnel soignant interrogé a subi une agression de patients souffrant de psychose ou de toxicomanie. 5 soignants (1 homme et 4 femmes) ont participé à l'étude : 2 infirmières et 3 aides soignantes.</p>	<p>L'étude a été guidée par une méthode phénoménologique afin de décrire les stratégies des soignants qui ont permis de surmonter l'impact de la violence. Des entretiens semi-structurés ont été effectués avec les infirmières et les aides soignantes victimes de violence. Les chercheurs ont encouragé les participants à aller plus loin dans leurs dires. Les interviews ont été enregistrées puis retranscrites à la main mot à mot pour l'analyse. Suite à l'analyse des données, sept thèmes ont été identifiés : respect et peur du patient, toucher, dialogue, connaissances, stabilité, respect mutuel et souplesse.</p>

Résultats :	Discussion :	Commentaires personnels :
<p><i>La peur et le respect du patient :</i> Les soignants qui rencontrent des patients agressifs peuvent se sentir menacés et vivre l'expérience de la peur. Cependant, la majorité des participantes n'a pas cherché à éviter cette expérience. Elles ont reconnu la menace présente et leur propre peur. Une fois le sentiment de peur reconnu, cette peur a diminué et perdu de son intensité et a été remplacé par d'autres émotions, des réactions plus positives. Au lieu d'être paralysé par leurs émotions, les soignantes ont pu répondre aux patients violents comme des individus uniques, avec des besoins particuliers et méritants le respect. Les patients ont semblé se sentir soulagé par un comportement calme et respectueux de la soignante, ce qui a permis de diminuer et cesser le comportement agressif.</p> <p><i>Le toucher :</i> Des rencontres avec des patients violents ont eu des résultats positifs par le contact physique. Les soignantes se sont appuyées sur l'analyse de la proxémique afin de calmer le patient. Leurs actions ont été fondées sur la conviction que la proximité est calmante et réconfortante pour le patient agressif et aide à créer un environnement plus calme et plus</p>	<p>La signification essentielle du phénomène de l'expérience des soignantes avec des patients agressifs et violents est comprise comme un moment incarné. Un moment incarné correspond à la flexibilité du professionnel, celui-ci est capable d'être à la fois proche et distant, actif et passif, prêt à attendre ou à prendre des mesures. Dans ce incarné moment de nombreuses décisions cruciales sont prises et spontanée. Les infirmières reconnaissent leurs propres peurs et choisissent instinctivement la manière de toucher. Reconnaisant le respect mutuel, le lien humain entre elles-mêmes et leurs patients, elles s'appuient sur leur propre capacité de réponse à l'exigence du moment. Les soignantes décident alors comment définir les limites de la situation et comment communiquer leur compréhension de la situation à leurs patients.</p> <p>La théorie de Tele (Moreno, 1953) est un processus à double sens et fait référence à la connexion instantanée que deux personnes peuvent ressentir dans une rencontre. Tele représente un processus de communication, qui peut être préverbal et non verbal. Cela signifie qu'il se déroule principalement selon les niveaux émotionnels. Avec une plus</p>	<p>L'étude m'a démontré que les infirmières sont capables de surmonter l'impact psychologique de la violence grâce au développement de certaines stratégies telles que l'analyse de la situation, l'acceptation de ses propres peurs et celles du patient, le respect de la proxémique, la communication verbale et non verbale en accord avec le discours oral, le calme, la patience, la stabilité physique, psychique et émotionnelle, la disponibilité pour le patient, le sentiment de confiance en elles, les connaissances et les expériences personnelles de violence, l'identification des besoins inexprimés du patient et le respect mutuel.</p> <p>Les résultats sont intéressants car ils donnent des pistes pour la pratique et pour la formation. Les auteurs s'intéressent également à la formation des étudiants en soins infirmiers. Selon eux, adopter un autre regard sur la situation de violence grâce à l'analyse et au jeu de rôle peut améliorer la prise en charge d'un patient violent, diminuer l'impact psychologique de la violence et améliorer le sentiment de satisfaction au travail.</p>

<p>confortable. Les infirmières ont exprimé un sentiment qu'elles avaient fait quelque chose de bon pour les patients.</p> <p><i>Le dialogue :</i></p> <p>Les soignantes ont compris la situation agressive par la lecture et la compréhension des signaux corporels du patient. Elles ont décrit le silence comme un élément important du dialogue et ont souligné que le message corporel doit correspondre au message verbal. Les participantes ont souligné qu'il est nécessaire que les infirmières sachent écouter les patients de manière active.</p> <p><i>Les connaissances :</i></p> <p>Les soignantes ont parlé de leurs connaissances lorsqu'ils ne savent pas comment gérer une situation. Les professionnelles ont évoqué le besoin d'avoir confiance en eux ainsi que dans le patient. Elles se sont appuyées sur des connaissances intérieures pour gérer la situation violente. Ces connaissances viennent de leur propre expérience professionnelle.</p> <p><i>La stabilité :</i></p> <p>Ce thème renvoie à la capacité des soignantes à être pleinement présentes dans la situation sur le plan physique, mental et émotionnel. En restant calmes et déterminées, en ayant confiance en elles, les infirmières ont assumé la responsabilité de la situation et ont créé une</p>	<p>grande interaction, les projections sont corrigées et remplacées par une précision de notre perception de l'autre.</p> <p>Les soignantes qui reconnaissent mais qui ne sont pas effrayées par leurs sentiments de peur restent ouvertes à leurs émotions et par conséquent, restent ouvertes à la personne rencontrée. Lorsque les infirmières sont ouvertes et immédiatement disponibles, les patients sont considérés comme personne à part entière et unique malgré les comportements agressifs. Il est alors possible que le patient fasse confiance à l'infirmière et se calme.</p> <p>Selon les auteurs, les professeurs qui enseignent la gestion de l'agressivité et de la violence dans les soins ne doivent pas oublier le corps. L'enseignement, en général, a une fonction trop cognitive. L'éducation pratique et les expériences des élèves peuvent être restructurées et analysées pour aider les élèves à gérer une situation violente partant de leur expérience. La gestion des patients violents et agressifs ne peut pas être apprise de manière théorique. La discussion et les jeux de rôles jouent un rôle crucial dans le développement des connaissances pratiques et sont des éléments centraux de nombreuses formes de l'éducation, mais ils sont particulièrement pertinents pour l'apprentissage de la gestion</p>	
--	--	--

<p>atmosphère sécurisante.</p> <p><i>Le respect mutuel :</i></p> <p>Les rencontres entre les patients violents et les soignantes ont été décrites comme des moments intenses dans lesquels quelque chose de significatif a été partagé par chacun. Ces rencontres ont été caractérisées par le respect mutuel entre le soignant et le patient. Les soignantes ont été absorbés par les situations et se sont sentis capables d'être pleinement présentes pour le patient. Les professionnelles ont présenté une ouverture et un engagement émotionnel et ont démontré leur capacité à être présentes. Le sentiment de disponibilité a permis d'atténuer la violence.</p> <p><i>La souplesse :</i></p> <p>Les soignantes ont agi avec l'intention de rester calme dans les situations. Elles se voyaient comme souples, présentes pour les patients de telle manière qu'ils puissent ensuite exprimer leurs besoins inexprimés. Elles ont décrit leur souci que les patients ne se sentent pas menacés. A l'approche des patients, elles ont géré la situation de manière non autoritaire, sans porter de jugement, en faisant attention à ne pas s'approcher trop près mais à créer un juste équilibre entre proximité et distance. Elles ont réussi à rester patientes et vigilantes tout en prenant des mesures pour résoudre la situation.</p>	<p>de la violence et comme moyen de surmonter l'impact psychologique que la violence peut induire. Le jeu de rôle et d'autres formes de théâtre permettent de communiquer plus que les connaissances purement cognitives. Les étudiants et les soignants ont alors la possibilité de changer et d'élargir leur perception, en explorant une variété d'approches de soins. Lorsque les connaissances tacites sont explorées et articulées, les événements sont vus d'une nouvelle manière, élargissant ainsi la connaissance et la compréhension sur laquelle la pratique est construite.</p>	
---	--	--