

# Travail de Bachelor

Présenté à :

Monsieur Morenon Olivier,  
Maitre d'enseignement HES

**Sauvain Jeremy**  
**20883856**

**Tessier Baptiste**  
**20884003**

**Dans quelle mesure l'infirmier  
peut-il améliorer les  
problématiques de violence des  
usagers, liées aux  
caractéristiques d'un service  
d'urgence ?**

Lieu d'activité de Neuchâtel

**Juillet / 2023**

## Table des matières

Liste des figures .....	4
Liste des tableaux.....	4
Remerciements .....	5
Résumé du travail .....	6
Chapitre 1 : Introduction .....	8
1.1 Présentation du travail .....	9
1.2 Plan du travail .....	10
Chapitre 2 : Problématique.....	12
2.1 Survenue de la question de départ.....	13
2.3 Revue exploratoire de la littérature .....	14
2.4 Pertinence de la question de recherche pour les soins infirmiers .....	21
2.5 Concepts pertinents retenus .....	26
2.6 Perspectives pour la pratique.....	30
Chapitre 3 : Champs disciplinaires infirmiers.....	33
3.1 Cadre théorique.....	34
3.2 Principaux concepts et structure de la théorie.....	34
3.3 Justification de la théorie et mise en lien avec la thématique .....	37
Chapitre 4 : Méthode.....	39
4.1 Question de recherche et formulation PICOT .....	40
4.2 Descripteurs des bases de données .....	42
4.3 Critères de sélection des articles .....	43
4.4 Stratégie de sélection des articles .....	43
4.5 Liste des articles sélectionnés .....	46
Chapitre 5 : Synthèse des résultats.....	51
5.1 Résumé des articles .....	52
5.2 Synthèse des thèmes et mise en lien avec la question PICOT .....	59
Axe des compétences infirmières.....	59
Axe institutionnel.....	65
5.3 Perspectives/propositions pour la pratique.....	71
Chapitre 6 : Conclusion.....	75

6.1 Apports du travail de Bachelor .....	76
Éléments facilitants.....	77
Éléments contraignants.....	78
6.2 Limites .....	80
6.3 Perspectives pour la recherche .....	81
Chapitre 7: Références .....	84
Chapitre 8 : Annexes .....	89
8.1 Appendice 1: Analyse de l'article 1 .....	90
8.2 Appendice 2: Analyse de l'article 2 .....	104
8.3 Appendice 3: Analyse de l'article 3 .....	113
8.4 Appendice 4: Analyse de l'article 4 .....	129
8.5 Appendice 5: Analyse de l'article 5 .....	139
8.6 Appendice 6: Analyse de l'article 6 .....	152
8.7 Appendice 7: Analyse de l'article 7 .....	177
8.8 Appendice 8: Analyse de l'article 8 .....	190
8.9 Appendice 9: Analyse de l'article 9 .....	201
8.10 Appendice 10: Analyse de l'article 10 .....	215

## Liste des figures

Figure 1 : Modèle de la transaction (Alligood, 2017) .....	35
--	----

## Liste des tableaux

Tableau 1: Question format PICOT .....	41
Tableau 2: Descripteurs .....	42
Tableau 3: Équations de recherche.....	45

## **Remerciements**

Les premiers remerciements s'adressent à madame Gremaud et à monsieur Morenon, les directeurs de ce travail de Bachelor, pour leurs conseils, leur disponibilité et leur aide pour l'aboutissement de ce projet. Les auteurs tiennent à remercier monsieur Morenon d'avoir repris leur suivi au cours de cette dernière année.

Les auteurs remercient monsieur Comte, en tant que responsable de ce module, pour son engagement, son travail, son suivi et ses conseils durant les deux années de ce projet.

Des remerciements s'adressent également à chacun des enseignants et infirmiers qui ont accordé de leur temps pour des entretiens, pour des temps de discussion spontanée, pour leurs conseils et pour leur aide dans la réalisation de ce travail.

Les auteurs souhaitent remercier les membres du second groupe suivi par monsieur Morenon, Océane Matthey, Lisa Ummel et Gabriella Isabelle Almeida Araujo. Les auteurs ont bénéficié de leur soutien et de leurs conseils tout au long de leur collaboration durant les entretiens TB.

Les auteurs tiennent à remercier leurs familles et leurs proches pour leur soutien, leurs encouragements et leur bienveillance durant tout ce travail. Ils remercient également chacune des personnes qui ont pris le temps de relire et de corriger notre travail.

## Résumé du travail

**Problématique :** La violence envers le personnel soignant est un phénomène courant dans les soins et est particulièrement présente dans les services d'urgences. Elle impacte le personnel soignant, en effet la fréquence de ces violences conduisent certains soignants à changer de service, au burn-out voire à se retirer de la profession. Dans une étude réalisée dans un hôpital universitaire Suisse (Hahn et al., 2012) l'auteure faisait état de 16% du personnel formé à la gestion de la violence.

**Concepts et cadre théorique :** Les concepts que les auteurs ont retenus en lien avec la problématique sont la violence au travail, les services d'urgences et la prévention de la violence au sein des services d'urgences. Le cadre théorique choisi pour ce travail de Bachelor est la théorie de l'atteinte des objectifs d'Imogene King. Plus précisément, les auteurs se sont basés sur son modèle de transactions.

**Méthode :** Grâce à la revue exploratoire ainsi qu'aux concepts définis, les auteurs ont pu élargir leurs connaissances et obtenir une vision plus globale de leur question de recherche. La méthode de formulation de question de recherche PICOT a ensuite été utilisée pour définir des descripteurs précis pour effectuer des recherches sur les bases de données suivantes : MEDLINE, Pubmed, Psychinfo et CINAHL. La question de recherche PICOT définie est la suivante : "Quels sont les approches les plus efficaces à appliquer par le personnel soignant afin de prévenir/anticiper/contenir les violences des usagers des services d'urgence ?".

**Résultats :** Deux axes principaux ont été identifiés : un axe de compétence infirmière et un axe institutionnel. L'axe des compétences infirmières contenait cinq thèmes ; le dépistage, la désescalade, la communication, l'adaptation de l'environnement et le signalement des incidents violents. L'axe institutionnel comptait quatre thèmes ; la réaction en équipe, la formation, le dépistage et l'adaptation de l'environnement.

**Conclusion :** Les auteurs ont pu déterminer à l'aide de leur analyse des recommandations pour la pratique et la recherche. Ces différentes recommandations concernent dans un premier temps des actions que l'infirmier peut appliquer sur le terrain afin de prévenir les problématiques de violence dans un service d'urgence. Dans un deuxième temps, les recommandations pour la recherche sont étroitement liées aux limites de ce travail. La limite principale étant l'absence de définition au niveau scientifique de la violence dans les soins.

**Mot-clé :** usagers violents; services d'urgences; interventions efficaces; prévention; gestion de la violence.

*violent users; emergency department ;effective interventions; prevention; management of violence.*

## **Chapitre 1 : Introduction**



## **1.1 Présentation du travail**

Dans le cadre de notre Bachelor en science des soins infirmiers HES, l'un des modules de validation est la réalisation d'un travail de Bachelor (TB) sous la forme d'une revue de littérature. Cette revue de littérature s'effectue sur une thématique de soins définie par les auteurs.

Pour des raisons de lisibilité et de simplification du texte, les auteurs ont pris le choix d'utiliser la forme masculine et singulière pour le terme infirmier tout au long de ce travail.

Les auteurs ont commencé ce travail lors du début de leur deuxième année de Bachelor. Le groupe pour ce travail fut d'abord composé de trois étudiants, chacun ayant le souhait de travailler sur une problématique liée aux services d'urgence. Aussi au sein du groupe, deux étudiants se projetaient professionnellement dans les services d'urgences. Il a été donc trouvé pertinent de réaliser ce travail de fin d'études en lien avec ce type d'unité de soins.

L'idée plus précise de ce sujet de recherche s'est formée en questionnant des professionnels issus de ce milieu, mais aussi en imaginant naturellement la violence dont les soignants peuvent faire face au quotidien dans ce type d'unité. Il a été profité du fait qu'un des membres du groupe travaille occasionnellement en tant qu'assistant en soins et santé communautaire (ASSC) dans un service d'urgence pour poser des questions directement aux professionnels sur place. D'autre part, un autre membre du

groupe a pu poser quelques questions auprès d'une amie infirmière exerçant à ce moment-là aux urgences d'un autre hôpital régional.

Pour le développement de la problématique, les auteurs ont réalisé une feuille de traçabilité des sources trouvées contenant : la personne ayant cherché l'article, la date de la recherche, le nom de l'article, la base de données utilisée, les mots-clés, la position de l'article, les filtres utilisés.

Pour les entretiens avec des professionnels, il a paru important et prioritaire de rencontrer des infirmiers spécialisés et des infirmiers en chef d'unité de soins (ICUS) de services d'urgence afin d'obtenir des informations provenant de praticiens appartenant au contexte de recherche.

La dynamique du groupe de TB est très bonne étant donné que les auteurs ont l'habitude de travailler ensemble depuis le début de la première année. Ils se comprennent rapidement et ont une certaine facilité à collaborer, à se départager les différentes tâches tout en gardant une ligne commune.

## **1.2 Plan du travail**

Le déroulement de ce travail suit une trame précise. Dans le deuxième chapitre, il a été développé l'élaboration de la problématique de ce travail, il s'agit de recherches effectuées au travers d'une revue exploratoire de la littérature. La pertinence de la problématique déterminée est mise en lien par la suite avec les sciences infirmières. Les auteurs définissent ensuite les différents concepts retenus comme pertinents pour le travail. Ce deuxième chapitre de problématique se conclut par une ouverture sur les perspectives

pour la pratique. Le troisième chapitre développe la théorie infirmière d'Imogene King, qui est l'ancrage disciplinaire de ce TB. Elle est par la suite mise en lien avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier et la pertinence du choix de celle-ci pour ce cadre de recherche est expliquée. Le quatrième chapitre explique la méthodologie de recherche suivie pour sélectionner les articles scientifiques. Dans le cinquième chapitre, il est présenté la synthèse des résultats de ces articles et les recommandations pour la pratique. Pour conclure, dans le sixième chapitre, les auteurs décrivent les apports de ce travail, les limites et les perspectives pour la recherche.

## **Chapitre 2 : Problématique**

## **2.1 Survenue de la question de départ**

Au lancement du projet de TB, lorsque le groupe a été constitué, les auteurs ont chacun partagé leurs idées et centres d'intérêt dans le milieu des soins en lien avec la pratique infirmière. Les idées évoquées se sont vite orientées vers un service en particulier, les urgences, dans lesquelles deux des auteurs se projetaient professionnellement. À partir du moment où ils se sont focalisés sur le contexte d'urgence, des thèmes ou des problématiques propres à ce type d'unité de soin ont été recherchés.

Pour cela, il a été demandé à des professionnels de santé du réseau des auteurs, dans divers services d'urgences, qu'elles étaient les principales problématiques et les défis majeurs qu'ils pouvaient rencontrer en tant que soignants au sens large dans ces services. Deux éléments communs sont ressortis de ces échanges : les difficultés liées à la gestion des flux de patients et la gestion de la violence. Parallèlement, un membre du groupe a fait face à plusieurs reprises à des comportements agressifs physiquement, psychologiquement ou verbalement de patients. De son point de vue, il a été interpellé par la manière dont ces différentes situations ont été gérées, que ce soit au travers des interventions infirmières ou de la dégradation rapide de la qualité de soins qui pouvait subitement apparaître. Il a aussi été agressé physiquement par un patient étant atteint du syndrome de Korsakoff. Au moment de l'agression physique, il n'a pas su comment réagir, si ce n'est devoir utiliser sa force physique pour se libérer de cette situation. L'auteur en

question s'est rendu compte qu'il ne savait pas non plus comment prévenir ce genre de situation qui dégrade grandement la qualité de prise en soins et qui peut atteindre le professionnel.

De manière plus générale, la violence dans le milieu des soins est normalisée, voire tolérée (Copeland & Henry, 2017). De plus, dans le cadre de la formation Bachelor, une seule demi-journée de cours de sensibilisation à l'identification de l'auto et l'hétéro-agressivité est dispensée. Cet état de fait ne laisse aux auteurs qu'un sentiment de manque de préparation face à l'apparition d'agressivité ou de violence d'un patient voire d'un visiteur.

La violence dans les soins est la plus fréquente dans les services d'urgences (Hsu, Chou, & Ouyang, 2022). À la suite de ces différentes recherches et réflexions, une question de recherche plus complète a été rédigée. Celle-ci est la suivante : « Dans quelle mesure l'infirmier peut-il améliorer les problématiques de violence des usagers, liées aux caractéristiques d'un service d'urgence? »

### **2.3 Revue exploratoire de la littérature**

Afin de pouvoir développer la problématique, les auteurs ont réalisé une revue exploratoire de la littérature ainsi que quatre entretiens. Ces entretiens se sont réalisés avec deux infirmiers spécialisés en soins d'urgences, un intervenant externe étant ICUS d'un service d'urgence ainsi qu'un maître d'enseignement réalisant son doctorat sur la question de la violence envers les infirmiers sur leur lieu de travail.

La revue exploratoire et les entretiens avec des professionnels et experts se sont déroulés dans la même période. Les auteurs ont pu ressortir différents aspects relatifs à la violence au niveau des soins infirmiers.

La violence est fréquente dans les soins infirmiers, quel que soit le domaine des soins et quel que soit le pays. Ce constat est retrouvé dans des études au Japon comme aux États-Unis. (Copeland & Henry, 2017; Sato, Yumoto, & Fukahori, 2016).

Les interviews de deux infirmiers experts en soins d'urgences confirment une violence quotidienne dans le milieu des urgences. Les infirmiers aux urgences font face à de la violence physique de manière régulière et verbale toutes les semaines de la part de patients ou de visiteurs.

Ces témoignages peuvent se joindre aux chiffres que l'on peut trouver dans la littérature. Une étude aux États-Unis expose les données suivantes: 94% des infirmiers interrogés ont subi une agression verbale au cours des 12 derniers mois et 18% ont subi une agression physique (Hartley, Ridenour, & Wassell, 2019; Reißmann et al., 2023). Dans une autre étude, il est mentionné de cinq pays européens où il est décrit les types de violence que subissent les infirmiers. Les résultats indiquent que la majorité (60,9%) des participants ont été agressés verbalement au cours de l'année 2016 (Babiarczyk et al., 2019). Parmi ces participants, 20,4% ont subi des agressions physiques au cours des derniers mois, ce qui peut démontrer une certaine concordance avec les résultats obtenus aux États-Unis. Une autre étude allemande a cherché à générer des données sur la fréquence de la violence par les patients et les

proches qui les accompagnent. En effet, sur 349 participants, 87 % d'entre eux avaient subi des violences physiques de la part des patients et 64 % de la part des proches. 97 % avaient été confrontés à des violences verbales de patients et 94 % par des proches (Schablon et al., 2022). D'après une revue systématique australienne regroupant un total de 22 études faites aux États-Unis, Australie, Royaume-Uni, Canada, France, Afrique du Sud et Italie, une moyenne de 36 patients sur 10000 ( $\sim 1$  tous les 278 patients) pourraient être auteurs de violence dans un service d'urgence. Un service d'urgence mentionné dans la même étude présente un flux de 65000 patients par années (hôpital universitaire urbain aux États-Unis), cela représente une moyenne d'environ 178 patients par jour transitant par leur service d'urgence. En prenant la moyenne de patient potentiellement violent de l'étude, il y a donc un 1,28 patient potentiellement violent tous les deux jours dans ce service (Nikathil, Olaussen, Gocentas, Symons, & Mitra, 2017).

La violence physique peut s'illustrer par un agrippement, des coups de la main ouverte ou fermée directement contre le personnel soignant ou envers le matériel comme le fait de jeter un objet. D'autres types de violences dont les femmes sont principalement concernées peuvent être décrites comme le harcèlement sexuel s'illustrant par des remarques à caractère sexuel, des attouchements voire un viol. En effet, l'article de Nakaishi et al. (2013) décrit ces formes de violences physiques, non physiques et sexuelles en donnant pour exemple des témoignages de soignants.



Un autre aspect de la problématique de la violence au travail est celui du non-report par les travailleurs de la santé à leur ligne hiérarchique. Effectivement, il est courant sous divers prétextes que les professionnels de la santé acceptent la violence, décrivant celle-ci comme faisant partie du travail, ou exprimant encore un sentiment d'inefficacité au report des actes de violence (Chang, Hsu, & Ouyang, 2022; Copeland & Henry, 2017; Nakaishi et al., 2013). En effet, à la suite d'un report de violence, des infirmiers se sont retrouvés à plusieurs reprises face à une absence de réaction de leur hiérarchie. Selon l'un de nos entretiens, l'établissement où s'était déroulé un acte violent pouvait par exemple porter plainte contre la personne violente en cas de dégradation de matériel. Il était ensuite simplement conseillé à l'infirmier victime de violence d'entamer une poursuite judiciaire individuelle envers la personne.

De nombreuses études (Davids, Murphy, Moore, Wand, & Brown, 2021; Lau, Magarey, & McCutcheon, 2004; Nakaishi et al., 2013; Schablon et al., 2022) indique que la violence fréquente impacte le personnel soignant à court et long terme sur la perception de la qualité de travail. La fréquence de ces violences conduit certains soignants à changer de service, à l'épuisement professionnel, voire à se retirer de la profession. Il est aussi mentionné d'arrêts de travail pour cause de blessure. Ces articles mentionnent également que les infirmiers, à la suite des violences subies, ressentent des angoisses, de l'anxiété, de la colère, de la perte de confiance en soi, un sentiment élevé de stress, un épuisement professionnel, voire des symptômes de stress post-traumatique.

Il est reconnu dans les bases de données et rapporté lors de nos entretiens qu'une certaine catégorie de patients présente plus régulièrement des comportements violents. Selon Nikathil et al. (2017), les individus qui ont été auteurs de violence dans les services d'urgences étudiés sont à 45% des individus sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue . Il est aussi rapporté lors d'un entretien avec un expert en soins d'urgences que les profils présentant régulièrement des comportements violents sont particulièrement des patients présentant une psychopathologie borderline couplée ou non avec un comportement toxicomane.

La violence est inévitable dans les services d'urgences, ce constat a été relevé durant les entretiens réalisés par les auteurs et retrouvés dans la littérature (Ramacciati, Ceccagnoli, & Addey, 2015). Il est relevé à plusieurs reprises dans les précédentes sources citées que la violence est tolérée. Comme mentionné précédemment, les infirmiers acceptent la violence comme faisant partie de leur travail aux urgences.

En réaction à la violence, une étude australienne a démontré l'inefficacité de la politique de tolérance zéro face aux comportements violents, c'est-à-dire le fait de faire appel à un service de sécurité dès qu'un patient ou un visiteur démontre une certaine agressivité envers le personnel. Elle a mis en lumière le besoin de protocole, de formation et de compétences en désescalade de la violence afin de permettre aux soignants de savoir comment réagir et agir dans ces situations difficiles (Davids et al., 2021).

Plusieurs pistes ont déjà été explorées pour réagir à la violence dans les soins, cependant, il est rapporté dans les bases de données ainsi que dans la totalité de nos entretiens une certaine insuffisance de ces mesures ainsi qu'un besoin de formation à la gestion de la violence. En effet, au travers des entretiens réalisés et du contenu des bases de données explorées, il a été constaté que fréquemment seule une faible proportion du personnel infirmier aux urgences est formé à la gestion de la violence. Dans une étude réalisée dans un hôpital universitaire suisse (Hahn et al., 2012) l'auteure faisait état de 16% du personnel formé à la gestion de la violence.

Effectivement, le besoin de formation plus spécifique à cette thématique est relevé comme piste d'amélioration pour la pratique infirmière (Hsu, Chou, & Ouyang, 2022). D'un point de vue de la pratique, il est relevé au travers de nos entretiens que l'expertise d'urgence, une formation tenant sur deux ans, n'aborde que pendant cinq jours la question de la violence dans les soins de manière générale. Il en ressort un besoin général d'approfondissement de la part de l'expert en soins d'urgence.

Ci-dessus, plusieurs problèmes relatifs à la violence ont été relevés quant à leurs caractéristiques, fréquence, impact sur l'équipe soignante ainsi que quelques statistiques plus précises. Cependant, il existe d'autres problématiques liées aux services d'urgences, étant des facteurs déclencheurs de la violence. En effet, selon trois des entretiens réalisés, le manque de temps pour les patients décrit par le personnel soignant est l'un des principaux

générateurs de frustration pouvant conduire à la violence. Ce facteur est aussi décrit dans l'article de Hou et al. (2022).

Par ailleurs, l'attente à laquelle le patient peut faire face pour être prit en soin ou l'obtention d'un résultat d'examen est un facteur frustrant pouvant déclencher la violence de ceux-ci. Cette frustration peut aussi être vécue par le ou les proches qui accompagnent le patient (Hou, Corbally, & Timmins, 2022). Effectivement, il est fréquent qu'ils ne reçoivent aucune information de la situation de leur proche. Selon nos entretiens, ce facteur frustrant est combiné au fait que les personnes aux urgences ne comprennent pas toujours la priorisation des situations de soins.

Dans une étude qualitative effectuée en Irlande (Angland, Dowling, & Casey, 2014), les auteurs classent les facteurs de risque de la violence et de l'agression en deux grands groupes, les facteurs de communication et les facteurs environnementaux. Ces facteurs de risques ont été déterminés par des infirmiers travaillant dans une unité d'urgences. Les facteurs de communication comprennent les relations interpersonnelles, l'attitude du personnel, les peurs ou les vulnérabilités des patients. Les facteurs environnementaux comprennent le temps d'attente, le grand nombre de patients, les problèmes de sécurité et les problèmes liés au triage. Les agressions et la violence sont plus probable d'arriver dans la zone de triage aux urgences. De plus, l'étude mentionne l'agencement même de l'espace de l'unité de soins d'urgence. Cet aspect a aussi été relevé lors de l'un de nos entretiens. En effet, il a été souligné lors de l'entretien d'un expert en soins

d'urgence que la distance et le manque d'accessibilité de l'équipe soignante pouvaient être un facteur de risque important de la survenue de violence.

## **2.4 Pertinence de la question de recherche pour les soins infirmiers**

Les auteurs vont maintenant définir les quatre concepts du métaparadigme des soins infirmiers ainsi que les modes de savoir. De plus, ces différentes définitions seront liées à la question de recherche de ce travail.

Les quatre concepts du métaparadigme infirmier ont été définis par Kuhn en 1977, puis ils ont été étayés par Fawcett en 1984. Le métaparadigme est défini comme un concept global qui identifie les phénomènes d'intérêt centraux pour une discipline. Le métaparadigme est l'élément le plus abstrait et le plus général d'une discipline (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). Il permet donc un tour d'horizon rapide et global d'une discipline.

Ces concepts fondateurs du métaparadigme sont les soins infirmiers, la personne, la santé et l'environnement. Dans les paragraphes suivants, nous allons définir ces concepts selon Fawcett (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012) et allons les mettre en lien avec notre question de recherche.

**Le concept de la personne** est défini comme un individu reconnu dans une culture, dans une famille, dans une communauté ou tout autre groupe et qui bénéficie de soins infirmiers (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). Dans le cadre de notre question de départ, la personne est le patient dans un service d'urgence, sa famille, ses proches l'accompagnant qui pourraient présenter de la violence et le personnel hospitalier pouvant la subir.

À la suite de cela, elle définit le **concept de la santé** comme le processus humain de naître et de mourir. Il est courant que l'état de santé d'un individu l'amène à être hospitalisé au moins une fois dans sa vie et transite par un service d'urgence. Dans le cadre de notre question de recherche, le fait que la santé d'un individu soit touchée ou menacée pour qu'il se présente dans un service d'urgence ou qu'il y soit amené, par une ambulance par exemple, prend sens. Ce genre de situation pouvant être déstabilisante, il est possible qu'elles conduisent certains usagers à de la violence.

Le **concept de l'environnement** fait référence selon Fawcett (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012) aux êtres humains, à leurs proches et à leur environnement physique ainsi qu'aux cadres dans lesquels les soins infirmiers sont dispensés. Selon notre question de recherche, le concept de l'environnement représente celui du service d'urgence dans laquelle le patient est présent. Dans cela est inclus l'environnement global de l'hôpital, l'accueil administratif de l'unité, le secteur de triage, la salle d'attente, les différentes salles de soins et le bureau des soignants. Il est aussi compté dans l'environnement, la famille ou les proches du patient qui pourraient l'avoir accompagné. L'environnement du service d'urgence est recensé comme étant celui où la violence est inévitable dans le secteur hospitalier (Ramacciati et al., 2015).

Enfin, le **concept des soins infirmiers** est défini comme étant toutes les actions entreprises par les infirmiers envers les patients, en collaboration avec eux et le résultat de ces actions infirmières. Les actions infirmières sont

considérées comme un processus mutuel entre les patients et les infirmiers (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012).

Dans le cadre de la question de départ, le lien avec le concept de soins infirmiers s'illustre par l'équipe infirmière qui réalise des soins auprès du patient, même si celui-ci est violent. Cependant, les infirmiers aux urgences peuvent être perturbés et déstabilisés en fonction des violences au travail qu'ils subissent, ainsi leur prise en soin peut être impactée.

Dans cette sous-partie, les différents **modes de savoirs infirmiers** vont être définis. Les différentes définitions de ceux-ci sont issues de l'article «Knowledge development in nursing» (Chinn & Kramer, 2015).

**L'empirisme** fait appel aux différents sens tels que la vue, le toucher et l'ouïe. Ces sens sont le fondement des connaissances humaines. Ce sont les expériences qui fondent la connaissance et c'est l'expérience qui est le fondement. Cette méthode fait donc appel à l'expérience, l'observation et la documentation de plusieurs personnes qui observent. Autrement dit, la connaissance empirique fait appel à notre pratique et à l'accord commun d'une réalité objective observée par plusieurs personnes (Chinn & Kramer, 2015). L'observation d'une fréquence importante de la violence au sens large du thème est rapportée dans la totalité de nos entretiens. Ce constat se retrouve également dans plusieurs études issues de la littérature (Babiarczyk et al., 2019; Hartley et al., 2019; Nikathil et al., 2017; Schablon et al., 2022). L'infirmier aux urgences doit donc répertorier la violence, laisser une description des événements produits afin de pouvoir corroborer les actes de

violence avec d'autres services d'urgences. Ainsi, les connaissances recueillies seront empiriques.

**Le mode de savoir esthétique** fait quant à lui appel aux ressources intérieures de l'infirmier afin d'apprécier une situation de sorte à la transformer en ce qui n'est pas encore réel, autrement dit à la créativité (Chinn & Kramer, 2015). Ce mode permet ainsi de percevoir le sens de l'instant vécu et connecte l'infirmier aux expériences humaines vécues de manière unique pour chaque personne. L'esthétisme est le fond et la forme des interactions entre le patient violent et l'infirmier. Lorsque le patient peut devenir violent, l'infirmier peut faire appel à son savoir esthétique pour transformer la situation en ce qui n'est pas encore, en autre chose qu'une situation violente.

L'infirmier doit compatir à la souffrance du patient, valider sa souffrance et montrer de l'empathie. Son attitude doit être à la fois authentique et respectueuse même si le patient est violent. L'authenticité et la transparence dans les échanges avec les patients permettront une meilleure compréhension et une meilleure communication. Le manque d'informations ou de communication est un élément récurrent qui peut cristalliser des situations et peut induire une escalade de violence chez un patient selon nos entretiens.

**Le mode de savoir personnel** vise à être conscient de son Soi et de l'image de soi par les autres, il amène à la conscience et à l'authenticité (Chinn & Kramer, 2015). La pleine conscience de son Soi permet de rendre possible une interaction humaine significative. Sans cela, l'utilisation thérapeutique du Soi dans les soins infirmiers ne serait pas possible.



Dans le cas de la question de départ, le mode de savoir personnel sera d'une part de se connaître en tant que soignant face à la violence, mais également de s'efforcer à comprendre la personnalité de l'individu violent. Il s'agit de chercher à comprendre les sentiments de l'autre, à le comprendre dans sa situation et d'être authentique dans les interactions avec le patient.

La composante morale du savoir en soins infirmiers correspond **à la connaissance éthique** (Chinn & Kramer, 2015). Dans les soins infirmiers, l'éthique se traduit par la capacité de jugement de ce qui doit être réalisé, c'est-à-dire de ce qu'il est bon de faire dans la situation du moment pour un patient donné. Dans certaines situations de soins, il arrive de devoir faire face à un dilemme éthique lorsque l'on est confronté à des valeurs opposées. La connaissance des principes éthiques fondamentaux ainsi que les idéaux philosophiques sur lesquels reposent les décisions éthiques sont des éléments importants dans le rôle infirmier (Chinn & Kramer, 2015).

Pour faire le lien avec la question de départ, la composante morale va particulièrement intervenir dans l'attitude de l'équipe soignante et donc des infirmiers lors de la prise en soins d'un patient violent envers eux. L'équipe pluridisciplinaire devra savoir se positionner justement et agir sans jugement moral, quelle que soit la situation. Dans les soins, notre rôle infirmier est d'apporter des soins de qualité en ayant une posture respectueuse des droits de l'homme, des valeurs, des coutumes et des croyances du patient (code de déontologie du CII pour la profession infirmière, 2021).

**La connaissance émancipatrice** (Chinn & Kramer, 2015) correspond au fait d'être conscient de l'état actuel, social, culturel et politique et d'avoir une réflexion objective de ceux-ci. Il s'agit également de tenter de comprendre quel a été le processus pour parvenir à cet état. La connaissance émancipatrice veut susciter la mise en place d'actions afin de lutter contre les inégalités et les injustices. Il faut comprendre les contextes sociaux, culturels et politiques, qui modèlent et qui agissent sur la connaissance et le savoir.

Pour faire le lien avec la question de recherche, la connaissance émancipatrice est le fait de comprendre les processus sociaux, culturels et politiques qui entraînent entre autres des actes de violence envers les soignants dans les services d'urgences. La connaissance émancipatrice sert ainsi à comprendre quelles peuvent être les actions qui pourraient être proposées et mises en place afin d'améliorer la situation au niveau sociétal (Chinn & Kramer, 2015) et qui auraient un impact dans les soins.

## **2.5 Concepts pertinents retenus**

Les auteurs vont maintenant définir les différents concepts centraux qui englobent notre sujet. Les concepts suivants retenus comme les plus pertinents pour notre travail d'étude sont : la violence au travail, les services d'urgences et la prévention de la violence au sein des services d'urgences.

À la suite des recherches et des entretiens, les auteurs ont réalisé qu'il n'y a pas de consensus sur la définition de la violence dans les soins. Néanmoins, il existe une définition de l'Organisation mondiale de la santé pour

la violence au travail. Dans le paragraphe suivant, le concept de la violence au travail va être défini.

Le concept de violence au travail définit la violence sur la place de travail de manière générale, elle peut se manifester entre des clients et des employés, entre des collègues ou entre des supérieurs hiérarchiques et leurs employés. La violence au travail est un concept reconnu comme étant problématique par l'OMS depuis déjà une vingtaine d'années (World Health Organisation, 2002). La violence au travail se définit comme un événement où un individu est agressé dans son travail. Cette violence peut être d'ordre physique, mais cela peut être aussi de la violence verbale. Cette violence au travail induit un risque pour la sécurité, le bien-être et la santé de l'individu (Of & International, 2002). Dans l'article d'Al-Qadi (2021), l'auteur émet une proposition pour définir la violence au travail dans les soins infirmiers. Selon lui, la violence dans le milieu du travail comprend différents types d'actions qui entraînent un risque ou une atteinte physique ou psychique pour un individu ou un groupe d'individus. Selon l'OMS, la violence peut alors prendre différentes formes. Il s'agit d'un acte qui peut entraîner des blessures. La violence est souvent connotée comme un acte qui est dirigé envers autrui, on parle alors d'hétéro agression, cependant, la violence peut être aussi dirigée envers soi-même, nous parlons alors d'auto-agressivité (World Health Organisation, 2022). La violence au travail peut aussi être psychologique et prendre la forme de harcèlement qui consiste en une atteinte à la dignité de la personne visée et qui a un impact sur sa santé physique ou mentale. Une autre forme de la violence au travail

est l'intimidation qui consiste en un comportement menaçant qui a pour objectif de léser ou d'abuser d'un individu. Les intimidations comprennent par exemple les jurons, les rumeurs ou encore les intimidations sexuelles (Nakaishi et al., 2013).

La prévention de la violence consiste à améliorer la santé et la sécurité des individus en agissant sur les facteurs de risque qui vont influencer si l'individu est victime ou acteur de violence. L'objectif est de réduire le nombre de cas de violence. L'OMS met en avant principalement l'identification de la typologie de la violence (autodirigée, interpersonnelle et collective) et une approche par la santé publique (World Health Organisation, 2022a). La prévention de manière générale comprend trois niveaux distincts. Dans le cas de ce travail, les auteurs ont défini chacun de ces trois niveaux en lien avec la prévention de la violence en illustrant leur propos par des exemples. La prévention primaire, en premier lieu, a pour objectif d'éviter la survenue de comportements violents chez l'individu. Ensuite, la prévention secondaire a pour objectif de stopper le développement de la violence lorsqu'elle est présente. Enfin, la prévention tertiaire, quant à elle, va agir dans la réinsertion des auteurs de violences ou des personnes ayant été victimes de violences.

La prévention de la violence n'est efficace et réalisable que si l'ensemble de la société est impliqué (Carnochan, Butchart, Feucht, Mikton, & Shepherd, 2010). Il y a différents types de formations à la prévention de la violence spécialement adaptées pour le personnel soignant. Il existe des formations hybrides (théorie et simulation), des formations via internet ou en présentiel.

Des formations de ce type existent en Suisse, elles sont proposées par différentes institutions, telles que des hôpitaux (CHUV, 2023), des hautes écoles (HETS-FR, 2023), mais aussi dans des centres de formation indépendants (Espace Compétences SA, 2023).

Dans le cadre de la prévention, la désescalade est une des premières actions mises en place par le personnel soignant lorsqu'il est confronté à un individu violent ou potentiellement violent. Il s'agit de mettre en place des habiletés de communication et d'actions permettant de réduire ou de stopper la violence du patient (Hallett & Dickens, 2017).

La plupart des départements d'urgences, dans les hôpitaux, font référence à un service qui accueille des malades et des blessés toute l'année, qui ont besoin de soins immédiats (« Emergency department - Health, United States », 2022). Tous types de population sont rencontrés dans ces unités. En fonction des institutions, il y aura même une segmentarisation avec un espace pour les urgences somatiques, psychiatriques et pédiatriques. L'enjeu de ce service, quel que soit le motif d'admission, est de faire une première évaluation de l'état de santé, d'établir un diagnostic, de réaliser les soins immédiats requis et de stabiliser le patient. En Suisse, ces unités sont en lien direct avec les ambulanciers, la REGA et le SMUR (« Service des urgences - Accueil - CHUV », 2023). Dans les services d'urgences, le personnel infirmier est en première ligne pour accueillir les patients ayant besoin de soins d'urgences spécialisés. Il doit être capable d'évaluer la gravité de la situation du patient et de coordonner les soins nécessaires aux patients. Il doit également gérer le stress

généralisé par les différentes situations urgentes auxquelles il est confronté (CHUV, 2020; HUG, 2022).

À la suite de cette sous-partie, les auteurs vont aborder les perspectives et les propositions que la problématique de ce travail peut apporter pour la pratique.

## **2.6 Perspectives pour la pratique**

Cette partie va présenter les perspectives et propositions pour l'avenir de la pratique infirmière en se basant sur les informations recueillies lors de nos entretiens et de la revue exploratoire menée précédemment.

Lors de nos entretiens, il a d'abord été soutenu par toutes les parties interviewées que les comportements agressifs étaient quelque chose de fréquent dans leur service d'urgence respectif. Ces actes pouvaient se caractériser par des injures, des comportements à caractère sexuel et de l'hétéro agressivités physiques envers le personnel infirmier. Les auteurs ont donc recherché dans la littérature une quantification de la violence au travers de plusieurs études afin d'éclaircir la déclaration faite dans les entretiens. En reprenant les chiffres de plusieurs articles cités plus haut (Hartley et al., 2019; Schablon et al., 2022), en moyenne, 90% du personnel infirmier a au moins fait face une fois à une agression verbale au cours de sa dernière année de travail. De plus, un service d'urgence peut faire face à de la violence de manière hebdomadaire.

Au cours de l'entretien d'un infirmier expert en soins d'urgence, il a été partagé avec les auteurs que le service dans lequel il travaillait avait un infirmier spécialisé en psychiatrie. Cet infirmier était de garde dans le service afin de prendre en soins maximums de patients pouvant potentiellement présenter des violences. Cet infirmier s'occupait en priorité des patients étant admis pour un motif psychiatrique. Cette méthode de fonctionnement peut être appuyée par l'étude de Nikathil et al. (2017), qui constate que la population de patients présentant le plus régulièrement des violences aux urgences avait un diagnostic d'entrée psychiatrique ou ayant des comorbidités de consommation de toxiques (Nikathil et al., 2017).

Au cours de la revue exploratoire, il a été relevé un manque des signalements de la violence par le personnel infirmier. Ce manque de signalement était motivé par un sentiment d'absence de réaction de leur ligne hiérarchique à la suite de violence subie. Les infirmiers présents dans l'étude étant simplement incités à porter plainte auprès de la police ou de rompre leur prestation envers le patient en question (Nakaishi et al., 2013).

Au travers des entretiens et de la revue exploratoire est revenu un sentiment général de manque de préparation aux situations de violence auxquelles les infirmiers peuvent faire face.

Pour finir, la revue exploratoire montre aux auteurs l'existence de formation à la gestion de la violence. Celles-ci permettaient de réduire la fréquence d'actes violents dans les services testés (Hemati-Esmaili, Heshmati-Nabavi, Pouresmail, Mazlom, & Reihani, 2018; Wirth, Peters,

Nienhaus, & Schablon, 2021) et augmentaient le niveau de confiance du personnel soignant face à la possibilité de prise en soins de patient potentiellement violent (Chang et al., 2022; Wirth et al., 2021). Cependant, les entretiens et l'étude suisse de Hahn et al. (2012) ont révélé un faible taux de formation à la gestion de la violence. La perspective principale de notre TB est donc de démontrer l'efficacité de la formation à la prévention de la violence et de déterminer quelles sont les techniques de prévention en question. À leur échelle, les auteurs espèrent aussi encourager les institutions suisses à former son personnel d'urgence à la prévention de la violence.



## **Chapitre 3 : Champs disciplinaires infirmiers**

Dans ce troisième chapitre, les auteurs vont présenter l'ancrage disciplinaire choisi pour leur question de recherche.

### **3.1 Cadre théorique**

Le cadre théorique choisi pour ce travail de Bachelor est la théorie de l'atteinte des objectifs d'Imogene King, qui est une théorie de niveau intermédiaire. Imogene King est une infirmière américaine et professeure à l'Université d'Ohio (Alligood, 2017). Elle a développé sa théorie dans les années 1970 et l'a finalisée en 1981.

### **3.2 Principaux concepts et structure de la théorie**

La théorie d'Imogene King s'inscrit dans le paradigme de l'intégration et de manière plus précise, elle appartient à l'école de pensée de l'interaction (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017).

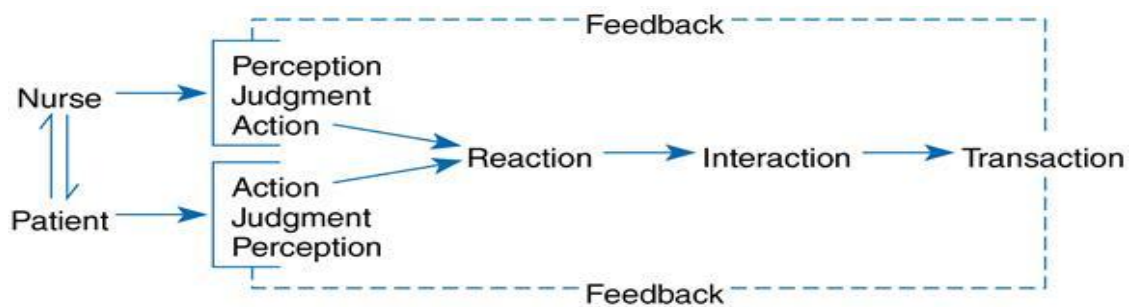
Le modèle de King est basé sur trois concepts principaux (Alligood, 2017) : les systèmes sociaux, les interactions personnelles et la perception. Les systèmes sociaux sont les différents environnements dans lesquels évolue le patient, tels que la famille, la communauté et le milieu hospitalier. Les interactions personnelles se réfèrent aux relations entre l'infirmier et le patient, ainsi qu'à leur communication. Enfin, la perception concerne la façon dont le patient perçoit sa situation et son état de santé.

Selon King, la relation entre l'infirmier et le patient doit être centrée sur le patient et doit être basée sur la confiance, le respect et l'empathie (Alligood, 2017). L'infirmier doit comprendre les perceptions du patient et les facteurs

qui influencent ses comportements de santé. En outre, l'infirmier doit aider le patient à atteindre ses objectifs en lui fournissant des informations et en l'aidant à élaborer un plan de soins personnalisé.

Ce plan de soins personnalisé se réalise à l'aide du modèle de transactions (Alligood, 2017). Ce modèle démontre l'interaction entre l'infirmier et le patient où ceux-ci ont une perception, un jugement et réalisent une action qui amène l'un comme l'autre à avoir une réaction. Cette réaction mène à une interaction, qui se suit d'une transaction. Cette transaction se conclut par un feedback qui revient au moment de perception, jugement et action, ce qui répète le cycle. La figure 1 ci-dessous représente de façon schématique le modèle de la transaction. .

*Figure 1 : Modèle de la transaction (Alligood, 2017)*



Pour illustrer de manière simple le modèle de transaction dans un contexte d'urgence, il est possible de prendre un exemple courant.

Un patient est accueilli dans un service d'urgence et rencontre l'infirmier qui le prend en soins dans le service. Leur première rencontre représente le moment où ils se perçoivent, le patient voit un infirmier tandis que l'infirmier voit un patient. Ils se jugent, le patient peut juger l'infirmier comme étant

disponible ou non et l'infirmier peut juger le patient comme étant prioritaire ou secondaire dans son plan de travail. Une action s'en résulte : l'infirmier considère comme non prioritaire le patient en comparaison à d'autres et prévoit de réaliser ses soins au patient dans une heure tandis que le patient attend. Après plus d'une heure et l'infirmier n'étant pas encore passés auprès du patient, c'est l'étape de la réaction. Le patient sonne tandis que l'infirmier répond à la sonnette. À partir de là, l'étape de l'interaction commence. Dans cette interaction, le patient ne comprend pas l'attente à laquelle il doit faire face et se demande s'il a été oublié. Alors que l'infirmier lui explique qu'un imprévu dans sa planification l'a empêché de se rendre comme prévu auprès du patient à l'heure convenue précédemment tout en présentant ses excuses. L'infirmier explique donc qu'il doit encore réaliser un soin d'une quinzaine de minutes et qu'après celui-ci, il s'occupera du patient. Le moment de la transaction, le patient accepte d'attendre quinze minutes supplémentaires avant sa prise en soins et l'infirmier arrive effectivement à se rendre auprès de lui au bout de quinze minutes. Lorsque l'infirmier et le patient se retrouvent, ils réalisent un feedback. Le patient exprime une certaine angoisse dans ce contexte d'urgence face à l'attente. Le cycle recommence et la situation revient où l'infirmier et le patient se perçoivent et se jugent mutuellement tout en faisant une action poursuivant le cycle. L'intérêt de la maîtrise de ce schéma sera donc par la suite de planifier et d'adapter sa prise en soins aux besoins spécifiques du patient dans la suite des soins.

### **3.3 Justification de la théorie et mise en lien avec la thématique**

La théorie d'Imogene King est une théorie de la pratique infirmière qui s'intéresse à la manière dont les infirmiers peuvent aider les patients à atteindre leurs objectifs de santé (Alligood, 2017).

L'un des principaux avantages de la théorie d'Imogene King est qu'elle est simple d'accès, car tous ses concepts sont issus de la littérature de recherche. Aussi ses concepts sont définis et illustrés concrètement. La théorie fournit un cadre de travail pour les infirmières afin de comprendre les comportements des patients et les facteurs qui peuvent influencer leur santé. La théorie considère que les patients sont des êtres complexes avec des besoins physiques, émotionnels et sociaux. Elle reconnaît également l'importance de l'environnement dans lequel le patient évolue et comment cela peut affecter sa santé.

La théorie d'Imogene King est également utile, car elle fournit une structure pour la pratique infirmière. Elle encourage les infirmières à établir une relation de confiance avec leurs patients, à comprendre leurs besoins et à élaborer un plan de soins individualisé pour chaque patient (Alligood, 2017). En outre, la théorie met l'accent sur l'importance de la communication entre l'infirmière et le patient, ainsi que sur la nécessité d'impliquer le patient dans son propre processus de guérison (Alligood, 2017).

Enfin, la théorie d'Imogene King est importante, car elle a été largement utilisée dans la recherche en sciences infirmières. Elle a été testée et validée empiriquement, ce qui en fait une base solide pour les pratiques de soins infirmiers et pour la formation des infirmières (Alligood, 2017).

## **Chapitre 4 : Méthode**

Dans ce chapitre quatre, les auteurs ont décrit le processus de recherche d'articles scientifiques à partir de leur question de recherche qui a été transformé selon la nomenclature PICOT. Cette typologie permet de clairement séquencer la question de recherche en mots-clés. Le processus de recherche d'articles scientifiques aboutit à la présentation des articles sélectionnés.

#### **4.1 Question de recherche et formulation PICOT**

Grâce à la revue exploratoire ainsi qu'aux concepts définis, les auteurs ont pu élargir leurs connaissances et obtenir une vision plus globale de leur question de recherche: "Dans quelle mesure l'infirmier peut-il améliorer les problématiques de violence des usagers, liées aux caractéristiques d'un service d'urgence ?".

Cela leur a permis d'identifier trois composantes de la méthodologie PICOT (Melnik & Fineout-Overholt, 2019). Dans un premier temps, la population est représentée par les usagers des services d'urgences. Les auteurs entendent par le terme d'usagers les patients ainsi que les potentiels visiteurs, en général composé de membres de la famille des patients ou de proches au sens large (P). L'intervention (I) consiste quant à elle à prévenir (ou) anticiper (ou) contenir la survenue de violence envers le personnel soignant par la population définie. Le résultat (*Outcome*) (O) sera de déterminer les interventions les plus efficaces visant à réduire la violence



dans les services d'urgences. Les notions de comparaisons (C) et temporalité (T) n'ont pas été retenues par les auteurs.

*Tableau 1: Question format PICOT*

<b>Format PICOT</b>	<b>Description</b>
P : Patient, population, maladie	Usagers violents des services d'urgences
I : Intervention, sujet d'intérêt	Prévention et gestion de la violence
C : Comparaison	/
O : Outcome, résultats, but	Les interventions les plus efficaces visant à réduire la violence
T : Temporalité, temps	/

La question de recherche selon la typologie PICOT est la suivante  
**“Quelles sont les approches les plus efficaces à appliquer par le personnel soignant afin de prévenir/anticiper/contenir les violences des usagers des services d'urgence ?”.**

Selon Melnyk & Fineout-Overholt (2019), cette question de recherche est de type intervention, car elle vise à déterminer les effets de différentes interventions dans la perspective d'améliorer les conditions de soins des patients.

À partir de cette question de recherche, la méthodologie de sélection des articles scientifiques va être démontrée dans la prochaine partie.

## 4.2 Descripteurs des bases de données

Dans le but de pouvoir effectuer les différentes recherches sur les bases de données CINAHL, PUBMED, PSYCHINFO et Medline, les auteurs ont dû déterminer des mots-clés tirés de la question PICOT. Ces mots-clés ont ensuite été traduits en anglais, puis ils ont été transformés en descripteurs correspondant aux différentes bases de données. Ces descripteurs sont présentés dans le tableau ci-dessous. Après de multiples recherches sur les bases de données, certains descripteurs ont été démultipliés en plusieurs déclinaisons afin d'élargir la possibilité des résultats.

*Tableau 2: Descripteurs*

	<b>Mots-clés (français)</b>	<b>Mots-clés (anglais)</b>	<b>Descripteurs MESH: PubMed &amp; Medline</b>	<b>Descripteurs: CINHAL</b>	<b>Descripteurs: Psychinfo</b>
<b>P</b>	Usagers violents; services d'urgences	violent user; emergency department	Emergency room; Emergency department; violent patient behavior	Emergency; Emergency department; patient;	emergency; Emergency department; Emergency room
<b>I</b>	Interventions efficientes;	effective interventions;	effective intervention;	effective intervention; intervention; de-escalation	interventions; effective intervention
<b>C</b>	/	/	/	/	/
<b>O</b>	Prévention, gestion de la violence	prevention, management of violence,	violence prevention; management	violence prevention	violence prevention
<b>T</b>	/	/	/	/	/

Ces différents descripteurs ont ensuite été utilisés pour former les différentes équations de recherche dans les différentes bases de données mentionnées précédemment.

### **4.3 Critères de sélection des articles**

Concernant les critères d'inclusion, les auteurs avaient pour obligation de sélectionner des articles datant de moins de dix ans dans le but de s'appuyer sur des données récentes. De plus, un filtre de langue a été appliqué pour ne trouver que des articles en anglais, dans un but de compréhension. Les articles sélectionnés devaient avoir un niveau de preuve II à VI, sans le V. Les critères d'exclusions étaient les articles datant de plus de 10 ans et les articles correspondants au niveau de preuve I n'ont pas été retenus, c'est-à-dire les revues systématiques, les méta-analyses et les guidelines.

### **4.4 Stratégie de sélection des articles**

Les auteurs ont ensuite été testés sur les différentes bases de données mentionnées précédemment dans les équations de recherche que l'on peut trouver en dessous. À la suite de l'entrée de nos équations sur les bases de données, les articles étaient d'abord sélectionnés en fonction du titre. Si celui-ci correspondait à notre thématique de recherche, nous lisions ensuite l'abstract. Enfin, dans un troisième temps, si l'abstract coïncidait avec notre question de recherche et évoquait des méthodes préventives réduisant la violence, nous lisions l'ensemble de l'article afin de valider ou non sa sélection pour l'analyse avec la grille Tétreault.

Dans le tableau 3, toutes les équations qui ont permis de sélectionner les articles pour l'analyse sont regroupées. Ces différentes équations présentées ont permis de sélectionner 10 articles. Les équations n'ayant eu aucun résultat ou qui n'ont pas permis de retenir d'article pour l'analyse n'ont pas été intégrées. Durant ce processus de sélection, les doublons, les articles de niveau de preuve I et V et les articles qui ne répondaient pas à notre question de recherche ont été éliminés.

*Tableau 3: Équations de recherche*

<b>Base de données</b>	<b>Descripteurs</b>	<b>Equations</b>	<b>Filtres - restrictions</b>	<b>Résultats obtenus</b>	<b>Lecture abstract</b>	<b>Nombre articles retenus</b>
CINHAL	Emergency; Violence prevention; De-escalation	AND	moins de 10 ans; anglais	15	3	1
PUBMED	Emergency room; effective interventions; violence prevention	AND	moins de 10 ans ; anglais	18	2	1
PUBMED	Management; patients with violent behavior; Emergency	AND	moins de 10 ans ; anglais	175	8	3
MEDLINE	Emergency department; Violence prevention; effective interventions	AND	moins de 10 ans ; anglais	82	5	4
PSYCHINFO	Emergency department; violence prevention; interventions	AND	moins de 10 ans ; anglais	384	7	1

#### 4.5 Liste des articles sélectionnés

Après la réalisation de ces différentes équations, voici les 10 articles sélectionnés avec leur référence, leur niveau de preuve et leur impact factor.

**Article 1 (Appendice 1):** recherche effectuée sur Medline (Web of Science) avec l'équation: "Emergency department AND Violence preventions AND effective interventions ". Il s'agit de l'article:

Gerdtz, M. F., Daniel, C., Dearie, V., Prematunga, R., Bamert, M., & Duxbury, J. (2013). The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: A multi-site evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1434–1445.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.007>

Impact factor: 6.612      Niveau de preuve: IV

**Article 2 (Appendice 2):** recherche effectuée sur PSYCHINFO avec l'équation: "Emergency department AND violence prevention AND interventions". Il s'agit de l'article:

Arnetz, J. E., Hamblin, L., Russell, J., Upfal, M. J., Luborsky, M., Janisse, J., & Essenmacher, L. (2017). Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 59(1), 18–27.  
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000909>

Impact factor: 2.306      Niveau de preuve: II

**Article 3: (Appendice 3):** recherche effectuée sur Medline (Web of Science) avec l'équation: "Emergency department AND violence prevention AND effective interventions". Il s'agit de l'article:

Ming, J.-L., Huang, H.-M., Hung, S.-P., Chang, C.-I., Hsu, Y.-S., Tzeng, Y.-M., Huang, H.-Y., & Hsu, T.-F. (2019). Using Simulation Training to Promote Nurses' Effective Handling of Workplace Violence: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3648. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193648>

Impact factor: 4.614      Niveau de preuve: IV

**Article 4: (Appendice 4):** recherche effectuée sur PUBMED avec l'équation: "emergency AND management AND patient with violent behavior". Il s'agit de l'article:

Christensen, S. S., Lassche, M., Banks, D., Smith, G., & Inzunza, T. M. (2022). Reducing Patient Aggression Through a Nonviolent Patient De-escalation Program: A Descriptive Quality Improvement Process. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(4), 297–305. <https://doi.org/10.1111/wvn.12540>

Impact factor: 4.347      Niveau de preuve: III

**Article 5: (Appendice 5):** recherche effectuée sur Medline (Web of Science) avec l'équation: "emergency department AND violence AND effective interventions". Il s'agit de l'article:

Baig, L. A., Tanzil, S., Shaikh, S., Hashmi, I., Khan, M. A., & Polkowski, M. (2018). Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in a public sector hospital of Karachi. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(2).  
<https://doi.org/10.12669/pjms.342.14432>

Impact factor: 2.340      Niveau de preuve: IV (control study)

**Article 6: (Appendice 6):** recherche effectuée sur Medline (Web of Science) avec l'équation: "emergency department AND violence AND effective interventions". Il s'agit de l'article:

Reißmann, S., Wirth, T., Beringer, V., Groneberg, D. A., Nienhaus, A., Harth, V., & Mache, S. (2023). "I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in German emergency departments – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 97.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09044-z>

Impact factor: 2.908      Niveau de preuve: VI



**Article 7: (Appendice 7):** recherche effectuée sur CINAHAL avec l'équation: "Emergency AND violence prevention AND De-escalation". Il s'agit de l'article:

Spelten, E., van Vuuren, J., O'Meara, P., Thomas, B., Grenier, M., Ferron, R., Helmer, J., & Agarwal, G. (2022). Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Worker's use? *BMC Emergency Medicine*, 22(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00621-9>

Impact factor: 2.485      Niveau de preuve: V

**Article 8: (Appendice 8):** recherche effectuée sur PUBMED avec l'équation: "emergency room AND effective interventions AND violence prevention". Il s'agit de l'article:

Chang, Y.-C., Hsu, M.-C., & Ouyang, W.-C. (2022). Effects of Integrated Workplace Violence Management Intervention on Occupational Coping Self-Efficacy, Goal Commitment, Attitudes, and Confidence in Emergency Department Nurses: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2835. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052835>

Impact factor: 4.614      Niveau de preuve: II

**Article 9: (Appendice 9):** recherche effectuée sur PUBMED avec l'équation: "Management AND patient with violent behavior AND emergency".

Il s'agit de l'article:

Davids, J., Murphy, M., Moore, N., Wand, T., & Brown, M. (2021). Exploring staff experiences: A case for redesigning the response to aggression and violence in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 57, 101017. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101017>

Impact factor: 2.613      Niveau de preuve: VI

**Article 10: (Appendice 10):** recherche effectuée sur PUBMED avec l'équation: "management AND patient with violent behavior AND emergency".

Il s'agit de l'article:

Adeniyi, O. V., & Puzi, N. (2021). Management approach of patients with violent and aggressive behaviour in a district hospital setting in South Africa. *South African Family Practice*, 63(1). <https://doi.org/10.4102/safp.v63i1.5393>

Impact factor: 0.20      Niveau de preuve: VI

Après avoir présenté les différents articles sélectionnés, les auteurs vont présenter, dans le chapitre suivant, une synthèse de l'ensemble des résultats issus de ces articles.

## **Chapitre 5 : Synthèse des résultats**

Le présent chapitre contient un résumé des différents articles analysés pour ce travail. Ces résumés ont permis aux auteurs d'identifier plusieurs thèmes distincts. Par la suite, une synthèse de ces thèmes liés à notre question PICOT sera présentée. Les recommandations et suggestions seront également présentes.

### **5.1 Résumé des articles**

Dans cette sous-partie, les différents articles sélectionnés sont présentés de façon succincte.

#### **Article 1**

*The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: A multi-site evaluation.* (Gerdtz et al., 2013)

Le premier article est une étude mixte réalisée en Australie qui a été publiée en 2013. L'objectif de cette recherche est d'observer l'impact d'un programme de formation court (45 minutes) sur l'attitude des soignants vis-à-vis des patients agressifs. L'étude quantitative a été réalisée auprès de 471 infirmiers qui ont suivi le programme de formation et qui ont répondu au prétest et au post-test. Tandis que l'étude qualitative a été réalisée par des entretiens auprès de 28 infirmiers-cadres spécialisés en urgence. Les principaux résultats de l'étude sont que les infirmiers participants au programme ont été plus attentifs à leur sécurité et à leur environnement dans

les situations de patients agressifs. Les formateurs participant à l'étude qualitative ont rapporté qu'ils avaient remarqué l'impact positif sur les membres de leur personnel en matière de compétences en communication pour désamorcer des situations de patients agressifs.

## **Article 2**

*Preventing patient-to-worker violence in hospitals: outcome of a randomized controlled intervention.* (Arnetz et al., 2017)

Le second article est une étude randomisée contrôlée réalisée aux États-Unis en 2018. L'objectif de cette recherche est d'étudier comment le personnel hospitalier qualifié reconnaît et réagit face aux patients violents. L'échantillon était composé de 23 participants et la collecte des données a été réalisée par des entretiens individuels. Les principaux résultats de l'étude sont que les soignants qui ont été qualifiés avaient exprimé davantage d'empathie envers les patients agressifs, ils arrivaient à ne pas prendre personnellement l'agressivité exprimée par les patients et ils ont décrit des stratégies pour établir un lien de confiance avec le patient agressif.

## **Article 3**

*Using Simulation Training to Promote Nurses' Effective Handling of Workplace Violence: A Quasi-Experimental Study.* (Ming et al., 2019)

Le troisième article sélectionné est une étude quasi expérimentale réalisée à Taïwan et publiée en 2019. L'objectif de cette recherche était

d'examiner l'efficacité d'une formation par simulation par situation sur le concept de la violence au travail et sur la confiance en soi du personnel infirmier à faire face à la violence. L'échantillon était composé de 66 infirmiers. Les principaux résultats de l'étude montrent que les participants avaient une meilleure confiance en soi vis-à-vis de la violence sur leur lieu de travail et une envie plus forte de se former à la prévention de la violence.

#### **Article 4**

*Reducing Patient Aggression Through a Nonviolent Patient De-escalation Program: A Descriptive Quality Improvement Process.* (Christensen, Lassche, Banks, Smith, & Inzunza, 2022)

Ce quatrième article est une étude qualitative quasi expérimentale réalisée aux États-Unis et publiée en 2021. L'objectif de cette recherche est de mettre en place un programme de désamorçage et de signalement des patients violents en collaboration avec l'équipe de sécurité. L'échantillon était décomposé en 3 sous-groupes, un groupe de référence de 302 soignants, un groupe pilote de 43 infirmiers ayant répondu au prétest puis au post-test après avoir suivi le programme de formation. Les principaux résultats sont que les soignants ayant suivi le programme de formation se sentaient davantage en mesure de gérer les conflits, d'utiliser des techniques de désescalade et de communication pour réduire les comportements agressifs.

## Article 5

*Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by healthcare providers in public sector hospitals of Karachi.* (Baig et al., 2018)

Le cinquième article sélectionné est une étude quasi expérimentale avec un devis mixte réalisée au Pakistan et publiée en 2018. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la formation à la prévention de la violence et à la désescalade de la violence. L'échantillon de cette recherche, pour la partie intervention, était composé d'un groupe intervention de 71 participants et d'un groupe contrôle de 70 participants. Il y avait également des groupes de discussion composés de 30 participants. Le principal résultat de la partie quantitative est que les participants ayant reçu la formation avaient davantage confiance en eux. Le principal résultat des groupes de discussion est que les formations à la désescalade devraient être institutionnalisées et dispensées dans les formations de médecine et de soins infirmiers.

## Article 6

*"I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in German emergency departments – a qualitative study.* (Reißmann et al., 2023)

Le sixième article sélectionné est une étude qualitative réalisée en Allemagne et publiée en 2023. L'objectif de cette étude est de déterminer la

perception de l'équipe d'un service d'urgences sur les mesures de prévention disponible, leur efficacité, les obstacles et les besoins supplémentaires en matière de prévention de la violence. L'échantillon était composé de 27 participants. Les principaux axes qui sont ressortis des entretiens sont l'efficacité de la communication et la présence d'un service de sécurité. Les principales difficultés qui ressortent sont les contraintes financières, le manque de personnel, l'absence de lignes directrices concernant la prévention de la violence et l'absence d'outils de dépistage.

## **Article 7**

*Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Workers use?* (Spelten et al., 2022)

Le septième article sélectionné est une étude qualitative descriptive réalisée en Australie et publiée en 2022. L'objectif de cette étude est de déterminer et d'examiner les approches adoptées par les professionnels des services d'urgences pour faire face à la violence des patients et des proches. L'échantillon de cette recherche était de 25 participants répartis en 5 groupes de discussion. Les principaux sujets de discussion ressortis de cette étude sont la formation et les outils de communications, le soutien, le droit au refus de soins, les stratégies de prévention, la communication entre les organisations, le signalement puis la répartition des cas et pour finir, l'uniforme.



## Article 8

*Effects of Integrated Workplace Violence Management Intervention on Occupational Coping Self-Efficacy, Goal Commitment, Attitudes, and Confidence in Emergency Department Nurses: A Cluster-Randomized Controlled Trial.* (Chang et al., 2022)

Le huitième article sélectionné est un essai contrôlé randomisé en grappe réalisé à Taiwan et publié en 2022. L'objectif de cette étude est de vérifier le bon fonctionnement d'un programme formation de prévention et de gestion de la violence envers le personnel soignant d'un département d'urgence. L'échantillon est composé de 75 infirmiers. Les principaux résultats sont que les infirmiers participants ont eu un taux d'engagement plus élevé, une meilleure capacité d'adaptation professionnelle, une plus grande capacité à gérer les comportements violents, une meilleure communication, une meilleure gestion du travail en équipe, moins de nervosité et les idées plus claires durant les situations violentes.

## Article 9

*Exploring staff experiences: A case for redesigning the response to aggression and violence in the emergency department.* (Davids et al., 2021)

Le neuvième article sélectionné est une étude qualitative réalisée en Australie et publiée en 2021. L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'efficacité des réponses individuelles et organisationnelles actuelles face à la

violence dans les services d'urgences lorsqu'un code noir est déclenché. L'échantillon était composé de 20 participants. Les principaux thèmes identifiés dans les résultats de l'étude sont les éléments déclencheurs de la violence, les types d'auteurs de la violence, la formation du personnel, les compétences en désescalade et le bien-être du personnel.

En fonction des résultats des entretiens, l'étude recommande la normalisation de l'activation d'un code noir, l'identification des rôles de chacun pour une meilleure efficacité. L'importance du jugement professionnel infirmier et l'utilisation précoce de technique de désescalade.

## **Article 10**

*Management approach of patients with violent and aggressive behaviour in a district hospital setting in South Africa. (Adeniyi & Puzi, 2021)*

Le dixième article sélectionné est une étude qualitative réalisée en Afrique du Sud et publiée en 2021. Cette étude décrit une approche probante pour la prise en soin des patients violents et agressifs. Il n'y a pas d'échantillon dans cette étude. Les principaux éléments de cet article sont le rappel des différents facteurs des agressions, les moyens des soignants pour se former, s'informer et identifier les premiers signes d'une éventuelle agression de la part d'un patient. Les leviers centraux de cet article sont la communication entre les soignants et les patients, un plan de triage des signes de l'agression et une répartition des rôles de chaque professionnel en cas de patient agressif.

## 5.2 Synthèse des thèmes et mise en lien avec la question PICOT

À la lecture des résumés, sept thèmes principaux sont ressortis des différents articles, ces différents thèmes ont été segmentés en deux axes et mis en lien avec la question PICOT. Il est donc présenté dans cette partie une synthèse de ces thèmes liés avec les résultats obtenus dans les différentes analyses.

### Axe des compétences infirmières

Dans une première partie, les auteurs ont mis en avant les thématiques en lien avec les compétences infirmières. Il s'agit du dépistage, de la désescalade, de la communication, de l'adaptation de l'environnement et du signalement de l'incident.

**Dépistage.** La notion de dépistage est un thème revenu régulièrement dans nos analyses. En effet, l'étude qualitative de Reißmann et al. (2023) démontre au travers de 27 entretiens semi-directifs qu'en Allemagne, il n'est pas utilisé d'outils de dépistage des comportements violents dans 19 services d'urgences. Ainsi, l'identification de signes précurseurs violents dépendait fortement des connaissances humaines des soignants. Dans cette même ligne, l'article de Davids et al. (2021) aborde ce thème sous l'angle du jugement professionnel. Pour de nombreux participants, l'une des clés à la prévention de la violence est le développement de la compétence de dépistage des

potentiels comportements violents. Pour les mêmes participants, cette compétence se développerait avec l'expérience.

Aussi, identifier des facteurs qui peuvent conduire à la violence pourrait faciliter la documentation et le signalement des épisodes de violence selon des études antérieures (Ming et al., 2019).

**Désescalade.** Le thème de la désescalade est fréquemment revenu dans notre analyse d'article. Il est entendu par désescalade un ensemble de techniques visant à réduire l'agressivité et à favoriser un environnement calme et sécurisé (Hallett & Dickens, 2017). Il s'agit donc d'une intervention que peut réaliser l'infirmier afin de prévenir la violence d'un patient.

L'étude mixte de Baig et al. (2018) a proposé dans sa partie quantitative une formation à la désescalade comprenant quatre modules :

1. comprendre la violence et le stress
2. escalade et désescalade de la violence
3. gestion du syndrome de stress post-traumatique
4. protocole de communication avec le patient

L'étude comprenait un groupe intervention de 71 participants et un groupe contrôle de 70 participants. Ces groupes étaient comparés au terme de l'étude à l'aide de l'instrument de mesure de la confiance face à l'agression d'un patient (CCPAI). Les deux groupes n'avaient pas de différence statistiquement significative par rapport aux données sociodémographiques.

Les soignants du groupe intervention ont acquis des scores moyens plus élevés sur l'échelle CCPAI (moyenne = 27,49, écart-type = 3,53) que les soignants du groupe contrôle (moyenne = 23,92, écart-type = 4,52). Plus précisément, dans le groupe d'intervention, qui a reçu une formation sur la désescalade de la violence, huit des dix éléments ont montré une proportion plus élevée de confiance en soi perçue par rapport au groupe de contrôle.

La partie qualitative comprenait 30 participants séparés en deux groupes de discussion (14 pour l'intervention, 16 pour le contrôle) . Plusieurs conclusions ont été tirées :

1. Les membres des deux groupes ont exprimé leur fort soutien en faveur de l'intégration systématique des formations sur la désescalade dans les programmes de formation initiale en médecine et en soins infirmiers.
2. Les participants des deux groupes ont également recommandé que les professionnels de la santé en exercice bénéficient de mises à jour régulières.
3. Les deux groupes ont proposé que la formation soit dispensée sous forme de sessions courtes d'une à deux heures, afin de s'adapter aux contraintes d'un emploi du temps chargé.

Dauids et al. (2021) décrivent que leur résultat indique un besoin d'être prêt à anticiper des problèmes de comportement. Lorsque ce problème est dépisté par l'infirmier, il lui est indiqué de tenter une rapide désescalade. Plusieurs exemples de désescalade à l'aide de la communication verbale et non

verbale sont mentionnés par les participants de cette étude. L'un des participants donne l'exemple d'un patient s'agitant dans l'attente de résultats. Ce même participant explique qu'il faut se montrer bienveillant, reformuler la raison de cette attente et réexpliquer comment cela peut arriver.

Un autre participant mentionne le fait d'utiliser un langage simple dans sa technique de désescalade. D'autres participants expérimentés indiquent que de prendre 5 à 10 minutes pour discuter avec le patient, est généralement suffisant pour parvenir à une désescalade. En conclusion, l'article suggère la mise en place d'une approche systémique des situations et des applications de techniques de désescalade. Cependant, il est tout de même mentionné par plusieurs participants qu'ils se sentent trop pressés par leur travail aux urgences pour entamer une mesure de désamorçage.

**Communication.** La communication de manière générale est un point essentiel en matière de prévention de la violence du patient ou du visiteur. En effet, elle est développée ou en tout cas mentionnée dans 9 de nos 10 articles analysés. Reißmann et al. (2023) détermine que les mesures généralement efficaces en matière de prévention étaient liées à la communication. Plus en détail, les auteurs retrouvent de manière générale la communication au centre de formation à la prévention de la violence (Ming et al., 2019) / (Gerditz et al., 2013) / (Chang et al., 2022) / (Baig et al., 2018).

La communication contient des techniques de désescalade (Baig et al., 2018), mais elle consiste aussi simplement à informer le plus régulièrement possible

le patient sur l'avancée de sa prise en soins. Ceci permet de désamorcer des situations de tensions du patient envers le soignant (Gerdtz et al., 2013) / (Reißmann et al., 2023).

D'un point de vue qualitatif, les participants de l'étude Reißmann et al. (2023) considèrent comme efficace le fait de demander aux patients d'exprimer leur besoin et de valider ce qu'ils considèrent comme étant problématique. Cependant, l'étude reconnaît aussi dans sa discussion que la charge exercée par le quotidien des urgences conduit à une communication insuffisante.

**Adaptation de l'environnement.** Lors de l'analyse de nos articles, l'adaptation de l'environnement a aussi été considérée comme un moyen de prévention de la violence (Reißmann et al., 2023) et (Davids et al., 2021). Dans la section qualitative de l'étude de Gerdtz et al. (2013), à la suite de l'intervention, les infirmiers sont devenus plus attentif à divers paramètres environnementaux comme le danger que peut représenter un objet laissé dans une chambre, celui-ci pouvant être utilisé comme une arme. Aussi les infirmiers étaient plus vigilants à se laisser une voie de fuite lors de la prise en soin d'un patient potentiellement agressif.

L'adaptation de l'environnement est aussi décrite dans l'article de Davids et al. (2021). Un participant décrit le fait d'avoir simplement ouvert la porte du box du patient, ce qui a désamorcé son agressivité, probablement car il sentait plus de monde autour de lui.

**Signalement de l'incident.** Au sein du système hospitalier, il est requis de la part des employés de déclarer tous les actes de violence, que ce soit par le biais du système de signalement électronique ou en communiquant verbalement avec leur superviseur (Arnetz et al., 2017). Cependant, plusieurs études dans notre problématique ont relevé l'écart entre événements violents ou agressifs exprimés par les soignants et le signalement de ces incidents (Copeland & Henry, 2017)(Chang, Hsu, & Ouyang, 2022)(Nakaishi et al., 2013).

Une autre étude développant un programme qualité dans un hôpital universitaire de l'Utah aux États-Unis a intégré dans ses objectifs l'installation d'un climat favorisant le signalement des rencontres agressives avec les patients et les visiteurs (Christensen et al., 2022). Cependant, probablement dû aux autres interventions mises en place qui avaient pour but de réduire l'agressivité dans les services, le taux de signalement d'incident violent / agressif n'a pas augmenté pendant l'étude. L'intervention concernant le signalement n'a donc pas pu être pleinement explorée.

L'intérêt du signalement réside dans l'obtention de soutien en temps utile (Chang et al., 2022). De plus, il permet de réaliser un dépistage plus rapide des comportements violents si le patient ou la visite est récidiviste dans la même institution (Ming et al., 2019).



## **Axe institutionnel**

Dans cette seconde partie, les auteurs présentent les thématiques en lien avec l'axe institutionnel. Il s'agit de la réaction en équipe, la formation, le dépistage et l'adaptation de l'environnement.

**Réaction en équipe.** La réaction ou la prévention en équipe à la violence ou à l'agressivité de patient est revenue fréquemment dans notre analyse d'articles. Par réaction d'équipe, il est aussi entendu de définir des rôles au sein même de celle-ci (Davids et al., 2021) et (Christensen et al., 2022).

Davids et al. (2021) définissent au travers de leurs entretiens que l'équipe doit installer un protocole coordonné basé sur le travail d'équipe. Ils ajoutent qu'une réponse structurée et coordonnée de l'équipe interdisciplinaire, composée d'un personnel bien formé et soutenu par une approche organisationnelle intégrée par tous, est nécessaire pour minimiser les risques de violences. En outre, il est rapporté dans la discussion que l'approche d'un événement violent dans un environnement simulé, basé sur une équipe multidisciplinaire avec des rôles précis, conduit à une amélioration des résultats en matière de prévention de la violence dans un environnement de soins de santé.

L'étude descriptive de Christensen et al. (2022) relève dans son contexte qu'une autre bonne pratique consiste en la formation d'équipes spécialisées dans la désescalade des patients non violents. Ces équipes

seraient constituées de professionnels expérimentés qui interviennent pour apaiser les situations tendues lors des interactions avec les patients. Le but de cette même étude consistait en partie au développement d'un partenariat solide entre l'équipe infirmière et le service de sécurité d'un hôpital dans l'identification précoce d'événement violent afin de les désamorcer. L'un des résultats majeurs au questionnaire post-intervention concernait la confiance ressentie des infirmières quant à la gestion de conflits causée par des patients ( $p = 0,006$ ).

**Formation.** Lors de la définition de notre problématique, il était constaté que seule une faible proportion du personnel d'un hôpital universitaire suisse était formée à la gestion de la violence (Hahn et al., 2012). De plus, la formation à la gestion de la violence était évoquée comme piste d'amélioration pour la pratique infirmière (Hsu, Chou, & Ouyang, 2022).

Notre analyse d'article a démontré la présence de plusieurs méthodes et formations qui ont permis au personnel infirmier de différent continent de se sentir plus apte à prévenir et gérer la violence de patient.

Une étude quantitative réalisée à Taipei (Ming et al., 2019) visait à examiner l'efficacité d'une formation par simulation de situation sur le concept de la violence au travail et la confiance en soi du personnel infirmier pour faire face à la violence sur le lieu de travail. Les participants ont été invités à assister à des cours de formation de 3 heures sur la "simulation de la violence au travail" et à remplir des questionnaires en format papier avant, et

immédiatement après la fin de tous les cours. Les informations ont été recueillies à l'aide de questionnaires structurés qui incluent les éléments suivants : l'échelle de perception de l'agression (POAS) et l'estime de soi pour faire face à l'agression des patients. Les résultats ont démontré que l'intervention de la formation a entraîné une amélioration significative de la perception de soi et de la confiance du personnel infirmier vis-à-vis de la violence sur le lieu de travail au questionnaire post-test ( $p < 0,001$ ).

Le programme de formation BERT de l'étude américaine de Christensen et al. (2022) a aussi démontré deux résultats statistiquement significatifs dans l'enquête post intervention concernant les items suivants : *"Je peux gérer efficacement les conflits causés par les patients et leurs invités"* ( $p = 0.0006$ ) et *"Je suis capable d'utiliser des techniques de désescalade et de communication de crise pour réduire les comportements agressifs ou perturbateurs des patients et de leurs visiteurs"* ( $p = 0.0075$ ).

Une autre formation présente dans l'étude mixte australienne de Gerditz et al. (2013) avait pour objectif de sensibiliser la communication du personnel soignant des urgences vis-à-vis des patients, ainsi que leur considération de l'environnement du patient. À la suite de la formation, les formateurs ont remonté le fait que leurs participants étaient plus alertes pour identifier les sources de dangers dans leur pratique des soins. De plus, il a été observé qu'il y avait une sensibilisation variable de la part du personnel quant à l'importance de la communication de qualité entre les soignants et les patients. La dernière observation des formateurs portait sur un plus haut niveau de considération

de la part des participants formé concernant le point de vue du patient qui suivait leur programme. Un plus haut niveau de considération était aussi remarqué concernant les facteurs pouvant se cumuler et provoquer de la violence chez certains patients.

De manière générale, les soignants ont rapporté à leur formateur que le programme les avait aidés à davantage considérer l'opinion du patient de son point de vue de la situation.

Au Pakistan, une formation à la désescalade de la violence et à la gestion des comportements agressifs a démontré un résultat significatif concernant l'échelle de confiance de gestion de comportement agressif (CCPAI)

entre le groupe d'intervention (Moyenne = 27.49, écart-type = 3.53) et le groupe contrôle (Moyenne = 23.92, écart-type = 4.52) ( $p < 0.001$ ) (Baig et al., 2018).

De manière générale, le contenu le plus important des formations à la prévention de la violence se rapportait aux techniques de communication (Reißmann et al., 2023)(Davids et al., 2021). Des participants de l'étude de Reißmann et al. (2023) mentionnaient aussi comme processus d'apprentissage important l'attitude intérieure et le comportement à l'égard du patient. Cependant, il est apparu difficile de pouvoir former les infirmiers à ces deux derniers aspects selon les résultats d'entretiens, les participants décrivant plutôt ces apprentissages possibles au travers des années d'expérience.

**Dépistage.** Il est essentiel de conduire des études sur la mise en place d'outils de dépistage des comportements violents afin de déplacer l'accent de la gestion de la violence vers sa prévention (Reißmann et al., 2023). Reißmann et al. (2023) proposent donc en conclusion l'institutionnalisation des outils de dépistage dans les services d'urgences. Qui plus est, l'étude de Chang et al. (2022) décrit que son programme de formation a aussi pu servir d'outil à la détection/identification de patients et visiteurs potentiellement violents afin d'adopter des stratégies préventives appropriées.

**Adaptation de l'environnement.** D'un point de vue institutionnel, l'adaptation de l'environnement peut jouer un rôle déterminant dans la prévention de la violence aux urgences.

L'aménagement et la conception de l'espace de travail sont considérés comme des facteurs environnementaux (Ming et al., 2019).

L'étude mixte de Gerdtz et al. (2013) demandait à ses participants, avant et après l'intervention de l'étude, si un changement dans l'environnement des urgences contribuerait à la baisse d'agressivité des patients. Les participants ont répondu à l'aide d'une échelle de Lickert à 10 points (1 = fortement en accord, 10 = fortement en désaccord). Un test de rang signé de Wilcoxon a été utilisé pour savoir si le résultat de la médiane obtenue après l'intervention était significatif. Le résultat du prétest à cette question était de 4 (4.00-2.50), tandis que le résultat post-test était de 3.70 (5.00-2.40). La p value obtenue étant inférieure à 0.01 permet de rejeter

l'hypothèse d'impact nulle et indique donc un changement significatif à l'idée qu'un réaménagement au niveau de l'environnement des urgences rendrait les patients moins agressifs.

Certaines mesures de conception d'un service d'urgence ont été décrites pour faciliter la prévention de la violence (Reißmann et al., 2023). Il est décrit que les diverses catégories de patients, qu'ils arrivent en ambulance ou à pied, doivent être dirigées séparément afin de favoriser une ambiance paisible et des temps d'attente réduits. Afin de favoriser un environnement paisible, il est également proposé d'aménager une entrée des urgences ouverte et accueillante, en utilisant par exemple des teintes de murs agréables et apaisantes, ainsi qu'un éclairage adéquat. Les zones d'inscription bien conçues sont décrites comme étant ouvertes, de manière que les patients se sentent les bienvenus et qu'une personne de contact soit disponible. Concernant l'espace de travail des infirmiers, il est nécessaire que les postes de travail soient dotés de vitres, ce qui assure à la fois un espace sécurisé tout en permettant de surveiller l'environnement. En ce qui concerne les salles de traitement, une mesure efficace pour prévenir la violence consiste à pouvoir isoler les patients potentiellement agressifs et à les placer dans des chambres individuelles équipées d'installations minimales et de portes verrouillables. Ces chambres pourraient être utilisées par les patients atteints de troubles psychiatriques ou d'intoxication afin de se rétablir dans un environnement peu stimulant, tout en assurant la protection du personnel et des autres patients.

### 5.3 Perspectives/propositions pour la pratique

Du fait des résultats obtenus au travers de l'analyse des différents articles de ce travail, les auteurs ont pu identifier plusieurs pistes pour la pratique concernant leur question de recherche " *Dans quelle mesure l'infirmier peut-il améliorer les problématiques de violence des usagers, liées aux caractéristiques d'un service d'urgence ?*".

Tout d'abord, il est clair que les services d'urgences sont les lieux où les infirmiers font le plus face à la violence (Hsu et al., 2022). Cela s'explique par les caractéristiques propres des services d'urgences comme la surcharge de travail des infirmiers, la nature de leur travail ou le contact rapproché et prolongé avec les usagers (Hsu et al., 2022). D'autres facteurs relatifs aux caractéristiques d'un service d'urgence pouvant causer de l'anxiété amenant à de violence existent. Cela peut être illustré par le ressenti du patient au moment de son hospitalisation ou l'attente relative au flux de patient.

Cependant, l'infirmier a en sa possession plusieurs clés pour réduire la violence dans les services d'urgences, de ses propres mains et d'un point de vue institutionnel.

Tout d'abord, l'infirmier peut prévenir la violence au travers de sa communication en maintenant l'utilisateur régulièrement informé sur l'avancée de sa prise en soin ou en lui expliquant la raison de son attente (Gerdtz et al., 2013) / (Reißmann et al., 2023).

Lorsque l'usager ressent des émotions ou des sentiments pouvant amorcer l'escalade de la violence, l'infirmier peut faire appel à son jugement professionnel (Davids et al., 2021) afin de dépister la possibilité d'un comportement violent avant que celui-ci ne se déclenche.

À la suite de l'identification de ces facteurs de risques, l'infirmier peut faire appel à des techniques de désescalade variant communication verbale et agissements. Des méthodes de désescalade efficaces et rapides sont présentées dans l'étude de David et al. (2021) Il s'agit de montrer de l'empathie, de la compréhension, d'expliquer les raisons du temps d'attente, de proposer quelque chose à manger, boire ou de faire participer le patient à la prise de décision au sujet de leur prise en soins.

Afin de prévenir les problématiques de la violence, l'infirmier doit aussi être conscient de son environnement (Reißmann et al., 2023) et (Davids et al., 2021). Retirer des objets de ses poches comme une paire de ciseaux, sortir de la chambre du matériel pouvant servir d'arme est un moyen de protéger l'infirmier de blessures graves (Gerdtz et al., 2013).

Un patient seul dans un box d'urgence n'a pas forcément conscience de la situation et pourrait se sentir délaissé. Avoir conscience de son environnement permet de l'adapter en ouvrant par exemple la porte ou le rideau du box. Ainsi l'usager peut gagner en patience du fait d'avoir un regard sur la situation (Davids et al., 2021).



L'infirmier a la possibilité de signaler tout comportement agressif à son supérieur auprès de son équipe ou de le rédiger dans le dossier informatique du patient. Il est révélé dans notre problématique un écart important entre le signalement de violence et l'expression de violence vécue. Cependant, les auteurs de ce travail recommandent pour la pratique de signaler tout incident violent avec un usager des services d'urgence afin de participer à la prévention de la violence. En effet, la traçabilité permet de réaliser un dépistage plus rapide des comportements violents si l'usager est récidiviste dans le même service (Ming et al., 2019).

D'un point de vue institutionnel, l'infirmier peut recommander au sein de son équipe, au travers de son rôle de manager et d'expert, la mise en place de rôle distinct pour la prise en soins de patient potentiellement violent (Davids et al., 2021).

Les auteurs proposent donc, comme rapporter dans l'un de leur entretien avec un infirmier expert en soins d'urgence, de compter au sein du service d'urgence, un infirmier avec une spécialisation dans le domaine de la psychiatrie. Cet infirmier pourrait se voir attribuer en priorité des patients potentiellement décompensés dans le but d'utiliser ses compétences plus poussées en communication et en désescalade.

Dans son rôle d'expert, l'infirmier peut aussi identifier des caractéristiques environnementales non optimales au sein de son service

d'urgence et proposer des modifications organisationnelles à son supérieur dans la mesure du possible.

Notre discussion contient plusieurs articles présentant des formations à la désescalade ainsi qu'à la prévention de la violence (Ming et al., 2019)(Christensen et al., 2022)(Baig et al., 2018)(Gerdtz et al., 2013). Ces différentes études ont eu des résultats significatifs sur la confiance des participants à gérer des patients agressifs ou violents après leur formation. Les auteurs recommandent donc aux infirmiers de se former lorsque l'occasion se présente ou de le proposer à leur supérieur hiérarchique à l'aide des différentes données probantes.

En conclusion de ce chapitre, toutes les recommandations basées sur des données probantes citées ci-dessus peuvent aider l'infirmier à améliorer les problématiques de violence des usagers au sein d'un service d'urgence.

## **Chapitre 6 : Conclusion**

Dans ce dernier chapitre, les auteurs vont développer ce que ce travail de Bachelor leur a apporté, les éléments facilitants, les éléments contraignants, les limites et en ouverture, les perspectives pour la recherche.

### **6.1 Apports du travail de Bachelor**

Grâce au travail de Bachelor, les auteurs ont pu réaliser de nombreux apprentissages personnels ainsi qu'en lien avec leurs compétences professionnelles.

La gestion de la violence d'usagers étant importante aux yeux des auteurs, la réalisation de ce travail leur a permis d'approfondir et développer leur connaissance sur la notion de violence dans les soins et sur les moyens de prévention efficaces. Aussi ce travail leur a permis de comprendre les enjeux actuels de ce sujet au niveau scientifique (absence de définition de la violence dans les soins, pistes d'améliorations, barrières...).

La population de la question PICOT "*les usagers dans un service d'urgence*" a permis de découvrir les différents fonctionnements de services d'urgences du monde entier. Ces nouvelles connaissances sont précieuses pour les auteurs. Ils ont pu soit réaliser une PFP en contexte d'urgence, soit travailler dans un service d'urgence d'un hôpital régional pendant la formation. Ainsi ces nouvelles connaissances leur ont permis de mettre en lumière différentes méthodes de fonctionnement d'un service à l'autre. Les deux auteurs se projetant dans les urgences, cela leur permettra d'avoir une vision plus large du service dans lequel ils travailleront.

Travailler concrètement sur une méthodologie de recherche scientifique apprise de manière théorique permet d'être à l'aise dans la recherche de données probantes de manière rigoureuse pour leur pratique. Les auteurs ont aussi au travers de ce travail développé une meilleure organisation dans leur quotidien, expérimenté la gestion de projet en se posant des objectifs de rédaction et en organisant des rencontres avec des professionnels de la santé.

En conclusion, les auteurs étant satisfaits du fruit de leur travail, ils obtiennent le sentiment d'énorme accomplissement après un travail de longue haleine comme celui-ci.

### **Éléments facilitants**

Les auteurs se connaissant et travaillant ensemble depuis le début de la formation, réaliser ce travail en binôme leur a été agréable. Les auteurs ont eu un sentiment de complémentarité des compétences et de cohésion. Aussi cela leur a permis de se garantir un soutien mutuel pendant les périodes plus difficiles de la formation comme celles des examens, des PFP ou d'événements de la vie personnelle.

Un autre élément facilitant dans la rédaction de ce travail a été la possibilité de définir soi-même sa question de recherche. Les auteurs ayant pu déterminer une question qui concerne le contexte de leur projet professionnel leur ont fait prendre du plaisir dans les différentes étapes de la rédaction.

Lorsque les auteurs ont dû changer de directeur de travail de Bachelor, celui-ci leur a proposé de collaborer avec un autre groupe sous sa responsabilité en réalisant des entretiens sur l'avancée des recherches et des différentes méthodes. Cette approche a grandement aidé les auteurs dans la rédaction de leur travail.

Le contexte des urgences ayant été choisi pour ce travail, les auteurs ont eu la chance de pouvoir se renseigner sur leur thématique auprès de maîtres d'enseignements de leur haute école travaillant dans les urgences. Ces différents entretiens ont permis aux auteurs de déterminer plus facilement leur question de recherche en lien avec les défis dans la recherche au sujet de la violence dans les soins.

Pour finir, les cours dispensés au niveau de la recherche pendant la formation des auteurs leur ont permis de comprendre rapidement le fonctionnement des bases de données. Cela leur a facilité la formulation des équations de recherche.

### **Éléments contraignants**

Premièrement, la plus grande difficulté pour les auteurs fut de comprendre le style d'écriture qui était attendu pour un travail de ce niveau. Les auteurs réalisant leur premier travail de Bachelor, il a été difficile au commencement d'utiliser un style d'écriture descriptif, sourcé et à la troisième personne.

Le départ d'un membre du groupe obligeant les auteurs à se répartir entre eux deux, la charge du travail fut un élément contraignant. Cela les a forcés à se départager la charge de travail en fonction de leurs facilités pour tenir les échéances du rendu. Cet état de fait les a aussi amenés à ressentir un débordement du volume de travail à plusieurs reprises pendant la formation.

Certaines périodes rendirent difficile de tenir la même implication et rigueur dans la rédaction de ce travail. Les auteurs entendent par les périodes de PFP avec des horaires différents et les périodes d'examen, ainsi que leurs obligations professionnelles pendant la formation. La dernière année de Bachelor a été contraignante, car elle contenait beaucoup de travaux de groupe nécessitant un investissement de temps conséquent qui réduisait drastiquement les périodes disponibles à la rédaction de ce travail.

Un dernier élément contraignant pour les auteurs était la quantité d'articles disponibles répondant à notre thématique et aux exigences de sélection pour notre travail. En effet, la thématique de la violence sur les bases de données disponibles contient principalement des articles de niveau de preuve 1, c'est-à-dire des revues de littératures, des guidelines et des méta-analyses. Il a donc été difficile de trouver des articles pertinents et présentant le meilleur niveau de preuve possible pour notre sujet.

## 6.2 Limites

Les auteurs sont globalement satisfaits de leur travail de recherche. Cependant, ils attirent l'attention sur des limites à prendre en considération à l'analyse de ce travail.

Pour l'analyse, il n'a pas été trouvé d'articles provenant d'institutions suisses sur les bases de données disponibles, ce qui peut cacher d'autres barrières pour les perspectives de pratique et de recherche relative à notre système de santé. Dans cette même ligne, certains articles sélectionnés proviennent de contextes culturels éloignés de ceux de la Suisse. Les résultats de ces études étant généralement quantitatifs, cela leur permet d'être généralisables, cependant leurs recommandations peuvent être adaptées à leur culture, mais pas forcément à la nôtre.

De plus, les articles sélectionnés contiennent plus de devis qualitatifs que quantitatifs, ce qui rend difficilement généralisables les résultats obtenus. Notre travail contient 6 études qualitatives, de ces études, 4 d'entre elles proviennent de pays proches géographiquement ou culturellement. Ces quatre études ont été réalisées en Allemagne, aux États-Unis et en Australie. Les deux dernières études à devis qualitatifs proviennent de pays éloignés, ceux-ci sont l'Afrique du Sud et Taïwan.

Concernant notre sujet de travail directement, il n'existe, à l'heure actuelle, pas de consensus au niveau scientifique concernant la définition de la violence dans les soins. Cet état de fait a amené les auteurs de ce travail à



utiliser des articles se basant sur des visions / définitions parfois différentes de la violence dans les soins, ce qui peut amener un biais dans la reproductibilité des données.

Concernant les recommandations pour la pratique, la possibilité de se former dans son service d'urgence à la gestion de la violence reste généralement à l'appréciation des cadres de l'institution en question. Certains infirmiers ne pourraient donc jamais avoir l'occasion de se former pour développer leurs compétences en désescalade par exemple.

Pour conclure, les recommandations relatives aux compétences infirmières pour prévenir la violence nécessitent de prendre du temps avec le patient. Or, il peut arriver à l'infirmier des urgences, selon la gravité de ses cas, de ne pas avoir le temps de les appliquer, rendant à ce moment-là vaines les recommandations en question.

### **6.3 Perspectives pour la recherche**

En ouverture de ce travail, les auteurs vont maintenant évoquer les perspectives pour la recherche liée à leur analyse.

Les auteurs recommandent premièrement pour la recherche de développer une définition commune de la violence envers le personnel soignant afin que la communauté scientifique puisse fournir des données probantes ayant le même socle.

La problématique la plus stagnante dans notre travail est le manque de signalement des incidents violents par les infirmiers dans les services d'urgences (Nakaishi et al., 2013). Christensen et al.(2022) suggèrent aux chercheurs d'étudier les raisons qui amènent les infirmiers à ne pas signaler les incidents avec des patients agressifs.

Concernant les formations à la prévention de la violence, Chang et al. (2022) recommandent par exemple dans leur étude d'effectuer un plus long suivi des participants à leur recherche afin de pouvoir observer à plus long terme les effets de leur formation. Parallèlement à cela, les auteurs de ce travail recommandent pour la recherche de comparer, à l'aide d'un devis quantitatif, les services d'urgences ayant mis en place une formation à la prévention de la violence versus les services n'en ayant pas afin d'obtenir plus de données probantes sur l'efficacité de l'implémentation de ces formations dans les services d'urgences.

Les auteurs connaissent l'existence d'outils de dépistage au comportement violent au travers de leur analyse de l'étude de Reißmann et al. (2023). Ces auteurs recommandent d'approfondir au travers d'une étude l'efficacité des outils qui peuvent être installés dans un service d'urgence.

Il est constaté dans l'étude de Nikathil et al. (2017) qu'une proportion importante de patients étant impliqués dans des incidents violents ont un diagnostic d'entrée psychiatrique. De plus, il a été relevé dans l'un de nos entretiens avec une infirmière experte en soins d'urgence que le service dans

lequel elle travaillait disposait d'infirmiers spécialisés dans le domaine psychiatrique. Ces infirmiers se voyaient attribuer en priorité la prise en soins de patients avec un motif d'entrée psychiatrique afin de profiter de leurs compétences poussées dans ce domaine. D'un point de vue institutionnel, les auteurs de ce travail recommandent donc d'explorer l'efficacité de l'implémentation d'un infirmier spécialisé dans le domaine de la psychiatrie au sein d'un service d'urgence afin de voir si cela peut réduire le nombre d'incidents agressifs et violent.

## **Chapitre 7: Références**

- Angland, S., Dowling, M., & Casey, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 22(3), 134-139. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.09.005>
- Babiarczyk, B., Turbiarz, A., Tomagová, M., Zeleníková, R., Önler, E., & Sancho Cantus, D. (2019). Violence against nurses working in the health sector in five European countries—pilot study. *International Journal of Nursing Practice*, 25(4). <https://doi.org/10.1111/ijn.12744>
- Chang, Y.-C., Hsu, M.-C., & Ouyang, W.-C. (2022). Effects of Integrated Workplace Violence Management Intervention on Occupational Coping Self-Efficacy, Goal Commitment, Attitudes, and Confidence in Emergency Department Nurses: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2835. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052835>
- Chinn, P. L., & Kramer, M. (2015). *Knowledge Development in Nursing: Theory and Process*. (S.l.): (s.n.).
- Copeland, D., & Henry, M. (2017). Workplace Violence and Perceptions of Safety Among Emergency Department Staff Members: Experiences, Expectations, Tolerance, Reporting, and Recommendations. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 65-77. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000269>

- Davids, J., Murphy, M., Moore, N., Wand, T., & Brown, M. (2021). Exploring staff experiences: A case for redesigning the response to aggression and violence in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 57, 101017. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101017>
- Droste, N., Miller, P., & Baker, T. (2014). Review article: Emergency department data sharing to reduce alcohol-related violence: A systematic review of the feasibility and effectiveness of community-level interventions. *Emergency Medicine Australasia*, 26(4), 326-335. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12247>
- Emergency department - Health, United States. (n.d.). Repéré à <https://www.cdc.gov/nchs/hus/sources-definitions/emergency-department.htm>
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2012). STRUCTURE AND USE OF NURSING KNOWLEDGE. Dans *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (pp. 1-6). (S.l.): (s.n.).
- Hartley, D., Ridenour, M., & Wassell, J. T. (2019). Workplace Violence Prevention for Nurses. *The American Journal of Nursing*.
- Hsu, M.-C., Chou, M.-H., & Ouyang, W.-C. (2022). Dilemmas and Repercussions of Workplace Violence against Emergency Nurses: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2661. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052661>

Lau, J. B., Magarey, J., & McCutcheon, H. (2004). Violence in the Emergency department: A literature review. *Australian Emergency Nursing Journal*, 7(2), 27-37. [https://doi.org/10.1016/S1328-2743\(05\)80028-8](https://doi.org/10.1016/S1328-2743(05)80028-8)

Nakaishi, L., Moss, H., Weinstein, M., Perrin, N., Rose, L., Anger, W. K., ... Glass, N. (2013). Exploring Workplace Violence among Home Care Workers in a Consumer-Driven Home Health Care Program. *Workplace Health & Safety*, 61(10), 441-450. <https://doi.org/10.1177/216507991306101004>

Nikathil, S., Olaussen, A., Gocentas, R. A., Symons, E., & Mitra, B. (2017). Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. *Emergency Medicine Australasia*, 29(3), 265–275. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12761>

Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., & Addey, B. (2015). Violence against nurses in the triage area: An Italian qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23(4), 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.02.004>

Sato, K., Yumoto, Y., & Fukahori, H. (2016). How nurse managers in Japanese hospital wards manage patient violence toward their staff. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 164-173. <https://doi.org/10.1111/jonm.12281>

Schablon, A., Kersten, J. F., Nienhaus, A., Kottkamp, H. W., Schnieder, W., Ullrich, G., ... Wirth, T. (2022). Risk of Burnout among Emergency Department Staff as a Result of Violence and Aggression from Patients and Their Relatives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9),

4945. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094945>

Service des urgences - Accueil - CHUV. (n.d.). Repéré à <https://www.chuv.ch/fr/urgences/urg-home/>

World Health Organisation. (2002). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector.



## **Chapitre 8 : Annexes**

## 8.1 Appendice 1: Analyse de l'article 1

Gerdtz, M. F., Daniel, C., Dearie, V., Prematunga, R., Bamert, M., & Duxbury, J. (2013). The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: A multi-site evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1434–1445.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.007>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).            "The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: A multi-site evaluation"</li> </ul> <p>Traduction en français: "Les résultats d'un programme de formation rapide sur les attitudes des infirmières concernant la prévention des agressions dans les services d'urgence : Une évaluation multi-sites"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les thèmes abordés ?            Les thèmes qui sont abordés dans cet article sont la prévention des agressions aux urgences et un programme de formation en lien avec cette première thématique.</li> <li>▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?            Le titre se réfère au personnel infirmier.</li> </ul>
<b>Auteurs-es</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).            Les auteurs de cette étude sont:</li> <li>• Marie Frances Gertz (Département des soins infirmiers, Université de Melbourne, Infirmière au département</li> </ul>

	<p>d'urgence du Royal Melbourne Hospital, Victoria, Australie),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Catherine Daniel (Infirmière au Royal Melbourne Hospital &amp; Professeur à l'université de Melbourne, Victoria, Australie),</li> <li>• Vikki Dearie (Infirmière en santé mentale pour le pôle apprentissage et développement du Comté de Melbourne, Parkville, Australie),</li> <li>• Roshani Prematunga (Centre de soins infirmiers psychiatriques, Faculté de médecine, Université de Melbourne, Victoria, Australie),</li> <li>• Merrin Bambert (Réseau clinique d'amélioration et d'innovation des soins d'urgence, Département de la santé de l'État de Victoria, Australie)</li> <li>• Joy Duxbury (Soins infirmiers en santé mentale, School of Nursing &amp; Caring Sciences, University of Central Lancashire, Royaume-Uni)</li> </ul>
<b>Mots-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les mots-clés ?</li> </ul> <p>Les mots-clés sont attitudes agressives, éducation et infirmier d'urgence</p>
<b>Résumé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</li> </ul> <p>L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact d'un programme sur les attitudes des infirmiers par rapport à la prévention et à la prise en soin anticipés des patients agressifs.</p> <p>La méthodologie de cette étude repose sur l'application de l'échelle de gestion de l'agressivité et de l'attitude à l'égard de la violence auprès des participants avant la formation et 6 à 8 semaines après la formation. Les participants ont aussi eu des entretiens téléphoniques 8 à 10 semaines après l'intervention.</p> <p>Les résultats présentés dans l'abstract sont qu'il y a eu des changements significatifs dans 5 des 23 items du test.</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	

<b><i>Pertinence</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).</li> </ul> <p>Oui l'étude repose sur des données et des constats théoriques issus d'autres études. Les constats sont que les différents types de contention entraînent un risque pour la santé des patients. L'un des autres constats et le fait que peu de personnels soignants avait accès aux formations existantes pour la prévention de la violence. Le programme de formation proposé par les auteurs de cette étude repose sur les différents facteurs causaux de l'agressivité des patients. C'est-à-dire les facteurs liés au patient, liés à l'environnement et liés à la situation.</p>
<b><i>Objectifs/questions de recherche</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</li> </ul> <p>Les premiers objectifs de cet article sont d'observer si l'application du programme MOCA-REDI entraîne une modification de comportement des soignants participants envers les causes de l'agressivité des patients. Le deuxième objectif de cette étude est d'observer l'impact du programme MOCA-REDI sur l'attitude et les moyens mis en place par les soignants pour faire face aux patients agressifs. Ce deuxième objectif cherche à observer si les soignants mettront en place des actions moins restrictives qui privilégient la santé des patients et du personnel.</p>
<b><i>Principaux concepts théoriques</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les concepts les plus importants ?</li> </ul> <p>Les concepts importants de cette étude sont la gestion et la prévention de la violence, agir sur les causes de l'agressivité et sur l'attitude des soignants face à la violence.</p>

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE	
Méthodologie	
<b>Questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?</li> </ul> <p>La variable dépendante de cette recherche est l'impact du programme MOCA-REDI sur le personnel soignant vis-à-vis des patients agressifs.</p> <p>La variable indépendante ce sont les données démographiques de l'échantillon.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche ?</li> <li>▪ <i>Si applicable</i> : quelles sont les hypothèses de recherche ?</li> </ul> <p>La première hypothèse de cette recherche est d'observer si l'application du programme MOCA-REDI entraîne une modification de comportement des soignants participants envers les causes de l'agressivité des patients. La deuxième hypothèse testée dans cette étude est que les soignants mettront en place des actions moins restrictives qui privilégient la santé des patients et du personnel après le suivi du programme MOCA-REDI.</p>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</li> </ul> <p>Le devis de l'étude est une méthode mixte qui comprend une enquête pré-test et post-test auprès des participants à la formation et des entretiens individuels auprès des formateurs et des gestionnaires d'unité infirmière.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</li> <li>▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</li> </ul> <p>Le comité d'éthique de la recherche sur des sujets humains à valider cette recherche. De plus, les participants ont consenti par écrit que les données collectées seraient utilisées par les auteurs.</p>

	<p>Les participants ont été anonymisés avant la transmission des données aux auteurs.</p>
<p><b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population visée ?</li> </ul> <p>La population visait se sont le personnel infirmier en soins d'urgence, les gestionnaires d'unité infirmière pour les formateurs du programme MOCA-REDI.</p> <p>Les participants aux programmes sont du personnel infirmier autorisé et des sage-femmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</li> </ul> <p>Les professionnels qui pouvaient répondre au sondage étaient les infirmières qui étaient autorisées, les sage-femmes et tous les employés des services d'urgences participants à l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</li> </ul> <p>Il n'y a pas de critères d'inclusion ou d'exclusion en dehors de la procédure de sélection décrite précédemment.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</li> </ul> <p>L'échantillon a été calculé à 83 pairs. Cette valeur avait une puissance de 80.3%. La P value a été fixé à 0,05 pour les résultats significatifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Si applicable</i> : y a -t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ?</li> </ul>
<p><b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les instruments de mesure ?</li> </ul> <p>Les instruments de mesure sont l'échelle de MAVAS (échelle de gestion de l'agressivité et des attitudes face à la violence).</p>

		<p>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par exemple, échelles de Likert à x points, etc.).</p> <p>Le questionnaire MAVAS comprend 27 items et chaque item est évalué par une valeur allant de 1 à 5. La valeur 1 correspondant à un accord total et 5 correspondants à un désaccord total. Les éléments liés à l'utilisation de l'isolement dans l'échelle MAVAS ne sont pas pertinents car cette pratique n'est pas valable dans l'état de Victoria. Dans le questionnaire de MAVAS 23 items ont été retenus pour le contexte des urgences.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</li> </ul> <p>Les données des sondages ont été enregistrées dans Excel 2003. Ensuite les données ont été transférées et analysées avec le logiciel SPSS, version 17.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</li> </ul> <p>La variable dépendante de cette recherche est l'impact du programme MOCA-REDI sur le personnel soignant vis-à-vis des patients agressifs.</p> <p>La variable indépendante ce sont Les données démographiques de l'échantillon.</p>
<p><b><i>Interventions programmes applicable)</i></b></p>	<p><b><i>ou (si</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</li> </ul> <p>Les interventions sont l'application du programme MOCA-REDI auprès des participants. Il y a eu 471 personnes qui ont répondu aux sondages avant et après l'intervention à partir des 1394 infirmière éligible à participer à l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</li> </ul> <p>L'intervention correspond à un cours de 45 minutes qui a été dispensé aux participants justes après qu'il est répondu au premier sondage.</p>

<b>Méthode d'analyse des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</li> </ul> <p>Le test U de Mann-Whitney a été utilisé pour déterminer s'il existait une relation entre les différentes caractéristiques de l'échantillon.</p> <p>Le test non paramétrique de Wilcoxon a également été utilisé. Ce test vise à identifier les changements entre le pré-test et le post-test.</p>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?</li> </ul> <p>Il y a eu 471 personnes qui ont répondu au pré-test et au post-test après l'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?</li> </ul> <p>Les participants étaient à la fois des infirmières et des sage-femmes. Parmi l'échantillon, 33,13% étaient âgés entre 20 et 29 ans. L'échantillon était composé à 86,62% de femme. Parmi les participants de l'échantillon 68,67% a effectué tous les horaires (matin, soir et nuit). Dans l'échantillon, 71.19% des participants travaillaient à temps partiel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p \leq 0,05</math>) ?</li> </ul> <p>Les participants à l'étude d'intervention ont montré un accord statistiquement significatif pour dire que "si l'environnement physique était différent, les patients seraient moins agressifs".</p> <p>Concernant les quatre éléments évaluant les attitudes du personnel envers les facteurs institutionnels, les participants étaient largement d'accord avec l'idée selon laquelle les patients deviennent souvent agressifs en raison du manque d'écoute du personnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les autres résultats importants ?</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<p>Les informations de la discussion sont mentionnées dans la grille qualitative qui suit.</p>



<b><i>Recommandations suggestions</i></b>	<b>&amp;</b> Ces informations sont mentionnées dans la grille qualitative qui suit.
<b><i>Conclusions</i></b>	Ces informations sont mentionnées dans la grille qualitative qui suit.

<b>PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE</b>	
<b>Méthodologie</b>	
<b><i>Questions de recherche</i></b>	Ces informations sont mentionnées dans la grille quantitative qui précède.
<b><i>Devis</i></b>	Ces informations sont mentionnées dans la grille quantitative qui précède.
<b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</li> </ul> <p>Dans la partie qualitative la population visait se sont les infirmiers chef d'unité ou les infirmiers spécialisés en soins d'urgence. Ils ont été ensuite formés pour pouvoir transmettre et animer le programme MOCA-REDI dans leur unité. Ces</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</li> </ul> <p>Les critères de sélection pour les formateurs sont les suivants. Ils devaient travailler comme infirmier dans un service d'urgence participant à l'étude. Ils devaient être spécialisés en soins d'urgence ou infirmiers enseignants d'urgence ou alors membre d'une équipe d'évaluation d'urgence ou bien employés dans un service de liaison psychiatrique. Les futurs formateurs devaient être disponibles pour assister à une séance de 3 heures pour pouvoir ensuite dispenser le programme. Ils ont reçu les supports d'enseignement pour donner le programme. Deux séances de formations ont été dispensées directement par des auteurs qui répondaient aux qualifications de formateur.</p>

<p><b>Choix des outils de collecte de données</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</li> </ul> <p>Les auteurs ont utilisé des entretiens téléphoniques pour déterminer la perception du programme par les formateurs et les gestionnaires d'unité infirmière.</p> <p>Les auteurs ont conçu un cadre d'entretien semi-structuré pour les entrevues téléphoniques réalisées avec les formateurs.</p> <p>Les quatre questions principales qui ont été posées sont les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Pouvez-vous décrire votre expérience du programme MOCA-REDI jusqu'à présent?"</li> <li>• "Depuis la mise en œuvre du MOCA-REDI, avez-vous observé des changements dans l'attitude du personnel à l'égard de la prévention et de la gestion de l'agression clinique dans la pratique?"</li> <li>• "Pensez-vous que le programme a eu une incidence sur le niveau de compétence dont fait preuve le personnel lorsqu'il intervient en cas d'épisodes d'agression clinique?"</li> <li>• "Pensez-vous que le programme a affecté les niveaux de confiance que votre personnel affiche lorsqu'il répond à des épisodes d'agression clinique?"</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</li> </ul> <p>L'interviewer était Vikkie Dearie, l'un des auteurs. C'est une infirmière spécialisée en psychiatrie et elle a 18 ans d'expérience en tant que formatrice en prévention et en gestion de l'agression.</p> <p>Les entretiens duraient entre 15 et 30 minutes. Ces entretiens se sont déroulés 8 à 10 semaines après l'intervention. L'interviewer a envoyé un résumé de ses notes issu de l'entretien au participant afin de valider ses propos.</p>
<p><b>Méthode d'analyse des données</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle est la méthode d'analyse utilisée ? Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</li> </ul>

	<p>Marie Frances Gertz et Catherine Daniel ont analysé indépendamment les données des entretiens. Ils ont utilisé l'analyse du cadre pour passer en revue les réponses des entretiens.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?</li> </ul> <p>Il n'y a pas d'informations sur l'utilisation d'un logiciel pour le classement des données issus des entretiens.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</li> </ul> <p>Ils ont ensuite rencontré Vikki Dearie pour échanger sur l'interprétation des données et identifier les thèmes principaux issus des données.</p> <p>Les auteurs ont suivi un processus itératif pour analyser les données: familiarisation, identification d'un cadre thématique, indexation, cartographie et cartographie et interprétation.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</li> </ul> <p>Dans la partie résultats, il y a un rappel de l'échantillon qui a répondu aux critères de validation pour l'étude.</p> <p>Ensuite les auteurs ont fait ressortir 3 thèmes principaux des entretiens. Il s'agit de la sensibilisation à l'environnement de travail, de la modification de la communication du personnel envers les patients et enfin d'un plus grand niveau de considération de la part du personnel pour le point de vue du patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</li> </ul> <p>Le premier thème étant la sensibilisation à l'environnement de travail de la part du personnel à la suite du suivi du programme MOCA-REDI. Les formateurs ont remonté le fait que leur personnel était plus alerte pour identifier les sources de dangers dans leur pratique des soins. L'un des formateurs à rapporter que le fait que</p>

	<p>son personnel avait suivi un programme pour la prévention de la violence, cela avait facilité une dynamique déjà établie dans l'unité d'aménager l'environnement et sur la mise en place de nouvelles pratiques pour prendre en soins des patients agités.</p> <p>Le second thème portait sur la modification de la communication du personnel envers les patients. Les formateurs ont rapporté des retours de leur personnel respectif. Les formateurs ont observé qu'il y avait une sensibilisation variable parmi le personnel quant à l'importance de la communication de qualité entre le personnel et les patients. De nombreux commentaires ont souligné l'impact positif de l'attitude du personnel sur la qualité des soins et ont mis en avant l'importance des compétences en communication pour désamorcer les situations d'agression. Cependant des formateurs ont indiqué que certains membres de leur personnel n'ont pas changé leur attitude dans leur pratique et ce sont d'autres collègues qui leur ont fait des remarques par rapport à leur approche du patient.</p> <p>Le troisième thème portait sur un plus grand niveau de considération de la part du personnel pour le point de vue du patient à la suite du suivi du programme MOCA-REDI. Les formateurs ont rapporté que ce programme a encouragé les membres du personnel à avoir une réflexion plus critique sur l'expérience du patient dans son parcours aux urgences et le fait que plusieurs facteurs peuvent se cumuler et provoquer de la violence chez certains patients. De manière générale, les soignants ont rapporté à leur formateur que le programme les avait aidé à davantage considérer l'opinion du patient de son point de vue de la situation.</p>
<b><i>Discussion</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</li> </ul>

	<p>Un résumé des principaux résultats est présenté dans la discussion. Les auteurs rappellent dans cette partie les principaux thèmes qui sont ressortis des résultats de recherche. Les résultats des questionnaires pré-tests et post-test coïncident avec les retours que les formateurs avaient indiqué lors des entretiens.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?</li> </ul> <p>Au début de la discussion les auteurs ont indiqué que l'un des résultats est que l'application de ce programme MOCA-REDI avait modifié l'attitude du personnel soignant en cas d'interaction avec un patient violent.</p> <p>Les participants au programme ont rapporté que leur attitude envers les patients violents avait changé. Ils considéraient davantage l'importance de l'environnement du patient et des soins.</p> <p>L'un des deuxièmes résultats marquants qui est rappelé par les auteurs dans la discussion c'est que les participants maintiennent de l'incertitude dans le besoin d'agir lorsque l'agression a lieu et sur l'utilisation de la contention physique au sein des unités d'urgences.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</li> </ul> <p>Dans une étude finlandaise réalisée par Kontio et al. (2011), les résultats ont montré que la formation est un moyen qui permet aux professionnels de changer d'attitude vis-à-vis des patients agressifs.</p> <p>Plusieurs études, qui sont citées, ont été faites dans des unités de psychiatrie pour démontrer des stratégies ayant pour objectif de diminuer l'utilisation de la contention et de l'isolement. Cependant peu de recherches similaires ont été faites dans des départements d'urgence somatique.</p>
<p><b>Recommandations suggestions</b></p>	<p><b>&amp;</b> a. Quelles sont les recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</p>

	<p>Les auteurs évoquent que leur conclusion sur la diminution de l'utilisation des moyens de contentions du personnel infirmier vis-à-vis des patients agressifs à la suite du suivi de leur programme pourrait permettre de construire des futures recherches afin d'étudier plus en détail l'attitude des soignants vis-à-vis de l'utilisation de la contention.</p> <p>b. De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p> <p>c. Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</p> <p>L'une des principales limites qui est citée c'est le fait que l'échantillon soit non aléatoire et que cela augmente le risque de biais dans les réponses. L'une des autres limites c'est qu'un tiers des participants n'ont pas répondu au post-test notamment lié au manque de temps pour remplir ce questionnaire.</p>
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</li> </ul> <p>Les résultats de l'étude quantitative ont indiqué peu de preuve qui montré que le programme de formation changeait l'attitude des infirmiers vis-à-vis des causes et de la gestion des patients agressifs. En revanche les retours issus des formateurs indiquaient qu'ils avaient vu un changement positif chez certains infirmiers pour prévenir l'agressivité des patients.</p> <p>Les résultats de l'étude démontrent le besoin de créer des outils pour mesurer l'effet des formations pour la prévention de la et la gestion de la violence.</p> <p>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</p>



## 8.2 Appendice 2: Analyse de l'article 2

Arnetz, J. E., Hamblin, L., Russell, J., Upfal, M. J., Luborsky, M., Janisse, J., & Essenmacher, L. (2017). Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 59(1), 18–27. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000909>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). "Preventing patient violence in hospitals: Applying critical decision method interviews to understand how skilled staff think and act differently"</li> <li>Titre en français: "Prévenir la violence des patients dans les hôpitaux : appliquer des entretiens avec des méthodes de décision critiques pour comprendre comment le personnel qualifié pense et agit différemment »</li> <li>▪ Quels sont les thèmes abordés ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention de la violence</li> <li>• Méthode de décision critique</li> <li>• Comprendre comment le personnel qualifié agit et pense différemment.</li> </ul> </li> <li>▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Comment le personnel qualifié pense et agit différemment ?</li> </ul>
<b>Auteurs-es</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). Les auteurs de cette étude sont Suzanne Janzen (Centre régional médical Saint Alphonse, États-Unis d'Amérique), Judith Arnetz (Université de l'Etat du Michigan, États-Unis d'Amérique),</li> </ul>



	Sydney Radcliffe (Centre régional médical Saint Alphonse, États-Unis d'Amérique), Laurie Fitzpatrick (Université de l'État du Michigan, États-Unis d'Amérique), Joyce Eden (Centre médical Saint Agnes, États-Unis d'Amérique) et Mélanie C.Wright (Université d'État de l'Idaho, États-Unis d'Amérique)
<b>Mots-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les mots-clés ?</li> </ul> <p>Les mots-clés de cette étude sont les suivants: violence, agression, santé mentale, théorie ancrée et empathie.</p>
<b>Résumé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</li> <li>▪ Objectif : comment le personnel hospitalier qualifié reconnaît et réagit face aux patients violent.</li> <li>▪ Méthodologie : Méthode qualitative ; entretiens</li> <li>▪ Résultats : plusieurs approches positives ont été relevée : l'empathie pour le patient, lui accorder du temps, comportement calme, ne pas prendre les choses personnellement, stratégies pour établir la confiance.</li> </ul>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b>Pertinence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).</li> <li>▪ La preuve de la violence auprès du personnel hospitalier dans le monde entier (Nelson, 2014; Phillips, 2016)</li> <li>▪ Parmi 38 pays, un tiers du personnel infirmiers a subi des agressions physiques, des intimidations ou des blessures et 2/3 ont subi des violences non physiques (Spector et al., 2014).</li> <li>▪ Prévalence de la violence aux urgences en augmentation (Eden, 2019; Leach et coll., 2019; Wright, 2018)</li> <li>▪ Impact de la violence : insatisfaction du personnel de santé, épuisement professionnel, perte de temps de travail et de roulement du personnel (Gates et coll., 2011; Kelly, 2020; Nelson, 2014; Phillips, 2016).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Résultats d'études précédentes pour réduire la violence via différents axes : approche organisationnelle, dotation, conception environnementale, formation.</li> <li>▪ Manque de données probantes sur les interventions individuelles pour faire face aux incidents violents notamment aux urgences (Nordstrom et coll., 2019; Zolnierrek, 2009).</li> </ul>
<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</li> </ul> <p>Contribuer aux connaissances et aux pratiques actuelles en améliorant la connaissance sur les approches efficaces de désescalade et apporter des stratégies de prévention de la violence transposables dans différents milieux de soins.</p>
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les concepts les plus importants ?</li> </ul> <p>Les interventions introduites pour réduire la violence sont l'amélioration de l'environnement, l'améliorations organisationnelles, la mise en œuvre de programmes de prévention (signalement des incidents et interventions utilisées), la formation du personnel.</p> <p>La désinstitutionalisation des soins psychiatriques a entraîné un transfert de certains patients psychiatriques aux urgences, certaines interventions réduisent l'utilisation de la contention ou de médicaments (Gaynes et al., 2016), la sous-déclaration des incidents de violence (Arnetz et coll., 2015).</p> <p>Outils d'évaluation : liste de contrôle de la violence de Broset, pour identifier si un patient est susceptible d'être violent (Hvidhjelm et coll., 2014).</p>

## PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

### Méthodologie

#### **Questions de recherche**

- Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.

	<p>La question de recherche de l'étude est « comprise comment le personnel qualifié <b>perçoit</b> et <b>réagit</b> à l'agression des patients et à <b>comparer</b> les <u>approches du personnel qualifié aux expériences du personnel</u> qui a récemment été impliqué dans des incidents d'agression des patients »</p>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? L'étude à un devis randomisé contrôlée.</li> </ul> <p>L'échantillon était composé d'une cohorte de 23 participants (hôpital A : 14 ; hôpital B : 9). De manière plus détaillé, il y avait 13 professionnels de santé expérimentés/qualifiés et 10 soignants récemment impliqués dans des incidents de violence ou d'agression. Le recueil de donnée a été effectué jusqu'à la saturation des données.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le rôle du chercheur est-il défini ? (Par ex, le chercheur reconnaît-il son influence potentielle dans la recherche ? De quelle manière participe-t-il à l'étude ? Etc.).</li> </ul> <p>Oui. Ils ont mené des entretiens dans deux hôpitaux de deux états des USA. Ils étaient deux chercheurs par entretiens afin de limiter le risque de biais et de confirmer la cohérence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</li> </ul> <p>Le Comité d'examen institutionnel de l'organisme qui subventionne cette recherche a approuvé cette étude. Chaque participant a été payé à son temps horaire durant les entretiens. Les données d'identification du personnel ont été supprimées. Les informations d'identité des participants ont été stockées dans un lieu séparé et sécurisé.</p>
<b>Sélection des participants ou objet d'étude</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</li> </ul> <p>La population visée était le personnel soignant qualifié et expérimenté dans la gestion de patients violents et le personnel soignant ayant récemment vécu un incident de violence ou d'agression.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</li> </ul> <p>Non</p>
<b>Choix des outils de collecte de données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</li> </ul> <p>Des entretiens ont été menés avec la méthode MDP (Hoffman et al., 1998) en 6 étapes. Elles sont décrites de façon précise.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comment se réalise concrètement la collecte des données ?</li> </ul> <p>Les entretiens étaient de 60-90 min avec chaque participant entre mars 2018 et janvier 2019, avec 2 chercheurs présents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>À quelle fréquence ?</li> </ul>
<b>Méthode d'analyse des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</li> <li>Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</li> <li>Analyse des entretiens par 4 personnes ayant plusieurs années d'expériences dans la collecte de données qualitatives + ayant une expérience dans l'utilisation de la méthode MDP.</li> <li>Les transcriptions originales ont été codées par les 4 chercheurs, puis comparés collectivement</li> <li>Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (NVIVO, MAXQDA, autre ?)</li> </ul> <p>Non</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</li> </ul> <p>« <b>Rigueur</b> : Tout au long de cette recherche, nous avons suivi les conseils de Charmaz, 2006 et Whittemore et al., 2001. »</p> <p>« Assurer la crédibilité, l'intégrité, la criticité et la congruence de l'analyse et de l'interprétation des données (Charmaz, 2006; Whittemore et coll., 2001). »</p>

	« <b>respect de la liste du contrôle</b> du COREQ pour élaborer et rendre compte de nos recherches. »
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</li> </ul> <p>Deux thèmes ressortent des résultats, les approches positives et les défis liés à la prise en charge des patients agressifs.</p> <p>Dans le sous-thème des approches positives, il y avait maintenu de l'empathie, donner du temps et de l'espace, avoir une approche calme (voix calme, gestes calmes, contenir ses réactions) et créer un lien de confiance.</p> <p>Dans les sous thèmes des défis liés à la prise en soins des patients agressifs, il y avait les ressources inadéquates (environnements physiques ; formation personnelle), la perception du risque et du degré d'urgence et la stigmatisation de la santé mentale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</li> </ul> <p>Les soignants qualifiés expriment plus d'empathie envers les patients atteints de maladies mentales ou ayant des troubles liés à l'utilisation de substances.</p> <p>Les soignants expérimentés ont plus souvent déclaré qu'ils ne prenaient pas de façon personnelle et ils ont décrit des stratégies pour établir un lien avec le patient.</p> <p>Les soignants expérimentés ont décrit qu'il était primordial de donner du temps et de l'espace aux patients, alors que les autres personnes interrogées avec une réaction inverse et voulait conclure l'événement le plus rapidement possible.</p>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</li> </ul> <p>Oui</p> <p>Les éléments de l'approche positive étaient principalement énoncés par le personnel qualifié. Tandis que les défis étaient</p>

	<p>plutôt décrits par le personnel impliqué récemment dans l'incident.</p> <p>MDP est un bon outil pour approfondir un événement d'agression et de violence des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?</li> </ul> <p>L'étude a mis en avant une liste d'approches concrètes des bonnes pratiques à avoir face à un patient violent. Elle a aussi mis en avant les défis principaux que représentent de faire face à des patients violents ou agressifs.</p> <p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études?</p> <p>Les approches positives rejoignent les recommandations consensuelles pour la désescalade verbale, issue du projet BÊTA de l'American Association for Emergency Psychiatry.</p> <p>Les auteurs de cette étude ont des résultats similaires à ceux de l'étude de Richmond et al. (2012) dans lesquelles ils rapportent le fait de respecter l'espace personnel, de ne pas être provocateur, d'identifier les désirs et les sentiments, d'écouter attentivement ce que le patient dit, et d'offrir des choix et de l'optimisme.</p> <p>Les auteurs de cette étude ont des résultats similaires à ceux d'une étude australienne de Pryor (2006) dans laquelle il mettait aussi en avant le fait d'avoir: une attitude calme, de travailler avec et pour le patient et aussi d'identifier le problème pour prédire et minimiser l'agressivité.</p> <p>Les auteurs font référence à une étude de Weisz et Zaki (2018) dans laquelle ils discutent de la construction de l'empathie motivée. Ils soulignent que l'empathie reflète la motivation d'un individu dans une situation particulière.</p>
<p><b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</li> </ul> <p>Pour la pratique :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité d'une formation générale sur la désescalade qui met l'accent sur les approches efficace : calme, identification, établissement de la confiance.</li> </ul> <p>□ Apport pour la littérature : une liste succincte de d'approches positives</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les services d'urgences et services hospitaliers, où les ressources infirmières sont limités rend difficile « la promotion de l'empathie envers les patients ».</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les suggestions et recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les infirmiers qualifiés seraient « crédibles et efficaces dans la formation de leur pairs »</li> </ul> </li> <li>▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ? Davantage de personnels qualifiés a été interviewé.</li> </ul> <p>Les soignants qualifiés ont été identifiés par leur pairs, pas de preuves de la validité de cette méthode.</p> <p>Les deux populations étudiées n'étaient pas « neutre », dans le sens où des soignants qualifiés avaient aussi participé à des événements récents d'agressions ou de violence.</p>
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? La recherche a mis en avant les approches venant de l'expérience du personnel qualifié issus de leur pratique et de leur expertise.</li> <li>▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le maintien de l'empathie</li> <li>▪ L'octroi de temps</li> <li>▪ L'utilisation d'une approche calme</li> <li>▪ L'établissement d'un lien de confiance</li> </ul> </li> </ul>

	<p>Les résultats coïncident avec les données d'autres études internationales.</p> <p>« Cette étude est unique en ce sens qu'elle inclut le personnel de différents milieux et rôles hospitaliers. »</p>
--	---



### 8.3 Appendice 3: Analyse de l'article 3

Ming, J.-L., Huang, H.-M., Hung, S.-P., Chang, C.-I., Hsu, Y.-S., Tzeng, Y.-M., Huang, H.-Y., & Hsu, T.-F. (2019). Using Simulation Training to Promote Nurses' Effective Handling of Workplace Violence: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3648. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193648>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<p>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</p> <p>"Using Simulation Training to Promote Nurses Effective Handling of Workplace Violence: A Quasi-Experimental Study"</p> <p>FR : L'utilisation de la formation par simulation pour promouvoir la gestion efficace de la violence au travail par les infirmières : Une étude quasi-expérimentale</p> <p>Quels sont les thèmes abordés ?</p> <p>La violence sur le lieu de travail dans les soins, le manque de préparations et de compétences du personnel soignant pour y faire face, l'utilisation de simulation du concept de violence afin de préparer les infirmiers à des situations de violences. L'effet de cette simulation.</p> <p>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</p> <p>La présente étude ne fait que mention des infirmières comme population.</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</p>

	<p>Jin-Lain Ming 1,*, Hui-Mei Huang 1 , Shiao-Pei Hung 1 , Ching-I Chang 1, Yueh-Shuang Hsu 1, Yuann-Meei Tzeng 1, Hsin-Yi Huang 2 et Teh-Fu Hsu 3</p> <p>1 Département des soins infirmiers, Hôpital général des vétérans de Taipei, n° 201, Sec. 2, Shipai Rd., Beitou District, Taipei City 11217, Taiwan ; hmhuang2@vghtpe.gov.tw (H.-M.H.) ; sphong@vghtpe.gov.tw (S.-P.H.) ; Cichang2@vghtpe.gov.tw (C.-I.C.) ; ys_hsu@vghtpe.gov.tw (Y.-S.H.) ; ymtzeng@vghtpe.gov.tw (Y.-M.T.)</p> <p>2 Département de biostatistique Task Force, Hôpital général des vétérans de Taipei, No.201, Sec. 2, Shipai Rd, Beitou District, Taipei City 11217, Taiwan ; sweethsin509@gmail.com</p> <p>3 Service des urgences, Hôpital général des vétérans de Taipei, No.201, Sec. 2, Shipai Rd, Beitou District, Taipei City 11217, Taiwan ; tfhsu@vghtpe.gov.tw</p>
<b>Mots-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les mots-clés ?</li> </ul> <p>violence sur le lieu de travail ; formation par simulation ; infirmière</p>
<b>Résumé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</li> </ul> <p>Objectif:</p> <p>Cette étude visait à examiner l'efficacité d'une formation par simulation de situation sur le concept de la violence au travail et la confiance en soi du personnel infirmier pour faire face à la violence sur le lieu de travail.</p> <p>Méthodologie :</p> <p>Les informations ont été recueillies à l'aide de questionnaires structurés qui incluaient les éléments suivants : (1) les caractéristiques fondamentales ; (2) l'échelle de perception de</p>

	<p>l'agression (POAS) ; et (3) l'estime de soi pour faire face à l'agression des patients.</p> <p>Résultats :</p> <p>Les résultats ont démontré que l'intervention de la formation a entraîné une amélioration significative de la perception de soi et de la confiance du personnel infirmier vis-à-vis de la violence sur le lieu de travail (<math>p &lt; 0,001</math>).</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b><i>Pertinence</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).</li> </ul> <p>La justification de l'étude repose sur des constats que l'on retrouve dans la littérature ainsi que sur des données statistiques.</p> <p>Aussi, l'étude s'appuie sur le fait que l'OMS et le Conseil International des Infirmières ont reconnu que l'incidence des épisodes de violence constituait une priorité majeure en matière de santé.</p> <p>L'étude se justifie aussi en s'appuyant sur le fait que la simulation est reconnue comme étant un moyen d'enseignement clinique efficace.</p> <p>Elle relève aussi que les études portant sur les</p>

	Les effets de la formation par simulation sur la prévention de la violence au travail sont encore limités.
<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</li> </ul> <p>Cette étude visait à étudier la perception de la violence au travail et l'efficacité de la confiance en soi pour faire face aux agressions par le biais d'une formation et d'un enseignement par simulation pour les infirmières généralistes.</p>
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quels sont les concepts les plus importants ?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Violence au travail</li> <li>● Perception/confiance en soi des infirmières</li> <li>● Effet d'une simulation</li> </ul>

## PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

### Méthodologie

#### Questions de recherche

- Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?

Variable indépendante : (1) des informations de base (: l'âge, le sexe, l'état civil, le niveau d'éducation, l'intitulé du poste, le niveau, l'unité de travail, l'expérience professionnelle, l'expérience professionnelle totale, l'ancienneté, l'expérience de la violence au travail, l'expérience de la formation à la violence au travail et l'intention de bénéficier d'une formation à la violence au travail.)

	<p>Variable dépendante : (2) l'échelle de perception de l'agression (POAS) ;</p> <p>et (3) la confiance dans la capacité à faire face à l'agression d'un patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de violence au travail</li> </ul> <p>▪ Quels sont les buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche ?</p> <p>Étudier la perception de la violence au travail et l'efficacité de la confiance en soi pour faire face aux agressions par le biais d'une formation et d'un enseignement par simulation pour les infirmières généralistes.</p>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? Le devis de l'étude est de type quasi expérimental.</li> </ul> <p>Il consiste en la sélection de 66 participants de membre du personnel infirmier d'un hôpital de 3000 lits à Taiwan. Les participants provenaient de service présentant un risque élevé de violence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</li> </ul> <p>Les participants ont été invités à assister à des cours de formation de 3 heures sur la "simulation de la violence au travail" et à remplir des questionnaires en format papier avant et immédiatement après la fin de tous les cours. Les participants ont été soumis à trois questionnaires structurés, comprenant : (1) des informations de base ; (2) l'échelle de perception de l'agression (POAS) ; et (3) la confiance en leur capacité à faire face à l'agression d'un patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. Cette étude a été approuvée par l'Institutional Review Board Taipei Veterans General Hospital</li> </ul>

	<p>(VGHIRB No. 2015-06-007A).</p> <p>L'objectif de cette étude, les procédures, la méthodologie et les droits du sujet ont été bien expliqués au personnel infirmier éligible selon le formulaire de consentement éclairé.</p> <p>Un consentement éclairé écrit a été obtenu de chaque participant avant la collecte des données.</p>
<b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population visée ?</li> </ul> <p>La population visée est les infirmiers travaillant dans un hôpital de 3000 lits à Taiwan travaillant dans des services à haut risques de violence (urgences, chirurgie, médecine).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</li> </ul> <p>Aucunes précisions sur la procédure de sélection ne sont mentionnées dans l'article</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</li> </ul> <p>Les participants devaient être volontaire et travailler dans un service présentant un haut risque de violence comme identifié dans l'étude</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</li> </ul> <p>L'étude indique avoir effectué un échantillonnage de commodité.</p>
<b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les instruments de mesure ?</li> </ul>

	<p>Les analyses de données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS pour Windows V23.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• POAS (échelle de perception de l'agressivité), normalement à 32 items, a été abaissé à 12 par Needham et al. (2004) → La cotation principalement utilisée pour les items du questionnaire est une échelle de Lickert à 5 points avec une bonne fiabilité</li> <li>• Confiance dans la gestion de l'agressivité de patients. Échelle développée par Thackrey a été utilisée pour mesurer la confiance dans la gestion de l'agression. Échelle composée de 10 items, quantifiée avec échelle de Lickert à 5 points aussi. Elle présentait un Alpha de Cronbach à 0.92</li> </ul> </li> <li>▪ De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</li> </ul> <p>Il n'y a pas de période précise qui sont données, cependant les participants ont été répartis en groupe de 8 ou 9 et devait répondre au questionnaire juste après avoir réalisé l'entièreté des cours.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</li> </ul> <p>Variables indépendantes : l'âge, le sexe, l'état civil, le niveau d'éducation, l'intitulé du poste, le niveau, l'unité de travail, l'expérience professionnelle, l'expérience, professionnelle totale, l'ancienneté, l'expérience de la violence au travail, l'expérience de la formation à la violence au travail et</p>
--	--

	<p>l'intention de bénéficier d'une formation à la violence au travail.</p> <p>Variables dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les attitudes des infirmières à l'égard des agressions sur le lieu de travail, dimension 1 (considération dysfonctionnelle et indésirable) et 2 (fonctionnelle et compréhensive)</li> <li>• Confiance dans la gestion de l'agressivité des patients</li> </ul>
<p><b><i>Interventions programmes applicable)</i></b></p>	<p><b><i>ou (si</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ? L'intervention se décompose en 2 phases, la première concerne une série de cours donnée, plusieurs manières d'apprentissage sont données lors de la dispensions de ces cours. Ensuite, les participants à ces cours devaient répondre à un questionnaire évaluant les concepts décrits de l'étude : confiance en soi pour faire face à de la violence dans les soins, effet d'une simulation, perception de la violence.</li> <li>▪ De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</li> </ul> <p>Les différents cours ont comme contenu le suivant :</p> <p>1 : examens de la prévention de la violence. <input type="checkbox"/> Explication en classe</p> <p>2 : vidéo de simulation de la violence au travail (y compris violence verbale et physique). <input type="checkbox"/> Visionnage en classe</p> <p>3 : prévention, traitement, et communication en cas de violence verbale. <input type="checkbox"/> Explication et démonstration en classe</p>



	<p>4 : compétences en matière de prévention, de traitement et de rupture en cas de violence physique. □ Explication et démonstration en classe.</p> <p>5 : exercices de simulation en groupe et discussion sur l'examen des scénarios en groupe. □ Simulation, discussion en groupe et retour d'information.</p> <p>Les participants répondent juste après leur dernier cours à un questionnaire présentant une échelle de Lickert sur 5 pour les items suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations personnelles</li> <li>• L'échelle de perception de l'agression (POAS)</li> <li>• La confiance en leur capacité à faire face à l'agression d'un patient.</li> </ul>
<p><b>Méthode d'analyse des données</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</li> </ul> <p>Des analyses descriptives ont été effectuées pour les variables catégorielles telles que le sexe, le niveau d'éducation, l'état civil, l'intitulé et le niveau du poste, l'expérience professionnelle, l'unité actuelle, le département actuel et l'expérience de la violence au travail ; ces variables ont été décrites par la distribution des fréquences et des pourcentages. Les variables continues telles que l'âge et l'ancienneté ont été décrites par la moyenne et l'écart type (ET).</p> <p>Les disparités entre les résultats pré- et post-formation concernant la perception de la violence au travail et la confiance en soi ont été évaluées à l'aide d'équations d'estimation généralisée (GEE).</p>

**Résultats**

- Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?
  - Infos de bases : Age moyen de 32 +/- 9 ans, la plupart était des femmes célibataires
  - Eval des résultats d'une intervention dans le cadre d'un cours de formation à la simulation de la violence au travail :

Articles	Pré-test	Post-test
Facteur d'attitude 1 (négatif)	25 ± 3	26 ± 3
Facteur d'attitude 2 (positif)	21 ± 4	23 ± 4
Confiance en ses capacités d'adaptation	28 ± 4	32 ± 5

- Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?

pas de précision mis à part les variables.

- Quels sont les résultats statistiquement significatifs ( $p \leq 0,05$ ) ?

Variable	Valeur estimée	Erreur standard	Valeur
$p$ Post-test vs. Pré-test	3.94	0.66	<0.001
Niveau d'éducation			
Études supérieures (ou plus) vs. université	-5.00	1.27	<0.001
Université vs. Collège	-3.918	0.55	<0.001
Intention de recevoir une formation sur la violence au travail Oui vs Non	-2.42	1.15	0.04

les performances des facteurs 1 et 2 au post-test

ont atteint une signification statistique ( $p < 0,001$ ),

	Articles	Pré-test	Post-test
	Facteur d'attitude 1 (négatif)	25 ± 3	26 ± 3
	Facteur d'attitude 2 (positif)	21 ± 4	23 ± 4
	Confiance en ses capacités d'adaptation	28 ± 4	32 ± 5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les autres résultats importants ?</li> </ul> pas d'autres résultats importants		
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</li> </ul> <p>Cette étude a généré plusieurs résultats, à savoir : (1) L'intervention de la "formation par simulation sur la violence au travail" a entraîné une amélioration significative de la perception de la violence au travail et de la confiance en soi pour faire face aux incidents d'agression. (2) Un niveau d'infirmière plus élevé était associé à une perception plus élevée de la violence au travail. En revanche, les participants ayant déjà vécu des épisodes de violence au travail et ayant suivi des formations sur la violence au travail présentaient des scores de perception de la violence au travail négativement associés. (3) Les participants ayant un niveau d'éducation plus élevé et l'intention de recevoir une formation sur la violence au travail ont montré une baisse significative de la confiance dans leurs capacités d'adaptation.</p> <p>De plus, il a été observé que 66,7 % des participants ont été confrontés à des incidents de violence pendant leur travail, suggérant que les actes de violence entre collègues ou entre patients et personnel infirmier pourraient être assez fréquents. Magnavita et al. ont précédemment rapporté une expérience en Italie selon laquelle les infirmières étaient principalement agressées ou harcelées par des patients ou leurs proches.</p>		

Aussi il a été constaté que les scores liés à la perception de la violence au travail étaient plus élevés chez les infirmières de niveau N3 et N2 par rapport aux infirmières débutantes de niveau N. Cela pourrait être dû au fait que ces groupes avaient une plus grande expérience dans le milieu clinique, ce qui leur conférait une attitude plus positive face à l'agression sur le lieu de travail.

Pour ceux qui avaient des scores plus faibles en termes de perception de la violence au travail, ayant déjà vécu des épisodes de violence au travail et suivi une formation sur la violence au travail, nous suspectons que leurs pensées négatives antérieures sur la violence au travail peuvent les affecter. Selon les résultats de notre étude, le niveau d'infirmière, l'exposition antérieure à la violence au travail, les brimades et l'expérience de formation antérieure sur la violence au travail peuvent influencer les résultats de la formation. Par conséquent, il est important de prendre en considération de manière approfondie et variée ces facteurs lors de la conception ou de la planification de programmes de prévention de la violence au travail.

En ce qui concerne la confiance en soi pour faire face à l'agression, notre étude a révélé qu'un niveau d'éducation plus élevé était associé à une confiance moins élevée. Les infirmières titulaires d'un diplôme de deuxième ou troisième cycle ou d'un diplôme universitaire étaient nettement moins confiants dans leur capacité d'adaptation que celles ayant un diplôme de niveau inférieur. Étant donné que la plupart des infirmières étaient titulaires d'une licence, il est important que les responsables renforcent leur confiance dans leurs capacités à faire face à la violence sur le lieu de travail.

- Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?

Il a été constaté des augmentations significatives des scores au post-test en ce qui concerne la perception de la violence au travail et la confiance en soi face aux incidents d'agression, ce qui suggère que la formation par simulation peut améliorer la compréhension de la violence au travail et renforcer la confiance en soi pour faire face à de tels événements violents.

- Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].

L'étude rapporte plusieurs résultats retrouvés dans d'autres études comme suit :

Des recherches antérieures ont démontré que les cours de formation à la prévention contribuent à accroître la sensibilisation à la violence au travail et à réduire l'incidence de la violence [15-22]. Une revue systématique portant sur neuf études sur l'impact de la formation à la prévention de la violence au travail chez le personnel infirmier a révélé que toutes les études ont signalé une augmentation de la confiance et une amélioration de l'attitude, des compétences et des connaissances après la formation [19]. Une étude spécifique sur la prévention de la violence au travail a démontré l'efficacité de l'éducation et de la formation [23]. Needham et al. (2005) ont conçu une série de cours de formation à la prévention de la violence et ont constaté que les étudiants en soins infirmiers ayant suivi ces cours présentaient une plus grande confiance en eux et une meilleure capacité à gérer les agressions par rapport au groupe témoin [15]. Lamont et Brunero (2018) ont également démontré qu'après avoir suivi des cours de formation dans un hôpital de référence tertiaire en Australie, la confiance globale dans la gestion de la violence au travail avait significativement augmenté parmi les 78 participants [21]. De plus, Cook et al. ont réalisé une méta-analyse pour évaluer les résultats de la formation par simulation, concluant que la formation par simulation était une stratégie d'enseignement efficace en termes de connaissances et de satisfaction [30].

<p><b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</li> </ul> <p>Il est recommandé de développer des simulations spécifiques pour différentes unités médicales, telles que les urgences, la psychiatrie, les soins à domicile, etc. De plus, il est conseillé d'intégrer la formation par simulation dans le programme de prévention de la violence au travail de l'hôpital et de le mettre à jour régulièrement. Pour faciliter un apprentissage plus souple, un cours en ligne sur la prévention de la violence au travail peut être développé, comprenant des ressources interactives telles que des textes et des vidéos de cas réels. Cela permettra au personnel infirmier d'apprendre les stratégies de prévention en ligne et de les mettre en pratique lors de cours de formation par simulation en situation réelle.</p> <p>Aussi il est recommandé d'inclure d'autres indicateurs subjectifs et objectifs dans l'évaluation du programme de formation par simulation sur la violence au travail. Cela pourrait inclure des mesures telles que l'incidence de la violence au travail, l'attitude du personnel infirmier face à la violence au travail et leurs compétences de réaction réelles. Il serait bénéfique de mener des enquêtes approfondies sur différents types de violence, tels que la violence entre travailleurs ou entre patients et travailleurs, ainsi que la violence latérale et verticale. De plus, il serait pertinent de prolonger la période de suivi afin de comprendre l'effet à long terme des cours de formation par simulation sur la violence au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</li> </ul>

	<p>Selon les études précédentes, il est établi que les programmes de prévention de la violence au travail contribuent à diminuer l'exposition aux comportements violents sur le lieu de travail. Cette réduction de l'exposition a un effet bénéfique sur le bien-être psychologique des employés, améliorant ainsi leur qualité de vie globale et leur satisfaction au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</li> </ul> <p>Étant donné que seule une évaluation pré-test et post-test a été effectuée dans cette étude, il n'est pas possible de mesurer la durabilité des effets de l'apprentissage à long terme. De plus, l'évaluation des résultats n'a pas inclus le suivi des cas réels de violence sur le lieu de travail ni des compétences de réaction en situation réelle. Dans cette étude sur l'intervention de "l'éducation par simulation sur la formation à la violence au travail", seuls les attributs de base ont été analysés. Cependant, d'autres variables doivent encore être examinées, telles que l'évaluation régulière des risques environnementaux dans les établissements médicaux ou l'attitude des superviseurs à l'égard des incidents de violence sur le lieu de travail. D'autre part, de nombreux facteurs influencent l'efficacité de l'apprentissage, tels que les différentes méthodes d'éducation et de formation utilisées ainsi que les connaissances préalables des individus. Il convient de noter que c'était la première fois que notre hôpital mettait en place un programme de prévention de la violence sur le lieu de travail en utilisant une formation par simulation.</p>
<p><b>Conclusions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</li> </ul> <p>L'étude cherchait à étudier la perception de la violence au travail et l'efficacité de la confiance en soi pour faire face aux agressions par le biais d'une formation et d'un enseignement par simulation pour les infirmières généralistes. Elle a obtenu</p>

	<p>plusieurs résultats précis, différenciant les niveaux d'études et prenant en compte d'autres variables indépendantes.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</li></ul> <p>Les résultats ont démontré que l'intervention de la formation a entraîné une amélioration significative de la perception de soi et de la confiance du personnel infirmier vis-à-vis de la violence sur le lieu de travail (<math>p &lt; 0,001</math>).</p>
--	---



## 8.4 Appendice 4: Analyse de l'article 4

Christensen, S. S., Lassche, M., Banks, D., Smith, G., & Inzunza, T. M. (2022). Reducing Patient Aggression Through a Nonviolent Patient De-escalation Program: A Descriptive Quality Improvement Process. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(4), 297–305. <https://doi.org/10.1111/wvn.12540>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). "Reducing Patient Aggression Through a Nonviolent Patient De-escalation Program: A Descriptive Quality Improvement Process"</li> </ul> <p>Titre traduit en français: " Réduction de l'agression des patients grâce à un programme non violent de désescalade des patients : Un processus descriptif d'amélioration de la qualité"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les thèmes abordés ? Les thèmes qui sont abordés sont la réduction de l'agression des patients et l'utilisation d'un programme de désescalade.</li> <li>▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Le titre se réfère aux patients.</li> </ul>
<b>Auteurs-es</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). Les auteurs de cette étude sont:</li> <li>• <b>Scott S. Christensen</b> (Directeur des soins infirmiers. professeur adjoint et doctorant à l'université de l'Utah et à l'école d'infirmière à Salt Lake City, USA),</li> <li>• <b>Madeline Lassche</b> (professeur associé et directrice exécutive de la simulation à l'école d'infirmière à l'université de l'Utah, Salt Lake City, USA),</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dustin Banks</b> (directeur des services de soutien à l'université de l'Utah, Salt Lake City, USA),</li> <li>• <b>Glenn Smith</b> (directeur de la sécurité de la division de sécurité de l'université de l'Utah, Salt Lake City, USA) et</li> <li>• <b>Trell M. Inzunza</b> (directeur des soins infirmiers à l'université de l'Utah, Salt Lake City, USA).</li> </ul>
<b>Mots-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les mots-clés ?</li> </ul> <p>Les mots-clés sont agression, pratique fondée sur des données probantes, infirmières, relations infirmières-patients, gestion de la sécurité, formation par simulation et violence sur le lieu de travail.</p>
<b>Résumé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</li> </ul> <p>L'objectif de cette étude est d'améliorer la sécurité des pratiques en mettant en place un programme de désamorçage et de signalement des patients violents.</p> <p>La méthodologie utilisée était principalement basée sur un questionnaire et des enquêtes avant et après l'intervention.</p> <p>Les résultats de cette étude ont permis de montrer l'efficacité de la mise en place du programme BERT (traduction française du sigle: Équipe d'intervention en cas d'urgence comportementale) sur la diminution des épisodes de patients agressifs.</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b>Pertinence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).</li> </ul> <p>Dans la partie "contexte" de l'étude les auteurs rappellent la présence des différents types de violences auxquelles font principalement face les infirmières et les aides-soignantes. Contrairement à d'autres domaines professionnels, les soins sont des contextes où la violence est peut déclarer. À titre d'exemple, les auteurs mentionnent que dans l'étude de Song, Wang et Wu,</p>

	<p>en 2021, ils faisaient état de seulement 45.5% des infirmières qui déclarent leurs incidents liés à la violence.</p> <p>Les auteurs déplorent aussi le manque de mesures qui sont prises pour prévenir et lutter contre cette violence dans les services de soins aigus. Contrairement aux services spécialisés en psychiatrie, ceux -ci sont bien moins préparés pour faire face à la violence.</p> <p>En conclusion de cette sous-partie les auteurs rappellent la pertinence des formations pour le personnel afin qu'il soit équipé pour prévenir et faire face à la violence.</p>
<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<p>○ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</p> <p>Les auteurs présentent cinq objectifs pour leur étude:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>"mieux comprendre l'ampleur de l'évolution des patients dans l'établissement où se déroule l'étude"</i></li> <li>• <i>"développer une équipe d'intervention en cas d'urgence comportementale et un programme de désescalade des patients applicable à tout établissement hospitalier du système de santé"</i></li> <li>• <i>"former les membres de l'équipe BERT aux techniques de désescalade"</i></li> <li>• <i>"améliorer la confiance et la capacité du personnel infirmier de chevet à utiliser les ressources de désescalade"</i></li> <li>• <i>"créer une culture qui favorise le signalement des rencontres agressives avec les patients et les visiteurs".</i></li> </ul>
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<p>○ Quels sont les concepts les plus importants ?</p> <p>Les principaux concepts théoriques de cette étude sont l'amélioration de la qualité des soins et la prévention de la violence.</p>

<b>Méthodologie</b>	
<b>Questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?</li> </ul> <p>Les variables dépendantes sont l'amélioration de la qualité des soins et la réduction de l'agression des patients.</p> <p>La variable indépendante est le programme non violent de désescalade des patients.</p> <p>La variable contrôle de cette étude est le groupe de référence qui était composé d'infirmières et d'aide-soignant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche ?</li> </ul> <p>Les buts de la recherche ne sont pas à nouveau mentionnés dans la partie méthodologie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Si applicable</i> : quelles sont les hypothèses de recherche ?</li> </ul>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</li> </ul> <p>Le devis de l'étude est quasi-expérimental car il y a un groupe de référence et un groupe pilote qui reçoit l'intervention, mais pas de répartition aléatoire des participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</li> <li>▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</li> </ul> <p>Le comité de révision institutionnel a validé le lancement de l'étude en janvier 2018.</p>
<b>Sélection des participants ou objet d'étude</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population visée ?</li> </ul> <p>La population visée par l'étude est le personnel soignant de l'hôpital de l'université de l'Utah.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</li> </ul> <p>Les participants étaient volontaires.</p>

	<p>Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</p> <p>Les participants devaient être en activité dans l'hôpital durant l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</li> </ul> <p>Il n'y a pas de précision sur la taille de l'échantillon.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Si applicable</i> : y a -t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ?</li> </ul> <p>Dans cette étude il y avait trois groupes différents. Un groupe composé de personnel infirmier. un groupe composé des intervenants BERT, c'est-à-dire des des infirmiers responsables, des superviseurs, des travailleurs sociaux et des agents de sécurité. Ils ont été formés à pouvoir répondre à une demande dans les unités pilotes "24 heures sur 24 et 7 jours sur 7" . Et enfin il y avait un groupe composé de répartiteurs en télécommunication. Ce dernier groupe a été formé au triage des appels "BERT".</p>
<p><b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les instruments de mesure ?</li> </ul> <p>L'instrument de mesure était un questionnaire. celui-ci a été rempli par les participants à deux reprises en phase pré-pilote puis post-pilote.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par exemple, échelles de Likert à x points, etc.).</li> </ul> <p>Le questionnaire était composé de 7 items avec une échelle de Likert. Cette échelle avait 5 points, 5 signifiait "tout à fait d'accord" et 1 signifiait "tout à fait en désaccord".</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</li> </ul> <p>La collecte de données se déroule à deux moments différents. Les participants ont répondu une première fois aux questionnaires en phase pré-pilote, puis une seconde fois en phase post-pilote.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</li> </ul> <p>Les variables dépendantes sont l'amélioration de la qualité des soins et la réduction de l'agression des patients.</p> <p>La variable indépendante est le programme non violent de désescalade des patients.</p> <p>La variable contrôle de cette étude est le groupe de référence qui était composé d'infirmières et d'aides-soignants.</p>
<p><b><i>Interventions ou programmes (si applicable)</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</li> </ul> <p>Le programme de désescalade qui est proposé dans cette étude à différentes composantes. D'une part, il comprend la mise en place d'un système de triage pour les appels violents. Il y a aussi une formation pour les répartiteurs de télécommunication. Les intervenants BERT recevaient une formation de deux heures avec de l'apport théorique, de la simulation puis un débriefing. Le groupe des infirmières recevait une formation de 60 minutes composée d'un apport théorique sur "<i>comment interagir avec des patients agressifs, maintenir la sécurité personnelle, activer une réponse BERT et encourager le signalement de l'agression d'un patient par le biais d'un rapport d'incident</i>". Durant cette formation il y avait également des simulations et des débriefings.</p> <p>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</p> <p>La formation pour les infirmières a été dispensée entre décembre 2018 et janvier 2019, au travers de séances avec présentation Powerpoint.</p>

	La formation pour les intervenants BERT a été dispensée entre septembre et novembre 2018.
<b>Méthode d'analyse des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</li> </ul> <p>Le type d'analyse utilisé est décrit dans la partie résultats</p>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ? Le groupe de référence était composé des 302 soignants ayant répondu au questionnaire de base, parmi les 627 soignants sollicités. Dans le groupe pilote 88 infirmiers ont répondu au questionnaire pré-pilote (50,1% des 174 soignants sollicités). Enfin 43 de ces infirmières ont répondu au questionnaire post-pilote.</li> <li>Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ? Les participants pilotes étaient exclusivement du personnel infirmier. De manière globale il y avait peu de personnel infirmier masculin. Les participants des deux groupes étaient confrontés de manière générale de façon hebdomadaire ou mensuelle à des patients agressifs.</li> <li>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p \leq 0,05</math>) ? Deux résultats statistiquement significatifs ont été retrouvés. Il s'agit des questions suivantes: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>"Je peux gérer efficacement les conflits causés par les patients et leurs invités" (<math>p = .0006</math>)</i></li> <li><i>"Je suis capable d'utiliser des techniques de désescalade et de communication de crise pour réduire les comportements agressifs ou perturbateurs des patients et de leurs visiteurs" (<math>p = .0075</math>)".</i></li> </ul> </li> <li>Quels sont les autres résultats importants ?</li> </ul>

	<p>Parmi les autres résultats importants il y a aussi une amélioration dans les deux questions suivantes du questionnaire: "J'ai confiance en moi pour soigner les patients qui ont des comportements perturbateurs, menaçants ou qui passent à l'acte" (<math>p = .0149</math>), et "J'ai confiance dans le fait que de l'aide est à ma disposition lorsque j'ai besoin d'aide avec des patients ou des visiteurs de l'hôpital dont le comportement s'aggrave" (<math>p = .0119</math>).</p>
<b><i>Discussion</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</li> </ul> <p>Oui, un résumé des résultats qui sont présentés dans le début de la partie discussion. Il reprend les résultats statistiquement significatifs que nous avons cités dans la partie précédente ainsi que les deux autres résultats importants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</li> </ul> <p>La recherche répond aux objectifs qu'elle s'était fixés car les infirmières avaient davantage confiance en elles et se sentaient en capacité de gérer les patients agressifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</li> </ul> <p>Les résultats de l'étude se rattachent à d'autres études notamment par rapport au constat que les incidents de violence sont peut signaler à l'employeur, aux forces de l'ordre ou à d'autres entités. Cette constante est aussi présente dans les études de Song et al. (2021) et de Findorff, McGovern, Wall, &amp; Gerberich (2005).</p>
<b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</li> </ul> <p>Des recommandations pour les recherches futures sont présentées dans la conclusion de l'étude.</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les suggestions et recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</li> </ul> <p>Dans l'étude un paragraphe présentant les preuves pouvant être mis en pratique. Ce paragraphe mentionne le lien étroit entre le personnel infirmier et les agents de sécurité, cette collaboration peut réduire le risque d'agression par des patients. Le programme BERT permet au personnel à la fois d'être plus en confiance et de se sentir en capacité de gérer des patients agressifs. Dans le programme BERT la simulation a été l'un des éléments les plus efficaces. Les résultats de l'étude ont montré également que davantage de connaissances sont nécessaires pour comprendre les raisons pour lesquelles les infirmiers signalent peu les incidents avec les patients agressifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</li> </ul> <p>L'une des limites de l'étude est l'effet plafond constaté dans le questionnaire pour les infirmières, car plusieurs questions avaient dès le départ eu un score de 5/5. Cela ne laissait pas de marge d'évolution pour la suite de l'étude et les analyses induites.</p> <p>L'autre limite est l'échantillon qui correspond à une zone métropolitaine des États-Unis, cet élément doit être pris en compte pour la transposition des conclusions à d'autres contextes.</p>
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</li> </ul> <p>La présente étude s'était fixé plusieurs objectifs que nous avons mentionnés au début de cette analyse. La plupart d'entre eux ont été atteints. En effet l'étude a permis de mettre en lumière des lacunes dans le système actuel. Elle a permis également de former des intervenants BERT aux techniques de désescalade. Le personnel infirmier et le personnel de sécurité ont collaboré de façon étroite. Ce programme a également permis au personnel</p>

	<p>infirmier d'avoir plus confiance en eux et de se sentir en capacité de gérer des patients agressifs.</p> <p>La conclusion évoque également des recommandations pour de futures recherches. Les auteurs recommandent à de futurs chercheurs d'explorer les raisons pour lesquelles le personnel infirmier signale peu les incidents avec des patients agressifs.</p>
--	--

## 8.5 Appendice 5: Analyse de l'article 5

Baig, L. A., Tanzil, S., Shaikh, S., Hashmi, I., Khan, M. A., & Polkowski, M. (2018). Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in a public sector hospital of Karachi. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(2). <https://doi.org/10.12669/pjms.342.14432>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<p>➤ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</p> <p>"Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in a public sector hospital of Karachi."</p> <p><u>Titre en français</u>: "Efficacité de la formation à la désescalade de la violence et à la gestion des comportements agressifs à laquelle sont confrontés les prestataires de soins de santé dans un hôpital du secteur public de Karachi"</p> <p>➤ Quels sont les thèmes abordés ?</p> <p>Les thèmes qui sont abordés sont l'efficacité de la formation à la désescalade de la violence, la gestion des comportements agressifs et la situation des soignants dans les hôpitaux publics au Pakistan face à ces comportements.</p> <p>➤ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</p> <p>Le titre se réfère aux soignants qui ont suivi la formation de désescalade à la violence et aux patients ayant un comportement agressif.</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lubna Ansari Baig: Docteur et Doyen de l'institut de santé publique APPNA, université Jinnah Sindh à Karachi, Pakistan.</li> <li>▪ Sana Tanzil: Université Dow des sciences de la santé, Karachi, Pakistan.</li> <li>▪ Shiraz Shaikh: Professeur associé en médecine à l'université Jinnah Sindh à Karachi, Pakistan.</li> <li>▪ Ibrahim Hashmi: Bachelor of Medicine et Bachelor of Surgery, Université Jinnah Sindh à Karachi, Pakistan.</li> <li>▪ Muhammad Arslan Khan: Bachelor of Medicine et Bachelor of Surgery, Université Aga Khan, Karachi, Pakistan</li> <li>▪ Maciej Polkowski: Comité international de la Croix-Rouge, Islamabad, Pakistan.</li> </ul>
<b>Mots-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les mots-clés ?</li> <li>▪ Les mots clés sont les suivants: Formation à la désescalade et Prestataire de soins de santé, Violence.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</li> </ul> <p>L'objectif de cet article est d'évaluer l'efficacité d'une formation pour prévenir la violence à l'intention des professionnels de santé au Pakistan. Cette formation a été mise en place par l'institut de santé publique APPNA.</p> <p>Sur le plan méthodologique il s'agit d'une étude "quasi-expérimentale". Il s'agit d'une étude mixte. L'évaluation quantitative a été effectuée par le biais d'entretiens structurés. L'évaluation qualitative a été effectuée par l'intermédiaire de groupe de discussion. Les auteurs ont également évalué la confiance des professionnels de santé à faire face à un patient violent ou agressif. Cet aspect a été évalué avec l'échelle Confidence in Coping with Patient Aggression Instrument "(CCPAI)".</p> <p>Les résultats montrent que le groupe ayant reçu la formation de désescalade avait un score plus élevé sur l'échelle de confiance par rapport au groupe contrôle. Cependant, la formation n'a pas</p>

	diminué la fréquence à laquelle les soignants étaient confrontés à la violence.
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b><i>Pertinence</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).</li> </ul> <p>La justification de l'étude repose à la fois sur des constats propres au pays, par exemple la proportion de soignants agressés au Pakistan sur les 12 mois précédant cette étude était de 1/3. Mais les auteurs rappellent également que le problème de la violence dans les soins est un problème mondial présent dans tous les pays, quel que soit leur statut. Le Pakistan et son système de santé subit également les conséquences "du terrorisme, de la criminalité, des clivages sectaires et des éléments extrémistes de la société". Les auteurs rappellent également que les formations à la désescalade de la violence ont fait leur preuve dans différents pays du monde et qu'elles ont permis entre autres d'améliorer les interactions entre les patients et les soignants.</p>
<b><i>Objectifs/questions de recherche</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</li> </ul> <p>L'étude cherchait à évaluer l'efficacité de la formation à la prévention de la violence et à la désescalade de la violence</p>
<b><i>Principaux concepts théoriques</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les concepts les plus importants ?</li> </ul> <p>La prévention de la violence ; la formation, la désescalade, la communication</p>

Méthodologie	
<b>Questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?</li> </ul> <p>La variable dépendante de cette recherche c'est l'impact de la formation dispensée sur les soignants.</p> <p>La variable indépendante de cette recherche ce sont les données démographiques de l'échantillon.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche ?</li> </ul> <p>Le but de cette recherche est d'évaluer l'efficacité de la formation à la désescalade et la gestion de la violence dans les hôpitaux.</p>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</li> </ul> <p>Le devis de l'étude est quasi-expérimentale, avec une méthode mixte "Concurrent Embedded design". Une étude quasi expérimentale correspond à une étude avec une intervention, des résultats mesurés et un groupe qui reçoit l'intervention et un groupe témoin. Ce devis n'est pas randomisé. La méthode "concurrent embedded design" correspond au fait que les données qualitatives et quantitatives sont collectées au même moment.</p> <p><i>« quasi-expérimental » fait référence à une « expérimentation avec une intervention donnée, des résultats de santé mesurés et au moins deux unités expérimentales (groupe recevant l'intervention et groupe contrôle), mais sans recours à la randomisation pour créer les conditions d'inférence causale » (Cook, Campbell et al. 1979)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</li> <li>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</li> </ul> <p>Oui les règles éthiques ont été respectées car d'une part l'étude a été validé par le comité d'examen institutionnel de l'université médicale de Jinnah Sindh et par l'Université des sciences de la</p>

	santé Dow. D'autre part la confidentialité des participants a été garantie et leur consentement a été validé avant chaque entretien.
<b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population visée ? La population visée se sont les soignants. Il y a un groupe de soignants de l'hôpital où la formation a été dispensée et un groupe contrôle où les soignants n'ont pas reçu la formation.</li> <li>▪ Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection). Les participants de chaque hôpital d'étude ont été sélectionnés à l'aide d'une technique d'échantillonnage de commodité non probabiliste." Les soignants du groupe témoin devaient travailler depuis au moins 4 mois dans l'unité.</li> <li>▪ Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ? Les soignants sélectionnés devaient travailler dans l'hôpital au moment de la collecte de données. Il y a eu 77 soignants sélectionnés dans chaque groupe. Les soignants de l'hôpital intervention devaient avoir reçu la formation pour participer à l'étude.</li> <li>▪ Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.). Les auteurs justifient que la taille minimale de l'échantillon devait être de 154, soit 77 pour chacun des deux groupes. La taille de l'échantillon était basée sur un calcul de puissance de 80%.</li> <li>▪ <i>Si applicable</i> : y a-t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ? Il y a eu 77 soignants sélectionnés dans chaque groupe. Les soignants de l'hôpital intervention devaient avoir reçu la formation pour participer à l'étude.</li> </ul>

<p><b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les instruments de mesure ?</li> </ul> <p>Le logiciel utilisé pour l'analyse des données est la version 20 de SPSS.</p> <p>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par exemple, échelles de Likert à x points, etc.).</p> <p>De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</p> <p>Pour la partie qualitative deux groupes de discussions ont été effectués dans chacun des deux hôpitaux. Lors de ces groupes de discussion il y avait des médecins et des infirmières. Les discussions ont été enregistrées et elle se faisait en Ourdou, l'une des langues officielles du pays, puis elles étaient traduites en anglais. L'analyse de ces discussions a été faite avec une approche thématique, en séparant le contenu dit "manifeste" du contenu "latent".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</li> </ul> <p>La variable dépendante de cette recherche c'est l'impact de la formation dispensée sur les soignants.</p> <p>La variable indépendante de cette recherche ce sont les données démographiques de l'échantillon.</p>
<p><b><i>Interventions ou programmes (si applicable)</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</li> </ul> <p>L'intervention de cette étude correspond au suivi d'une formation de quatre heures sur la prévention de la violence. L'intervention est principalement détaillée dans la fin de l'introduction juste avant la méthodologie. Il est mentionné que la formation est composée de quatre modules: comprendre la violence et le stress, l'escalade et la désescalade de la violence, la gestion du syndrome de stress post-traumatique et le protocole de communication avec le patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</li> </ul>



	<p>L'intervention correspond au 4 mois durant lesquels la formation à la désescalade a été dispensée dans l'hôpital intervention.</p>
<b><i>Méthode d'analyse des données</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</li> </ul> <p>Les deux groupes ont été comparés afin de mettre en avant les potentielles différences sur les données démographiques, la fréquence des violences subies et les scores agrégés sur l'échelle CCPAI. Ceci a été réalisé avec le test du Khi carré (ou khi-deux).</p>
<b><i>Résultats</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?</li> </ul> <p>Les résultats indiquent que les données de 141 soignants ont été récoltées pour la partie quantitative. Parmi eux 70 venaient du groupe de l'hôpital contrôle et 71 venaient du groupe de l'hôpital d'intervention. En plus de cela les groupes de discussions ont réuni 30 participants. Il y a eu 16 participants au groupe de discussion dans l'hôpital de contrôle et 14 participants dans l'hôpital d'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?</li> </ul> <p>Les participants dans les deux hôpitaux étaient comparables. Ils n'avaient pas de "différence statistiquement significatives" sur le plan sociodémographique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p \leq 0,05</math>) ?</li> </ul> <p>Le seul résultat statistiquement significatif dans le tableau 1 c'était l'affiliation au département de soin entre le groupe contrôle et le groupe intervention.</p> <p>Dans la figure 1 les soignants ayant reçu l'intervention ont obtenu des scores plus élevés en moyenne que ceux du groupe témoin pour l'échelle CCPAI qui mesure le degré de confiance. Les résultats étaient statistiquement significatifs pour huit items sur dix.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les autres résultats importants ?</li> </ul>

	<p>Les autres résultats importants viennent des groupes de discussion qui ont eu lieu dans les deux hôpitaux. Il y a quatre suggestions qui sont ressortis de ces discussions. La première suggestion qui a été rapporté par les participants est l'institutionnalisation des formations à la désescalade, mais également que ce soit dispensé dans les formations de médecine et dans les formations en soins infirmiers. La seconde suggestion est qu'il y est des rappels ou des mises à jour régulières pour tous les soignants. La troisième suggestion est que la formation à la prévention de la violence soit plutôt réalisée en deux fois deux heures pour que ce soit plus facile à intégrer dans les emplois du temps des soignants. Enfin la 4ème suggestion c'est la sensibilisation auprès de la population du respect envers les soignants.</p>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</li> </ul> <p>Oui il y a un résumé des résultats qui est présenté. Il rappelle que les professionnels du groupe d'intervention ont eu des niveaux de confiance perçus et des capacités d'adaptations plus élevées par rapport au groupe contrôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</li> </ul> <p>Les résultats présentés confirment l'idée de départ qui était de vérifier l'efficacité de la formation à la désescalade auprès des soignants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</li> </ul> <p>Les résultats de ces études sont similaires à une revue systématique qui a été publiée en 2015. Cette revue systématique montrait une amélioration du niveau de confiance et des capacités d'adaptation chez les soignants ayant reçu une formation à la désescalade. Elle montrait également, comme l'étude actuelle, que</p>

	cette formation n'avait pas d'impact sur la fréquence des agressions.
<b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</li> </ul> <p>Les participants ont émis la suggestion qu'il doit y avoir une approche multiple pour réduire la prévalence de la violence dans les soins. Les participants ont également mis en avant que ces formations de prévention de la violence devraient être dispensées durant les formations de médecine et de soins infirmiers. Les participants ont rapporté le besoin de formations de remise à niveau pour les soignants ayant déjà été formés. Ces recommandations sont similaires à des études antérieures.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les suggestions et recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</li> <li>▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</li> </ul> <p>La limite de cette étude c'est son échantillon. En effet l'étude a été menée dans deux hôpitaux tertiaires de Karachi et ce n'est donc pas une représentation de l'ensemble du personnel soignant de Karachi.</p>
<b><i>Conclusions</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</li> </ul> <p>Cette étude a pu démontrer que la formation à la désescalade est efficace pour améliorer la confiance des soignants ainsi que leur capacité d'adaptation. Cependant il y a un besoin de continuer de développer et d'institutionnaliser ces formations à la désescalade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</li> </ul> <p>"Il rappelle que les professionnels du groupe d'intervention ont des niveaux de confiance perçus et des capacités d'adaptations plus élevées par rapport au groupe contrôle."</p>

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE	
Méthodologie	
<b>Questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.</li> </ul> <p>Le but de cette recherche est d'évaluer l'efficacité de la formation à la désescalade et la gestion de la violence dans les hôpitaux</p>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</li> </ul> <p>Le devis de l'étude est quasi-expérimentale, avec une méthode mixte "Concurrent Embedded design". Une étude quasi expérimentale correspond à une étude avec une intervention, des résultats mesurés et un groupe qui reçoit l'intervention et un groupe témoin. Ce devis n'est pas randomisé. La méthode "concurrent embedded design" correspond au fait que les données qualitatives et quantitatives sont collectées au même moment.</p> <p>Le rôle du chercheur est-il défini ? (Par ex, le chercheur reconnaît-il son influence potentielle dans la recherche ? De quelle manière participe-t-il à l'étude ? Etc.).</p> <p>Les auteurs de cette étude ont mené les groupes de discussion dans les deux hôpitaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</li> </ul> <p>Oui les règles éthiques ont été respectées car d'une part l'étude a été validé par le comité d'examen institutionnel de l'université médicale de Jinnah Sindh et par l'Université des sciences de la</p>

	<p>santé Dow. D'autre part la confidentialité des participants a été garantie et leur consentement a été validé avant chaque entretien.</p>
<p><b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</li> </ul> <p>La population visée se sont les soignants. Il y a un groupe de soignants de l'hôpital où la formation a été dispensée et un groupe contrôle où les soignants n'ont pas reçu la formation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</li> </ul> <p>Les participants de chaque hôpital d'étude ont été sélectionnés à l'aide d'une technique d'échantillonnage de commodité non probabiliste." Les soignants du groupe témoin devaient travailler depuis au moins 4 mois dans l'unité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</li> </ul> <p>Les soignants sélectionnés devaient travailler dans l'hôpital au moment de la collecte de données. Il y a eu 77 soignants sélectionnés dans chaque groupe. Les soignants de l'hôpital intervention devaient avoir reçu la formation pour participer à l'étude.</p>
<p><b><i>Choix des outils de collecte de données</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</li> </ul> <p>Les auteurs ont récolté leurs données au travers de questionnaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</li> </ul> <p>La collecte de données a été faite une seule fois, en octobre 2016.</p>
<p><b><i>Méthode d'analyse des données</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</li> <li>▪ Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</li> </ul> <p>Pour les données qualitatives, se sont deux chercheurs qui ont effectué l'analyse.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?</li> </ul> <p>Le logiciel SPSS version 20 a été utilisé pour l'analyse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</li> </ul> <p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</li> </ul> <p>Les résultats montrent que les professionnels du groupe d'intervention ont eu des niveaux de confiance perçus et des capacités d'adaptations plus élevées par rapport au groupe contrôle. Ils montrent également que la formation à la désescalade n'a pas d'impact sur la prévalence de la violence.</p> <p>Les autres résultats importants viennent des groupes de discussion qui ont eu lieu dans les deux hôpitaux. Il y a quatre suggestions qui sont ressortis de ces discussions. La première suggestion qui a été rapporté par les participants est l'institutionnalisation des formations à la désescalade, mais également que ce soit dispensé dans les formations de médecine et dans les formations en soins infirmiers. La seconde suggestion est qu'il y est des rappels ou des mises à jour régulières pour tous les soignants. La troisième suggestion est que la formation à la prévention de la violence soit plutôt réalisée en deux fois deux heures pour que ce soit plus facile à intégrer dans les emplois du temps des soignants. Enfin la 4ème suggestion c'est la sensibilisation auprès de la population du respect envers les soignants.</p>
<b>Discussion</b>	CF grille quantitative car questions identiques

<b><i>Recommendations &amp; suggestions</i></b>	CF grille quantitative car questions identiques
<b><i>Conclusions</i></b>	CF grille quantitative car questions identiques

## 8.6 Appendice 6: Analyse de l'article 6

Reißmann, S., Wirth, T., Beringer, V., Groneberg, D. A., Nienhaus, A., Harth, V., & Mache, S. (2023). "I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in German emergency departments – a qualitative study. BMC Health Services Research, 23(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09044-z>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). "I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in German emergency departments – a qualitative study  "Je pense que nous en faisons encore trop peu" : mesures de prévention de la violence et de l'agression dans les services d'urgence allemands - une étude qualitative</li> <li>▪ Quels sont les thèmes abordés ? Le thème d'introduction de cet article est la présence et la fréquence de la violence dans les services d'urgences.  L'article analyse ensuite la perception d'infirmier quant aux mesures mises en place actuellement pour manager, gérer la violence.</li> <li>▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Les usagers des urgences, patients, visiteurs,</li> </ul>
<b>Auteurs-es</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonja Reißmann<sup>1,2*</sup>, Tanja Wirth<sup>1</sup></li> <li>• Vanessa Beringer<sup>1</sup></li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• David A. Groneberg<sup>2</sup></li> <li>• Albert Nienhaus<sup>3,4</sup>, Volker Harth<sup>1</sup> and</li> <li>• Stefanie Mache<sup>1,2</sup></li> </ul> <p>1: Institute for Occupational and Maritime Medicine (ZfAM), University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), 20459 Hamburg, Germany.</p> <p>2: Institute of Occupational Medicine, Social Medicine and Environmental Medicine, Goethe University Frankfurt, 60590 Frankfurt, Germany.</p> <p>3: Department of Occupational Medicine, Hazardous Substances and Public Health, Institution for Statutory Accident Insurance and Prevention in the Health and Welfare Services (BGW), 22089 Hamburg, Germany.</p> <p>4: Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing (IVDP), Competence Center for Epidemiology and Health Services Research for Healthcare Professionals (CVcare), University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), 20246 Hamburg, Germany.</p>
<b>Mots-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les mots-clés ?</li> </ul> <p>Violence, Prévention, Service des urgences, Santé au travail, Sécurité au travail, Recherche qualitative</p>
<b>Résumé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</li> </ul> <p>Objectif :</p> <p>L'étude cherche à déterminer la perception de l'équipe d'un service d'urgence sur les mesures de prévention disponibles, leur efficacité, les obstacles et les besoins supplémentaires en termes de prévention de la violence.</p>

	<p>Méthodologie :</p> <p>L'étude a conduit 27 interviews semi-structurées par téléphone en accordance avec un design d'étude qualitative. Les interviews ont été réalisées auprès de médecins et d'infirmiers travaillant au contact direct de patients de service d'urgences d'Allemagne. Les sujets principaux discutés portaient sur les bénéfices et les désavantages des mesures actuellement disponibles, les obstacles à leur application, l'efficacité perçue de ces mesures, ainsi que les besoins supplémentaires en matière de prévention de la violence. Les entretiens transcrits ont été soumis à une analyse qualitative de contenu selon la méthodologie de Mayring.</p> <p>Résultats :</p> <p>Les participants ont détaillé différentes mesures de sécurité qui peuvent être classées en mesures environnementales (comme les systèmes d'alarme), mesures organisationnelles (comme les services de sécurité) et mesures individuelles (comme la formation du personnel à la désescalade verbale). Parmi les mesures considérées comme efficaces, on retrouve la communication et la présence d'un service de sécurité. Les demandes et les obstacles étaient souvent liés à des contraintes financières, par exemple une pénurie de personnel qui a entraîné une augmentation de la charge de travail, réduisant ainsi le temps consacré à la prévention de la violence. Dans la plupart des cas, il n'existait pas de lignes directrices ou de procédures standard concernant la prévention de la violence, ou bien elles étaient inconnues ou perçues comme inutiles dans leur forme actuelle. En outre, aucun des services d'urgence n'appliquait d'outils de dépistage.</p>
--	---

<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b><i>Pertinence</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).</li> </ul> <p>L'étude se base sur une méta analyse qui démontre la prévalence élevée de violence dans les services d'urgences du monde entier.</p>
<b><i>Objectifs/questions de recherche</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</li> </ul> <p>L'étude cherche à déterminer la perception de l'équipe d'un service d'urgence sur les mesures de prévention disponibles, leur efficacité, les obstacles et les besoins supplémentaires en termes de prévention de la violence.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Quelles sont les mesures de prévention de la violence et de l'agression causées par les patients et leurs accompagnateurs par le personnel médical et infirmier des urgences en Allemagne ?</li> <li>quelles mesures de prévention sont considérée comme efficace par les médecins et les infirmier des services d'urgences allemand ?</li> <li>quelles barrières et facilitateurs à l'implémentation de mesures de prévention de la violence sont exprimées par le personnel médicale des services d'urgences allemand ?</li> <li>Quels sont les besoins supplémentaires en matière de prévention de la violence identifiés par le personnel médical et infirmier des urgences en Allemagne ?</li> </ol>
<b><i>Principaux concepts théoriques</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les concepts les plus importants ?</li> </ul> <p>Le concept principal est celui de la prévention.</p>

	Nous pouvons identifier différents concepts comme les axes de préventions possibles: Mesures environnementales, mesures architecturales et mesures centrées sur soi.
--	--

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE	
Méthodologie	
<b>Questions de recherche</b>	L'étude actuelle vise à explorer les perceptions du personnel d'ED concernant les mesures de prévention disponibles touchant à différents niveaux les services d'urgences, leur efficacité, les obstacles et les besoins supplémentaires en termes de prévention de la violence.
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</li> </ul> <p>Le devis de l'étude est qualitatif et peut se rapprocher d'une recherche descriptive qualitative. 27 entretiens furent conduits par téléphone, 13 participants étaient des médecins tandis que 14 étaient des infirmières.</p> <p><i>"Les entretiens ont été menés par téléphone, ce qui a permis aux personnes interrogées de choisir un moment approprié et un lieu sûr pour l'entretien. Certains répondants ont choisi de participer pendant les heures de travail, tandis que d'autres ont préféré participer depuis leur domicile."</i></p> <p>Questionnaire :</p> <p>1 Données démographiques et professionnelles: Âge, sexe, heures de travail, profession, expérience professionnelle.</p>

	<p>2 Mesures de prévention connues des participants: Mesures visant à identifier les patients agressifs et à les traiter sur le plan environnemental et sur le niveau d'organisation de l'individu, soutien dans la gestion des patients agressifs</p> <p>3 Mise en oeuvre des mesures: Efficacité perçue des mesures et Obstacles perçus concernant la mise en oeuvre</p> <p>4 Autres besoins: Demandes de prévention ou de réduction des incidents violents au niveau de l'environnement, de l'organisation et de l'individu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le rôle du chercheur est-il défini ? (Par ex, le chercheur reconnaît-il son influence potentielle dans la recherche ? De quelle manière participe-t-il à l'étude ? Etc.).</li> </ul> <p>Le chercheur conduit 27 entretiens téléphoniques avec des médecins et des infirmières de différents services d'urgences. Le chercheur n'intervient donc pas sur le terrain et procède à une simple collecte de données.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</li> </ul> <p>Oui. Chaque entretien a été enregistré après que chaque participant ait donné son consentement. Cette étude a été guidée par les Critères consolidés pour les rapports de recherche qualitative (COREQ).</p>
<p><b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ? La population visée sont les infirmiers et les médecins travaillant en contact direct avec les patients aux urgences,</li> <li>Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</li> </ul> <p>Le fait de ne pas travailler en contact direct avec les patients aux urgences était un critère d'exclusion , les réceptionnistes</p>

	<p>aux urgences ont donc été écartés, il fallait aussi avoir une expérience professionnelle de minimum 6 mois.</p>
<p><b>Choix des outils de collecte de données</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</li> </ul> <p>Appel téléphonique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</li> </ul> <p>La collecte de données durait 55 minutes en moyenne.</p> <p>La collecte de données s'est terminée lorsque la saturation des données était atteinte.</p>
<p><b>Méthode d'analyse des données</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</li> </ul> <p>une analyse qualitative du contenu selon Mayring a été appliquée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</li> </ul> <p>Tous les interviews ont été analysées par une seule chercheuse, les codages ambigus ont été discuté en équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?)</li> </ul> <p>Le logiciel MAXQDA a été utilisé pour coder et gérer les données.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</li> </ul> <p>Les interviews ont été retranscrites selon les règles de kuckartz</p>

**Résultats**

- De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?

Les résultats sont représentés en trois thèmes principaux, mesures environnementales, organisationnelles et centrées sur soi. Ces différents thèmes regroupent en eux des sous-thèmes

- Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)

Comme mentionné plus haut, l'auteur cherche à déterminer quels sont les moyens de prévention présents, quels moyens pourraient être mis en place et quels sont les facteurs facilitants et les obstacles à leurs mises en pratique.

**Mesures environnementales :***Techniques :*

- Systèmes d'alarmes

Les systèmes d'alarme ont été les mesures environnementales techniques les plus mentionnées.

Considérés comme efficaces par le personnel interviewé. De plus, porter un dispositif d'alarme (comme un téléphone avec un bouton d'alarme) augmenterait le sentiment de sécurité ressenti par l'équipe soignante et faciliterait la confiance face aux comportements violents.

Cependant, Les boutons d'urgence ou les systèmes de sonnerie installés de façon permanente peuvent être hors de portée par rapport au lieu de l'incident violent.

L'utilisation d'alarmes silencieuses avec un dispositif d'interphone implique que la personne de l'autre côté doit être

	<p>très prudente, car l'agression pourrait se déclencher en remarquant qu'une alarme a été déclenchée.</p> <p>Les téléavertisseurs sans fil ou les téléphones dotés d'une fonction d'urgence doivent être disponibles en quantité suffisante, pour chaque membre du personnel, cependant cela est coûteux.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Systèmes de fermeture: Efficace pour tenir en dehors de l'hôpital les comportements violents, augmente aussi le sentiment de sécurité du personnel soignant. □ Accès uniquement par code, carte, ouverture du personnel d'accueil.</li> <li>- Enregistrement des incidents violents: L'enregistrement d'incidents violents dans la documentation du patient était considéré comme aidant dans la détection précoce de comportement violent. Cela permettait au soignant de pouvoir considérer un potentiel caractère violent chez le patient. Cependant la manière de simplement retranscrire dans une note dans le dossier du patient un acte violent faisait souvent passer les soignants suivant à côté (note cachée dans le dossier). Il serait préférable que cela apparaisse directement dans le début du dossier de soins.</li> <li>- Camera de surveillances La surveillance par caméra a également été considérée comme une option de dissuasion si elle est signalée. Aussi considéré comme option dans une salle de soins pour pouvoir surveiller les soins d'un patient potentiellement violent. Cependant conflit d'intérêt avec protection des données, soignant et patient.</li> </ul>
--	---



	<p><i>Architecturales :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Structures générale des services d'urgences</li> </ul> <p>Le texte propose différentes mesures de construction pour prévenir la violence dans les services d'urgence. Cela inclut des entrées séparées pour les différents groupes de patients, un aménagement accueillant avec des couleurs apaisantes et un bon éclairage. Des précautions sont prises pour éviter l'utilisation d'équipements comme des armes, tels que des sièges fixés aux murs et des bouteilles en plastique au lieu de verre. Il est suggéré d'avoir des chambres ou des comptoirs avec une deuxième porte pour s'échapper, des postes de travail vitrés pour la sécurité et des salles d'évacuation spécifiques. Cependant, certains ont noté que la prévention de la violence n'était pas une priorité lors de la construction des urgences et que les contraintes structurelles limitaient la mise en place de mesures préventives.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil et salle d'attente</li> </ul> <p>Les zones d'inscription bien conçues ont été décrites comme ouvertes, de sorte que les patients se sentent bien accueillis et qu'une personne de contact soit disponible.</p> <p>Une zone centrale d'enregistrement et de triage présentait en outre l'avantage d'avoir toutes les zones à portée de vue afin de remarquer les collègues ayant besoin d'aide. Un système à sens unique avec plusieurs zones d'attente a été suggéré pour la mise en œuvre, ce qui signifie que les patients avanceraient toujours et ne reviendraient jamais dans la même salle d'attente, les empêchant d'être frustrés de se sentir bloqués dans les processus lents de l'urgence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salle de traitements</li> </ul> <p>La séparation des patients potentiellement agressifs dans des chambres individuelles avec des installations minimales et des</p>
--	---

	<p>portes verrouillables est une mesure efficace pour prévenir la violence dans les salles de traitement.</p> <p>Ces chambres fourniraient un environnement peu stimulant pour les patients souffrant de troubles psychiatriques ou d'intoxication, favorisant ainsi leur rétablissement tout en assurant la protection du personnel et des autres patients.</p> <p>L'insuffisance des capacités de traitement pour un grand nombre de patients était préoccupante. Afin de remédier à cela, des salles de traitement rapide ont été prévues dans le service d'urgence pour traiter efficacement les patients moins gravement atteints et réduire leur temps d'attente. Il a été souligné l'importance d'une exposition à la lumière du jour dans les salles de traitement afin de prévenir la désorientation des patients pendant l'attente.</p> <p><b>Mesures organisationnelles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de l'équipe</li> </ul> <p>Les mesures organisationnelles décrites par les participants concernaient l'organisation du personnel et ses tâches en matière de prévention de la violence.</p> <p>Dans certains services, un employé était spécialement désigné pour gérer la violence au sein du service d'urgence. Il organisait des formations à la de-escalade, signalait les incidents violents et transmettait les besoins exprimés par l'équipe à leur supérieur. Dans le cas de la prise en soins d'un patient potentiellement violent, les infirmiers peuvent prendre en soins le patient à deux, laisser une porte ouverte ou remplacer un collègue expérimenté par un autre plus expérimenté.</p>
--	---

	<p>Dans un autre contexte, Les participantes ont mentionné faire appel à leur collègue homme pour obtenir de l'aide dans le cas de harcèlement sexuel de la part de patients.</p> <p>En cas d'agression violente, toutes les équipes d'urgence étaient immédiatement mobilisées, et des renforts étaient sollicités auprès d'autres services, notamment les services psychiatriques. Pendant la journée, il y avait suffisamment de personnel pour fournir une assistance, mais la situation était différente la nuit, surtout dans les petits services d'urgence.</p> <p>Concernant la répartition du personnel, plusieurs facteurs ont été mentionnés par les participants. Par exemple, il est recommandé d'avoir du personnel formé à la désescalade au bureau d'enregistrement afin de calmer les patients agressifs et de détecter les signes avant-coureurs de comportement agressif dès le début. De plus, il est considéré comme bénéfique d'avoir des collègues expérimentés et formés dans chaque équipe, ainsi qu'un équilibre entre collègues masculins et féminins.</p> <p>Dans l'ensemble, les participants ont considéré que les procédures rapides mises en place dans les services d'urgence étaient bénéfiques pour prévenir l'agressivité due aux longs temps d'attente. Par exemple, des processus d'enregistrement et de triage rapides permettaient aux patients d'être informés de leur état médical. Cependant, le grand nombre de patients dépassant les capacités des urgences a été identifié comme la principale cause des longs temps d'attente, ce qui conduit à l'agression et limite également la mise en place de mesures préventives.</p>
--	--

	<p>En conséquence, la quasi-totalité des participants ont souligné la nécessité d'augmenter les effectifs du personnel dans les services d'urgence. Bien que le manque d'infirmiers ait été mentionné, il a également été reconnu qu'une pénurie de médecins contribuait aux longs délais d'attente.</p> <p>En outre, les participants avaient constaté que la surveillance (sitter) des patients potentiellement agressifs était une mesure efficace, particulièrement pour les patients intoxiqués et ayant de la peine à contrôler leurs pulsions.</p> <p>Cette prise en charge individuelle des patients psychiatriques ou déments a permis de limiter le recours à la contention physique.</p> <p>Dans l'ensemble, la prise en charge des patients agressifs a été décrite comme nécessitant du personnel qui n'était alors pas disponible pour fournir un traitement médical.</p> <p>En conclusion, le manque de personnel a un impact sur divers aspects de la prévention de la violence dans les services d'urgence. En plus de l'organisation des effectifs, il est nécessaire d'avoir plus de personnel pour permettre aux employés de participer à des formations, de réduire leur charge de travail, de prendre des pauses régulières et de réfléchir aux incidents passés. Ces mesures sont essentielles pour réduire le stress des employés et améliorer leur capacité à gérer les patients agressifs. De plus, avec plus de temps alloué à chaque patient, il serait possible de détecter les signes précurseurs de comportement agressif et d'appliquer des mesures préventives,</p>
--	--

	<p>telles que la désescalade verbale et la satisfaction des besoins des patients de manière calme.</p> <p>- Service de sécurité</p> <p>Le personnel de sécurité a également été perçu comme utile s'il était capable de désescalader verbalement mais aussi d'intervenir physiquement si nécessaire.</p> <p>- Guidelines et standard operating procedures (SOPs)</p> <p>La plupart des participants ont constaté l'absence de lignes directrices ou de procédures standardisées pour la prévention de la violence dans leur service d'urgence. Bien qu'il y ait un guide complet disponible, il n'est pas largement diffusé ni appliqué dans leur travail quotidien. Les lignes directrices existantes sont souvent limitées à des aspects spécifiques et ne sont pas perçues comme utiles en raison de leur manque de clarté ou de la méconnaissance des employés.</p> <p>Certains participants ont constaté la diversité des incidents violents, rendant difficile l'élaboration de lignes directrices générales. Ils ont donc privilégié la transmission verbale des principes de base de la prévention de la violence, en se rappelant mutuellement les comportements appropriés. Cependant, d'autres participants ont exprimé le besoin d'une ligne directrice générale pour mieux gérer les situations quotidiennes de prévention de la violence.</p> <p>- Outils de dépistage</p> <p>Aucun des participants n'utilise actuellement d'outil de dépistage pour prédire le comportement agressif des patients,</p>
--	--

	<p>et l'un d'entre eux a déclaré qu'il n'existait pas de bons outils de détection précoce des patients potentiellement agressifs.</p> <p>Un autre participant a mentionné un outil de détection de l'anxiété. Une fois arrivé à un certain stade sur le score de cet outil, le patient recevait plus fréquemment des informations sur le l'avancée de sa prise en soins ou était classé à un degré plus élevé d'urgence.</p> <p>Le participant a expliqué que cela avait entraîné une diminution de la violence, l'anxiété étant une cause importante de comportement agressif.</p> <p>De même, d'autres participants ont indiqué qu'ils attribuaient un degré d'urgence plus élevé, selon leur système de triage, aux patients qui se montraient déjà agressifs.</p> <p>Cependant, un participant a décrit le système de triage actuellement utilisé dans son service d'urgence comme n'étant pas utile pour prédire les comportements agressifs, et un autre a évoqué la nécessité d'un outil de dépistage spécifique concernant la violence dans les services d'urgences.</p> <p>- Conditions structurelles</p> <p>Il y a eu deux demandes organisationnelles plus importantes. Tout d'abord, les participants ont évoqué la nécessité de disposer de centres de traitement spécialisés dans les cas de toxicomanie, car la prise en charge des patients concernés exigeait des ressources en personnel du service d'urgence.</p> <p>Deuxièmement, de nombreux patients souffrant de troubles médicaux mineurs ont insisté pour être traités aux urgences en raison des délais d'attente plus longs dans les cliniques ambulatoires. Les participants ont donc décrit les avantages de</p>
--	---

	<p>l'intégration d'une pratique ambulatoire dans le cadre hospitalier pour l'orientation de ces patients.</p> <p><b>Mesures centrées sur soi :</b></p> <p><i>Employés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation à la prévention de la violence</li> </ul> <p>Les mesures axées sur les employés concernaient principalement des formations à la prévention de la violence. La plus grande partie des mesures de formation - et aussi la partie la plus importante des mesures de formation – se rapportait aux techniques de communications. Les techniques de communication, comme le fait de demander aux patients quels sont leurs besoins et de valider leurs problèmes, ont été considérées comme les plus efficaces. En outre, la reconnaissance des signes avant-coureurs d'un comportement agressif a également joué un rôle, afin d'approcher activement les personnes concernées et de prévenir les escalades.</p> <p>D'autres mesures de formation étaient axées sur la compréhension des perspectives des patients et de leurs accompagnateurs, ainsi que sur la connaissance des maladies augmentant le risque de comportement agressif (comme la démence, les maladies psychiatriques ou l'abus de substances). En dernier recours, la formation inclut également des aspects tels que l'autodéfense physique, la contention physique et la capacité de reconnaître le moment opportun pour s'échapper et alerter les autres. Cependant, les mesures de formation existantes étaient critiquées pour négliger les émotions des employés lors de rencontres agressives, ce qui rendait difficile l'application des mesures suggérées, surtout dans des conditions de travail stressantes. Les participants ont donc souligné l'importance d'enseigner aux employés comment</p>
--	--

gérer leurs émotions face aux assertions violentes des patients ou du personnel soignant.

Outre les mesures de formation proprement dites, les processus d'apprentissage au sein de l'équipe ont été importants, notamment en ce qui concerne l'attitude intérieure et le comportement à l'égard des patients, qui ont été décrits comme difficiles à former, mais qui peuvent être illustrés par des collègues expérimentés. Le transfert de connaissances entre collègues expérimentés et nouveaux collègues ainsi que les séances de supervision ou de débriefing après des incidents violents en sont des exemples. Ces dernières ont également été perçues comme une possibilité de tirer des leçons des incidents passés et de réfléchir au comportement personnel.

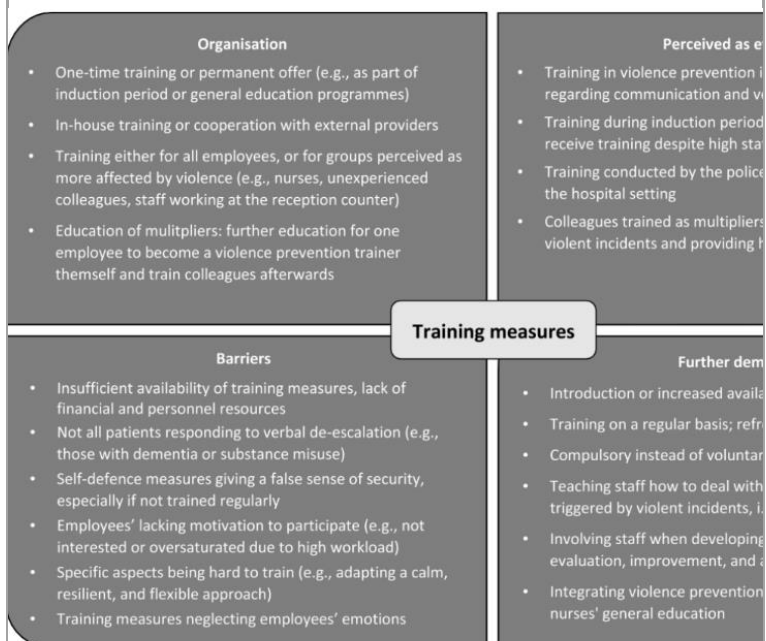


Fig. 1 Mesures de formation axées sur les employés pour la prévention de la violence

#### - Staff care

Le climat de travail a également été considéré comme un facteur important. Il s'agit notamment du soutien apporté par



les superviseurs dans la gestion des patients agressifs ou de la prise en charge de la santé, du bien-être et de la résilience des employés afin d'accroître leur résistance au stress.

*Patients et visiteurs :*

- Communication

Les participants ont décrit la désescalade verbale comme une mesure préventive importante et efficace, en particulier si elle est appliquée dès que des signes précurseurs d'un comportement agressif sont observés chez les patients ou leurs accompagnateurs.

Le comportement personnel du personnel a été considéré comme crucial dans la gestion des incidents violents. Les participants ont souligné l'importance d'une approche calme et amicale envers les patients, sans préjugés, adaptée à chaque situation et dans un environnement calme. Même les patients difficiles tels que ceux atteints de démence ou d'intoxication ont été jugés plus faciles à traiter s'ils étaient traités avec patience et si on établissait une relation de confiance, ou s'ils étaient laissés seuls pendant un certain temps pour s'adapter à l'atmosphère de l'urgence. En général, deux aspects sont importants dans la communication avec les patients agressifs.

En résumé, il a été considéré comme utile d'expliquer aux patients les raisons des temps d'attente prolongés, tels que le triage en fonction de l'urgence ou les différentes capacités du personnel. De plus, les participants ont souligné l'importance de valider les problèmes des patients, de montrer de la compréhension et de s'enquérir de leurs besoins individuels pour désamorcer les confrontations. Étant donné que les patients se rendent aux urgences dans des situations d'urgence, il est essentiel de leur apporter de l'aide.

	<p>Pour prévenir les comportements agressifs, les participants ont souligné l'importance d'améliorer la communication en fournissant des explications claires sur les temps d'attente et en offrant des divertissements aux patients. Ils ont utilisé des supports tels que des vidéos, des affiches multilingues et des systèmes d'information pour transmettre ces informations. De plus, répondre aux petites demandes des patients a été considéré comme efficace. Cependant, en raison des contraintes de temps et du manque de personnel, il était difficile de mettre en pratique ces mesures dans les services d'urgence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restriction d'accès Expulsion, interdictions d'accès tant que pas besoin d'être soigné considérés comme efficaces.</li> <li>- Restriction physique Le dernier recours décrit par les personnes interrogées pour faire face aux patients agressifs nécessitant un traitement médical est la contention, c'est-à-dire la contention physique afin d'empêcher les personnes agressives de se blesser ou de blesser d'autres personnes.</li> </ul>
<p><b><i>Discussion</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? Un résumé des résultats n'est pas présenté.</li> <li>▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ? Cette étude qualitative examine les mesures de prévention de la violence dans les services d'urgence allemands. La recherche met en avant les mesures perçues comme efficaces, <b>celles-ci étant liées à la communication et à la sécurité.</b></li> </ul>

	<p>Cependant, il y a un manque de preuves solides sur leur efficacité. Les obstacles à la mise en œuvre incluent le manque de personnel, de ressources financières et une charge de travail élevée. Les traits de personnalité des employés jouent un rôle crucial. Les interventions basées sur le bon sens sont courantes, tandis que les outils de dépistage des comportements violents sont peu utilisés. Les mesures de formation et d'éducation ont des résultats mitigés. En résumé, la discussion répond à l'objectif en définissant qu'il est nécessaire d'utiliser des approches multidimensionnelles axées sur l'environnement, l'organisation et l'individu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</li> </ul> <p>Trois revues de littérature antérieures sur les interventions de prévention de la violence dans les services d'urgence ont souligné la limitation des informations disponibles et le manque de preuves.</p> <p>Les mesures architecturales ont mis l'accent sur l'importance d'un environnement stimulant et apaisant (par exemple, des chambres individuelles). En outre, un grand nombre d'interventions décrites par les participants ne faisaient pas partie d'une ligne directrice officiellement mise en œuvre pour la prévention des violences, mais pourraient plutôt être décrites comme basées sur le bon sens des participants. Ces interventions consistaient, par exemple, à expliquer les procédures de l'urgence aux patients impatients et à leurs accompagnateurs, à fuir en cas de rencontre physique ou à demander de l'aide à des collègues expérimentés.</p>
--	--

	<p>Ces stratégies personnelles, que les employés apprennent et mettent en œuvre par eux-mêmes, ont également été décrites dans une étude antérieure menée par Charrier et al.</p> <p>Les outils de dépistage des comportements violents n'ont été appliqués dans</p> <p>aucun service d'urgence. Ainsi, la reconnaissance des signes précurseurs dépendait fortement des connaissances des employés sur la nature humaine.</p> <p>Cabilan et Johnston ont déjà fourni une vue d'ensemble des outils d'évaluation du risque de comportement violent disponibles.</p> <p>L'étude rattache ensuite d'autres études qui traitent des outils utilisés dans cette recherche.</p> <p>L'étude rattache d'autres articles qui mettaient en évidence les différents obstacles à la mise en place de prévention de la violence.</p> <p>Pour finir, la discussion de cet article mentionne le fait que les différentes approches mentionnées dans la recherche n'ont pas prouvé leur efficacité de manière unanime dans d'autres études. C'est pourquoi il est nécessaire d'adopter une approche multidimensionnelle mentionnée dans d'autres études et recommandés par des lignes directrices officielles.</p>
--	---

<p><b>Recommandations suggestions</b></p>	<p><b>&amp;</b> Quelles sont les recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</p> <p><b>A</b></p> <p>L'étude actuelle a révélé qu'il n'existe pas de directives globales pour la prévention de la violence dans les services d'urgence. Afin de remédier à cette lacune, il est crucial de développer des lignes directrices adaptées aux besoins spécifiques de chaque service d'urgence et de les rendre accessibles à tous les employés. Ces lignes directrices devraient être régulièrement communiquées et mises en pratique pour préparer le personnel à faire face aux incidents violents. Il est également important d'utiliser des outils de dépistage pour identifier les patients potentiellement agressifs et de promouvoir la prévention plutôt que la gestion des incidents violents.</p> <p>Il est nécessaire de surmonter les considérations économiques pour répondre à la demande d'augmentation du personnel et intégrer la prévention de la violence dans les routines quotidiennes. Les employés doivent être impliqués dans la mise en place de mesures préventives, et des responsabilités claires doivent être établies pour soutenir ces efforts. Enfin, il est essentiel d'adapter la structure générale du système de soins de santé pour faire face à la charge de travail élevée et fournir les ressources nécessaires à la prévention de la violence.</p> <p><b>B</b></p> <p>Afin d'adapter les mesures de prévention de la violence aux conditions structurelles des services d'urgence, il est nécessaire d'examiner les différences d'expérience des mesures de prévention entre ces services, en tenant compte, par exemple, des niveaux de soins d'urgence. Ces différences structurelles</p>
---	--

ont été observées dans cette étude, où les participants ont rapporté avoir été confrontés à moins d'incidents violents dans les services d'urgence de petite taille ou situés dans des zones plus rurales, en raison, par exemple, de la connaissance préalable des patients potentiellement violents. Cette étude actuelle peut fournir des informations précieuses sur la perception des mesures respectives. Cependant, le manque de connaissances sur leur efficacité crée une difficulté pour les cliniciens lorsqu'ils mettent en œuvre ces mesures de prévention de la violence. Néanmoins, il existe une forte demande de recherche future pour suivre et évaluer la mise en œuvre de diverses mesures de prévention de la violence dans différents contextes de soins d'urgence, afin de fournir une base solide pour les recommandations. Des recherches supplémentaires sont également nécessaires pour améliorer et développer des outils de dépistage qui peuvent être intégrés dans la routine des services d'urgence, étant donné les limitations des outils actuellement disponibles.

- De quelle manière les suggestions et recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?

Il est nécessaire de développer des lignes directrices adaptées, d'utiliser des outils de dépistage, d'impliquer les employés, d'établir des responsabilités claires et de fournir les ressources nécessaires pour prévenir efficacement la violence dans les services d'urgence.

- Quelles sont les limites /biais de l'étude ?

Atout :

À la connaissance des auteurs, il s'agit de la première étude qualitative analysant les mesures de prévention de la violence dans les services d'urgence allemands.

L'approche qualitative a permis de mieux comprendre les avantages et les inconvénients perçus des mesures disponibles

	<p>et a révélé des possibilités d'améliorer la prévention de la violence dans les services d'urgence.</p> <p>Limites, biais :</p> <p>Il est important de prendre en compte plusieurs limitations lors de l'interprétation des résultats de cette étude. En raison de sa conception qualitative, les résultats ne peuvent pas être généralisés car ils sont basés sur les perspectives subjectives d'un échantillon limité. De plus, il peut être difficile de transposer les résultats à des populations dans d'autres pays ayant des systèmes de soins d'urgence différents. L'échantillon lui-même pourrait être biaisé, car les participants provenant de services d'urgence offrant des soins complets étaient surreprésentés, tandis que ceux gérés par des promoteurs commerciaux étaient sous-représentés.</p> <p>De plus, l'étude a été menée pendant la pandémie de COVID-19, ce qui pourrait avoir influencé le niveau d'agression dans les services d'urgence, notamment en raison de restrictions d'accès. Cependant, selon les entretiens et une autre étude réalisée par Schablon et al, il semble que les participants aient vécu des augmentations ou des diminutions presque équivalentes de la violence et de l'agression, tandis que d'autres ont signalé que le niveau d'agression n'avait pas changé pendant la pandémie. Ainsi, l'influence de la pandémie sur les résultats devrait être minime.</p> <p>Il est également possible qu'il y ait eu un biais d'auto sélection, où seules les personnes les plus touchées et intéressées par le sujet ont participé aux entretiens, donnant ainsi l'impression que les services d'urgence allemands n'étaient pas suffisamment préparés aux incidents violents. D'autre part, les participants ont été contactés par le biais de leurs supérieurs hiérarchiques ou étaient eux-mêmes des supérieurs hiérarchiques, ce qui aurait pu introduire un biais dans</p>
--	---

	<p>l'échantillon si les superviseurs avaient cherché à présenter une image positive des mesures de prévention de la violence, donnant finalement une meilleure image de la préparation à la violence dans les services d'urgence allemands que ce qui est réellement le cas.</p>
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé , Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</li> </ul> <p>Les services d'urgence mettent en place certaines mesures de prévention de la violence, mais il manque des lignes directrices complètes et un dépistage des comportements violents. Il est nécessaire d'avoir des lignes directrices adaptées et de clarifier les responsabilités, intégrant la prévention de la violence dans les routines quotidiennes. Il est également important de réduire la charge de travail en limitant le nombre de patients ou en embauchant davantage de professionnels de la santé. Même en l'absence de preuves scientifiques solides, il est crucial d'agir pour réduire les niveaux élevés de violence dans les services d'urgence. Les lignes directrices de prévention devraient inclure des mesures environnementales, organisationnelles et individuelles afin d'améliorer la santé et le bien-être des employés.</p>



## 8.7 Appendice 7: Analyse de l'article 7

Spelten, E., van Vuuren, J., O'Meara, P., Thomas, B., Grenier, M., Ferron, R., Helmer, J., & Agarwal, G. (2022). Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Workers use? *BMC Emergency Medicine*, 22(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00621-9>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). "Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Workers use?"</li> </ul> <p>Violence sur le lieu de travail en cas d'urgence les travailleurs de la santé : Quelles sont les stratégies utilisées par les travailleurs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les thèmes abordés ? la prévention et le contrôle de la violence au travail</li> <li>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Le titre se réfère à la population travaillant en urgence, plus précisément les ambulanciers et les trieur des urgences aux de plusieurs hôpitaux du Canada</li> </ul>
<b>Auteurs-es</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). Evelien Spelten<sup>1*</sup>, Julia van Vuuren<sup>1</sup>, Peter O'Meara<sup>2</sup>, Brodie Thomas<sup>1</sup>, Mathieu Grenier<sup>3</sup>, Richard Ferron<sup>4</sup>, Jennie Helmer<sup>5,6</sup> and Gina Agarwal<sup>7,8</sup></li> </ul> <p><sup>1</sup>Violet Vines Marshman Research Centre, Rural Health School, La Trobe University, Melbourne, Australia. <sup>2</sup> Department of Paramedicine, Monash University, Melbourne, Australia. <sup>3</sup> County of Renfrew Paramedic Service, Pembroke, Canada. <sup>4</sup> Niagara</p>

	<p>Emergency Medical Services, Niagara Region, Niagara, Canada. 5 School of Population and Public Health, University of British Columbia, Vancouver, Canada. 6 British Columbia Emergency Health Services, Vancouver, Canada. 7</p> <p>Department of Family Medicine, McMaster University, Hamilton, Canada. 8 Department of Health Research Methods, Evidence, and Impact, McMaster University, Hamilton, Canada.</p>
<b>Mots-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les mots-clés ?</li> </ul> <p>Paramédecine, Services médicaux d'urgence, Santé au travail, Violence, Violence sur le lieu de travail</p>
<b>Résumé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</li> </ul> <p>Obj :</p> <p>Le but de cette recherche était de déterminer et d' examiner les approches adoptées par les professionnels des services médicaux d'urgence pour faire face à la violence et à l'agression de la part des patients et des personnes de passage. L'analyse des différentes stratégies employées et de leur efficacité perçue aidera à élaborer des interventions personnalisées visant à réduire le risque de préjudices graves pour les travailleurs de la santé.</p> <p>Méthodo :</p> <p>Des entretiens de groupe ont été organisés dans diverses zones urbaines et rurales du Canada, regroupant des auxiliaires médicaux et des répartiteurs. Les discussions ont été enregistrées intégralement et ont fait l'objet d'une analyse thématique.</p> <p>Résultats :</p> <p>Il a été observé que le personnel des services de santé d'urgence déploie différentes stratégies lorsqu'il est confronté à des patients violents ou à des passants. La plupart de ces stratégies, en dehors des techniques générales de désescalade, démontrent une</p>

	dépendance envers les systèmes avec lesquels et au sein desquels les travailleurs exercent leur métier.
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b><i>Pertinence</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).</li> </ul> <p>L'article se justifie en citant des articles scientifiques ayant quantifié la violence dans les soins de manière générale</p>
<b><i>Objectifs/questions de recherche</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</li> </ul> <p>(1) Quelles sont les stratégies utilisées par les travailleurs des services préhospitaliers d'urgence pour lutter contre la violence sur le lieu de travail de la part des patients ou des passants ?</p> <p>(2) Quelle est leur expérience de ces stratégies ?</p>
<b><i>Principaux concepts théoriques</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les concepts les plus importants ?             <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévention de la violence</li> <li>Stratégie du personnel pour faire face à la violence</li> </ul> </li> </ul>

<b>PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE</b>	
<b>Méthodologie</b>	
<b><i>Questions de recherche</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.</li> </ul> <p>Quelles sont les stratégies des travailleurs de la santé dans un contexte d'urgence pour faire face à la violence dont ils peuvent être victimes de la part de patients ou de leur proche.</p>

<p><b>Devis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</li> </ul> <p>Pour mener cette étude, il a été constitué des groupes de discussion avec des professionnels travaillant dans les services d'urgence préhospitaliers. Aussi il a été choisi une approche qualitative descriptive en raison de la nature exploratoire de l'étude.</p> <p>Les groupes de discussion comprenaient de trois à six participants et avaient une durée maximale de 90 minutes. Les séances étaient enregistrées pour permettre la transcription et l'analyse ultérieure. Avant chaque groupe de discussion, un consentement écrit était obtenu, et les sessions étaient animées par une chercheuse du projet. Aucune autre personne n'était présente lors des groupes de discussion. Dans le but de créer un environnement propice à une expression libre des réponses des participants et d'éliminer toute disparité de pouvoir, les personnes ayant une autorité hiérarchique n'ont pas participé aux groupes de discussion. L'animatrice était une chercheuse australienne, tandis que les participants étaient des travailleurs canadiens. Pour renforcer la fiabilité de l'étude, le chercheur principal a maintenu une trace de vérification comprenant des notes d'observation et un journal réflexif.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le rôle du chercheur est-il défini ? (Par ex, le chercheur reconnaît-il son influence potentielle dans la recherche ? De quelle manière participe-t-il à l'étude ? Etc.).</li> </ul> <p>Il n'y avait aucun lien entre l'animatrice/principale enquêtrice et les travailleurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</li> </ul> <p>L'approbation éthique a été accordée par le comité d'éthique de l'université La Trobe sous le numéro HEC19009 et par le comité d'éthique de l'université La Trobe sous le numéro HEC19009.</p>
<p><b>Sélection des participants ou objet d'étude</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</li> </ul>

	<p>La population visée est le personnel travaillant dans le domaine des urgences, l'étude a cependant été menée avec des ambulanciers et des trieurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</li> </ul> <p>Le seul critère d'inclusion était le fait d'être un agent de soins de santé d'urgence.</p>
<b>Choix des outils de collecte de données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ? Enregistrement audio et retranscription</li> <li>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</li> </ul> <p>Les groupes de discussion étaient composés de trois à six participants et avaient une durée maximale de 90 minutes. Ils ont été enregistrés en vue de leur transcription et de leur analyse ultérieure. Avant chaque groupe de discussion, un consentement écrit a été recueilli, et les séances ont été animées une chercheuse du projet. Aucune autre personne n'a pris part aux groupes de discussion. Dans le but de favoriser un environnement propice à une expression sans réserve des réponses des participants et d'éliminer les disparités de pouvoir, les individus ayant une responsabilité hiérarchique n'ont pas été inclus dans les groupes de discussion.</p>
<b>Méthode d'analyse des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle est la méthode d'analyse utilisée ? Présentation des résultats à l'aide de la norme COREQ.</li> <li>Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?) Les données ont été codées par ES et JV.</li> <li>Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?)</li> <li>Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</li> </ul>

	Norme COREQ
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</li> </ul> <p>6 grand thème : La formation et les autres outils, le soutien au refus de soins, les stratégies de prévention, la communication entre les organisations, le signalement et la répartition. + 1 thème mineur et pas en lien avec le reste : l'uniforme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</li> </ul> <p><b>Formation et autres outils :</b></p> <p>Les participants ont des opinions divergentes concernant l'utilisation et l'utilité de la formation. Certains d'entre eux souhaiteraient recevoir plus de formation en autodéfense ou en désescalade, car cela semble les aider à faire face aux incidents violents et leur donne une meilleure maîtrise de la situation. D'autres ne pensaient pas qu'une formation plus approfondie serait utile, et estiment même que cela ne devrait pas faire partie de leurs responsabilités, étant donné que leur rôle principal est de fournir des soins de santé et non de résoudre des situations violentes. Ils craignaient que la formation n'entraîne une surcharge de responsabilités pour les travailleurs de la santé. Il y avait un risque que les incidents violents soient considérés comme leur responsabilité et leur faute si la violence devenait incontrôlable, même s'il était estimé qu'ils auraient pu faire davantage pour la résoudre. En même temps, les travailleurs se sentaient victimes de la violence. Ils pensaient que l'organisation devrait assumer plus de responsabilités, par exemple en établissant une politique claire sur la manière de traiter les agresseurs violents. Indépendamment de la formation qu'ils avaient reçue, la plupart des participants ont déclaré avoir leurs propres stratégies pour faire face aux comportements violents. Ils reconnaissaient que leur approche variait en fonction de leur évaluation de la situation et du type d'agresseur. La contention et la sédation ont également été mentionnées comme des moyens de faire face à la violence. Les</p>

ambulanciers paramédicaux considéraient la contention douce comme utile, mais ils doutaient que la direction autorise son utilisation.

### **Soutien en cas de refus de soins/étapes**

Le deuxième thème abordé concerne le soutien au refus des soins de santé par les soignants. La majorité des participants aux groupes de discussion ont exprimé leur souhait d'être autorisés à refuser les soins aux patients afin d'éviter de se retrouver dans des situations violentes. Ils considéraient que le fait d'avoir la possibilité de refuser les soins constituait un soutien clair de la part de l'organisation envers les travailleurs, contribuant ainsi à créer un environnement de travail sûr. Cependant, les participants doutaient de la faisabilité de cette mesure. Indépendamment de cela, certains participants ont mentionné qu'ils s'étaient éloignés de situations violentes pour se protéger. Pour les ambulanciers, une pratique courante consiste à "mettre en scène" l'intervention devant le domicile d'un patient en attendant l'arrivée de la police, ce qui assure leur sécurité. La mise en scène consiste à se garer à l'abri des regards, à maintenir une distance de sécurité et à n'intervenir que lorsque la police a confirmé que la scène est sécurisée, ce qui diffère du refus de soins. Lorsqu'une situation devient soudainement dangereuse et que les ambulanciers doivent se retirer, les mêmes principes de sécurité s'appliquent. Les participants ont souligné qu'ils bénéficiaient de différents niveaux de soutien de la part de leur organisation et du personnel central de dispatching pour mettre en œuvre ces mesures. Le dispatching fait référence au personnel central qui reçoit les appels d'urgence, fournit des conseils essentiels avant l'arrivée sur les lieux, coordonne et planifie les ressources et les mouvements de transport des patients. Les participants aux groupes de discussion ont ressenti un soutien de la part du dispatching dans leur décision de procéder à une mise en scène. Cette pratique semblait être acceptable et les paramédicaux ont reconnu qu'ils se sentaient plus en sécurité. Cependant, dans l'ensemble, les participants ont

souligné qu'il existe une zone grise entre la responsabilité et la sécurité, car les travailleurs pourraient potentiellement être tenus responsables en cas d'accident.

### **Stratégie de prévention :**

Les participants des groupes de discussion étaient généralement sceptiques quant à l'efficacité de la publicité ou des campagnes publiques visant à prévenir les incidents violents.

Certains participants considéraient que de telles initiatives pouvaient influencer la conversation publique et éduquer le grand public, en soulignant que le problème de la violence ne se limite pas à leur lieu de travail. D'autres participants ne voyaient pas cela comme une solution concrète, pensant que cela ne dissuaderait pas suffisamment les personnes violentes, mais ils espéraient néanmoins que cela accroîtrait la sensibilisation à ce problème.

En revanche, les participants estimaient que ces mesures publicitaires ne changeraient pas le risque et pourraient même encourager les patients à devenir plus violents. Ils considéraient que les campagnes qui déclarent qu'aucune menace de violence ne serait tolérée, sans suivre cette déclaration d'une stratégie de tolérance zéro, inciteraient les individus à repousser les limites. L'absence d'action concrète les rendait plus vulnérables et renforçait ce sentiment.

### **Communication entre les organisations**

La communication entre les organisations constitue un quatrième thème identifié. Les participants ont principalement souligné le manque d'informations qui leur étaient fournies, ce qui pouvait entraîner des risques inutiles. Par exemple, la signalisation entre les hôpitaux n'a pas été communiquée efficacement. Les participants estimaient que davantage d'informations provenant du dispatching ou de la police pourraient aider à prendre des décisions concernant la mise en scène et à évaluer avec précision les risques présents sur la scène. Certains participants préféraient toutefois avoir moins d'informations lors de la mise en scène afin



de réduire le risque de détresse morale. Ce thème est une fois de plus lié aux responsabilités des travailleurs de la santé. Certains participants ont estimé qu'ils étaient souvent appelés pour des urgences où la police aurait dû être la première à intervenir.

Les participants ont souligné une excellente collaboration avec leurs répartiteurs, qu'ils considéraient comme contribuant de manière positive à leur sécurité. Le dispatching était perçu comme réactif et proactif dans le but de garantir la sécurité des ambulanciers et de leur fournir des informations complètes.

Une dernière question concernant la communication a été soulevée par les ambulanciers, qui ont indiqué que les informations relatives aux patients transportés étaient souvent insuffisantes. Cependant, ces informations peuvent aider à identifier des risques évitables.

### **Signalement et envoi/répartition**

Le signalement a été identifié comme un thème organisationnel distinct, justifiant ainsi sa séparation en tant que thème distinct. Il s'agit d'une stratégie visant à signaler les récidivistes. Le signalement implique qu'un secouriste ou un travailleur de santé d'urgence soit alerté lorsqu'un patient spécifique demande de l'aide ou se présente à l'hôpital, s'il est connu pour avoir été violent par le passé. Un service, comprenant le dispatching, a considéré cela comme utile, car cela permettait aux répartiteurs d'informer les ambulanciers des dangers connus ou documentés associés à une adresse donnée. Cependant, d'autres participants ont mentionné que la mise en œuvre du signalement était un processus difficile, souvent en raison de la réticence de l'organisation à autoriser cette stratégie.

Deux aspects du thème de la répartition ont été identifiés. Le rôle central du dispatching était considéré comme important par les participants paramédicaux. Lorsque la communication et la collaboration avec le dispatching étaient bonnes, celui-ci était considéré comme la "première ligne de défense".

	<p><b>L'uniforme :</b></p> <p>Certains participants ont exprimé des préoccupations concernant l'uniforme des ambulanciers, car dans une province spécifique, il ressemble beaucoup à celui porté par la police. Cela peut créer un danger et entraver la capacité des ambulanciers à fournir des soins. D'autres participants ont mentionné que leur uniforme leur donnait une fausse sensation de sécurité, car les ambulanciers étaient hautement respectés dans la région.</p>
<p><b>Discussion</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</li> </ul> <p>Cette étude s'est focalisée sur l'utilisation de différentes stratégies pour faire face à la violence et l'expérience des participants avec ces stratégies. Les participants ont identifié plusieurs stratégies couramment utilisées par les travailleurs des soins de santé d'urgence pour prévenir et réduire la violence des patients et des passants. Cependant, il y avait des opinions divergentes concernant ces stratégies. Les résultats indiquent que l'environnement de travail des services d'urgence diffère considérablement de celui d'un hôpital en termes d'exposition à la violence et de capacité à la réduire. Bien que l'échantillon de l'étude soit limité, il est diversifié, incluant des environnements urbains et ruraux. Ces résultats soulignent l'impact sérieux de la violence sur le personnel des soins de santé d'urgence, au point que certains travailleurs souhaiteraient avoir le droit de refuser les soins. Le modèle socio-écologique de la violence au travail a été utilisé pour interpréter les résultats, correspondant bien aux thèmes identifiés. Les interventions visant à gérer la violence devraient être intégrées dans l'organisation plutôt que de relever de la responsabilité individuelle des travailleurs. Les stratégies identifiées, telles que le signalement, la mise en scène et la collaboration, impliquent une approche systémique plutôt que de laisser la responsabilité au travailleur individuel. Cette approche</p>

doit être abordée au niveau organisationnel, en clarifiant les politiques et les procédures, et en assurant une collaboration efficace. Les dispatchers jouent un rôle central dans la prévention des violences pour les ambulanciers, mais ils sont également sujets à la violence verbale avec peu de recours. La réponse à la violence doit faire partie d'un système de soutien organisationnel, avec l'engagement et le soutien de la direction. L'absence d'un tel engagement peut avoir de graves conséquences sur la santé et le bien-être des travailleurs et entraver la prévention de la violence sur le lieu de travail.

- Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?

L'étude a récolté et rapporté les avis et expériences de plusieurs techniques de prévention de la violence par des travailleurs du domaine des urgences.

- Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études

L'étude rapporte plusieurs résultats liés à d'autres études :

« C'est une indication très forte de la gravité de ce problème, car il a déjà été identifié que le devoir de soins pèse très lourdement sur tous les travailleurs de la santé. »

« Le modèle socio-écologique de la violence au travail était un cadre approprié pour nos résultats. »

« Cela diffère des stratégies standard utilisées dans d'autres contextes, par exemple les infirmières psychiatriques, qui se concentrent sur l'évaluation des risques et les techniques de désescalade. »

« Bien que les participants aient discuté de la valeur de la formation, une deuxième étude Cochrane récente a montré que, bien que la formation et l'éducation puissent entraîner une augmentation possible des connaissances personnelles et des attitudes positives, elles n'ont pas eu d'effet sur les agressions au travail dirigées contre les travailleurs de la santé. »

<p><b>Recommandations &amp; suggestions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ? Pas proposé dans cet article</li> <li>▪ De quelle manière les suggestions et recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</li> </ul> <p>Afin d'être efficaces, ces stratégies systémiques doivent être mises en œuvre et soutenues par les organisations de soins de santé, et doivent être légitimées par les organismes professionnels, les syndicats, les politiques publiques et la réglementation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</li> </ul> <p>Malgré la petite taille des échantillons de l'étude, ils sont diversifiés et représentent à la fois des environnements urbains et ruraux. L'étude ne se base pas sur des données quantitatives, mais adopte une approche qualitative qui permet de mieux comprendre les expériences des travailleurs préhospitaliers concernant la violence. De plus, les résultats sont en accord avec le modèle socio-écologique de la violence au travail, ce qui renforce leur validité. Cette étude complète les recherches similaires menées dans les services d'urgence en fournissant une perspective spécifique aux travailleurs préhospitaliers.</p>
<p><b>Conclusions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</li> </ul> <p>Cette étude met en évidence l'utilisation de diverses stratégies par les professionnels des soins de santé d'urgence lorsqu'ils sont confrontés à des patients violents ou à des passants. La plupart de ces stratégies, en dehors des techniques génériques de désescalade, reposent sur les systèmes dans lesquels ces professionnels travaillent. Ces résultats confirment un changement d'approche, passant d'une focalisation sur le travailleur individuel en tant que victime à une approche systémique au niveau de l'organisation pour réduire et minimiser la violence envers les travailleurs de la santé.</p>



## 8.8 Appendice 8: Analyse de l'article 8

Chang, Y.-C., Hsu, M.-C., & Ouyang, W.-C. (2022). Effects of Integrated Workplace Violence Management Intervention on Occupational Coping Self-Efficacy, Goal Commitment, Attitudes, and Confidence in Emergency Department Nurses: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2835. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052835>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<p>"Effects of Integrated Workplace Violence Management Intervention on Occupational Coping Self-Efficacy, Goal Commitment, Attitudes, and Confidence in Emergency Department Nurses: A Cluster-Randomized Controlled Trial"</p> <p>Titre traduit en Français:</p> <p>"Effets de l'intervention intégrée de gestion de la violence en milieu de travail sur l'auto-efficacité de l'adaptation professionnelle, l'engagement envers les objectifs, les attitudes et la confiance envers les infirmières des services d'urgence : un essai contrôlé randomisé en grappes"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les thèmes abordés ?</li> </ul> <p>Les thèmes abordés sont la violence en milieu de travail, la violence des patients et des visiteurs, la gestion de la violence, l'attitude du personnel infirmier envers cette violence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</li> </ul> <p>Le titre fait référence à une population, le personnel infirmier et comment fait-il face à la violence.</p>
<b>Auteurs-es</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yang-Chin Chang: Département des sciences infirmières, Université I-Shou, Kaohsiung City 82445, Taïwan</li> <li>• Mei-Chi Hsu: Département des sciences infirmières, Université I-Shou, Kaohsiung City 82445, Taïwan</li> <li>• Wen-Chen Ouyang: Département de psychiatrie gériatrique, Centre psychiatrique de Jinan, ministère de la Santé et du bien-être, Ville de Tainan, Taïwan ; Département des sciences infirmières, Shu-Zen Junior College of Medicine and Management, Kaohsiung City 82144, Taïwan ; Département de psychiatrie, Collège de médecine, Université médicale de Kaohsiung, Kaohsiung City 80708, Taïwan</li> </ul>
<b>Mots-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les mots-clés ?</li> </ul> <p>Violence en milieu de travail; violence envers les patients et les visiteurs; service des urgences; infirmière; gestion de la violence; auto-efficacité en matière d'adaptation professionnelle; engagement envers les objectifs; attitudes; confiance; Essai contrôlé randomisé.</p>
<b>Résumé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</li> </ul> <p>Objectifs : L'objectif de cette étude est de vérifier le bon fonctionnement d'un programme de formation pour prévenir et gérer la violence envers le personnel soignant dans le département d'urgence d'un hôpital de Taïwan.</p> <p>Méthodologie : Un échantillonnage par grappe a été utilisé. Il y avait 75 infirmières dans cette étude et elles ont soit reçu un cours de 1h, soit l'intervention PTM-PVE.</p> <p>Résultats : L'intervention a eu des effets positifs sur la confiance, sur l'attitude et sur l'auto-efficacité d'adaptation professionnel de la part des infirmières face à des situations d'agressivité.</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	

<p><b><i>Pertinence</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).</li> </ul> <p>La justification de cette étude repose sur des constats scientifiques, des observations et des statistiques. Par exemple l'article mentionne que la prévalence du personnel de la santé à être victime d'agression ou de violence verbale est de 15 à 89.58%, ils sont 18,22% à 56% à avoir été victime d'agression physique et ils sont 4,7 à 19,7% à avoir été harcelés sexuellement. Dans l'introduction les auteurs mentionnent également que 77% des employés aux urgences ont subi de la violence venant de patient ou de visiteurs.</p>
<p><b><i>Objectifs/questions de recherche</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</li> </ul> <p>Mesurer l'efficacité d'une nouvelle formation sur la prévention et la gestion de la violence au travail. L'étude a aussi évalué l'effet de cette formation sur le personnel infirmier.</p> <p>Hypothèse de recherche : l'intervention PVS-PTM appliqué dans un service d'urgence permettrait d'améliorer les résultats perçus par le personnel infirmier.</p>
<p><b><i>Principaux concepts théoriques</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les concepts les plus importants ?</li> </ul> <p>L'intervention PTM-PVE est une approche regroupant plusieurs disciplines et elle est basée sur le concept d'apprentissage de Kraiger et al (cf. références). Ces auteurs ont divisé l'apprentissage en trois axes différents: cognitifs, basés sur les compétences et affectif. Une fois ce concept appliqué à l'étude les auteurs ont évalué l'attitude des infirmières, leur auto-efficacité, la mise en place d'objectifs et leur confiance perçue.</p>

## PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

### Méthodologie



<p><b>Questions de recherche</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?</li> </ul> <p>variables indépendantes: Intervention intégrée de gestion de la violence</p> <p>variables dépendantes: impact et efficacité de l'intervention sur le personnel infirmier des services d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche ?</li> </ul> <p>L'étude a pour but de tester l'efficacité d'un programme intégré de formation sur la prévention et la gestion de la violence au travail venant des visiteurs et des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Si applicable</i> : quelles sont les hypothèses de recherche ?</li> </ul> <p>L'hypothèse de cette étude est que l'intervention proposée ajouter à un cours de formation continue permettrait d'améliorer les résultats des infirmières des services d'urgences.</p>
<p><b>Devis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</li> </ul> <p>Le devis de l'étude est un essai contrôlé randomisé en grappes avant et après le test. Ils ont utilisé plusieurs groupes d'infirmières. Ils mentionnent que l'échantillonnage en grappe a été utilisé à cause des mesures de la politique en place "pendant la pandémie de COVID-19".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</li> </ul> <p>Chaque infirmière qui appartenait à l'échantillon a eu soit l'intervention, soit un cours d'une heure. L'intervention correspondait à douze séances de formation sur la violence au travail et une heure de formation organisée par l'hôpital sur la politique et les procédures de sécurité au sein de l'institution. Tandis que le groupe a reçu uniquement la formation interne dispensée par l'hôpital. Cette formation dispensée par l'hôpital</p>

	<p>était organisée par vidéoconférence dut à la pandémie de COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</li> </ul> <p>Cette étude a été validée par le comité d'éthique de l'hôpital dans lequel elle se déroulait. De plus, chaque participant a confirmé par écrit son consentement avant le début de l'étude. L'étude a suivi les principes éthiques de la déclaration d'Helsinki de 1975.</p>
<p><b>Sélection des participants ou objet d'étude</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population visée ? Les infirmières travaillant dans un service d'urgence.</li> <li>▪ Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection). Les chercheurs ont demandé au personnel infirmier s'il souhaitait participer à l'étude durant leur réunion d'équipe ou durant leur temps libre.</li> <li>▪ Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ? Les participants devaient être des infirmières travaillant aux urgences à temps plein.</li> <li>▪ Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.). La taille de l'échantillon a été calculé avec "une taille d'effet moyenne de 0.25 et un alpha de 0.05 pour une puissance de 0.80". Le résultat a indiqué que chaque groupe devait comporter 40 infirmières.</li> <li>▪ <i>Si applicable</i> : y a-t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ? L'étude avait 39 participants dans le groupe intervention et 36 dans le groupe contrôle. Les infirmières ont été réparties au hasard dans chacun des deux groupes.</li> </ul>

**Choix des outils de  
collecte des données**

- Quels sont les instruments de mesure ?

"L'échelle d'engagement d'objectif à 5 éléments a été utilisée pour mesurer l'accomplissement et l'engagement des tâches d'objectifs". L'alpha de Cronbach permet de voir la bonne cohérence de l'échelle utilisée. Pour cette échelle il était de 0.833, ce qui est bon d'un point de vue statistique.

- Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ?  
Si oui, lesquelles ? (Par exemple, échelles de Likert à x points, etc.).

**L'échelle d'engagement l'objectif était** basé sur une échelle de Likert de 5 points allant de "je suis beaucoup d'accord" à "je suis beaucoup en désaccord".

Le **questionnaire sur l'auto-efficacité de l'adaptation professionnelle pour les infirmières** comportait 9 points. Ce questionnaire cherchait à évaluer le fardeau professionnel et les difficultés relationnelles sur le lieu de travail. Ce questionnaire utilisait aussi une "échelle de Likert à 5 points allant de 1 (pas du tout facile à gérer) à 5 (extrêmement facile à gérer)". Un score élevé indiquait des croyances plus fortes des infirmières pour faire face à des situations stressantes" L'alpha de Cronbach de ce questionnaire était de 0.930.

L'échelle pour évaluer l'attitude à l'égard de l'agressivité dans les salles d'urgence comporte 16 éléments et elle a été utilisée auprès des infirmières de l'étude. l'alpha de Cronbach était de 0.83. La note pour chaque élément de l'échelle allait de 1 "pas du tout d'accord" à 4 "tout à fait d'accord". Plus le score était élevé plus il indiquait une attitude positive à l'égard des patients.

Les auteurs ont utilisé le questionnaire "**Confiance dans la gestion des comportements agressifs**" pour évaluer, avec ses 8 items, le niveau de confiance des infirmières dans les situations d'agression. Chaque item allait de 1 "non" à 4 "extrêmement". Plus le score était élevé plus il indiquait une grande confiance dans ces

	<p>situations de la part des infirmières. "L'alpha de Cronbach était de 0,83."</p> <p>Les auteurs ont utilisé le questionnaire ATABQ (attitudes à l'égard des comportements agressifs) pour mesurer l'attitude des infirmières vis-à-vis de la prévention et de la gestion de l'agressivité des patients. Il y a 12 items dans ce questionnaire. Chacun des items variait de 1 "fortement en désaccord" à 5 "tout à fait d'accord". Plus le score était élevé, plus il indiquait une attitude positive.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</li> </ul> <p>Les données ont été récoltées au travers des différents questionnaires. Ceux-ci ont été remplis par les participants avant et après l'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</li> </ul> <p>variables indépendantes: Intervention intégrée de gestion de la violence</p> <p>variables dépendantes: impact et efficacité de l'intervention sur le personnel infirmier des services d'urgence</p>
<p><b><i>Interventions ou programmes (si applicable)</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</li> </ul> <p>L'intervention a consisté en douze séances de minimum une heure. Les thèmes abordés dans ces séances étaient "l'amélioration de la sensibilisation des infirmières au tels que l'identification des patients / visiteurs à haut risque de comportement violent, les motivations des auteurs, les facteurs causaux du PVV (causes internes, externes et interactionnelles), les déclencheurs possibles de violence et les indices d'agression imminente."</p> <p>L'intervention avait aussi pour objectif d'aborder l'interaction, la gestion, la prévention et les mesures après les incidents. Ainsi l'évaluation des dangers, les compétences de communication, la</p>

	<p>résolution de problèmes, la gestion des conflits et la gestion de la colère ont également été abordés.”</p> <p>L’objectif de l’intervention était également de permettre aux infirmières de développer des techniques d’affirmation de soi, de s’engager dans des interactions complexes et gérer la violence de manière proactive.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</li> </ul>
<b>Méthode d’analyse des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les méthodes et les types d’analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</li> </ul> <p>Le logiciel SPSS version 22.0 pour Windows a été utilisé pour les analyses statistiques.</p> <p>Les chercheurs ont mis en avant les analyses de comparaison entre les échantillons avec des statistiques descriptives.</p> <p><i>"le test du chi carré a été appliqué aux données catégorielles"</i></p> <p><i>"Le test t indépendant a été utilisé pour examiner les différences entre les groupes."</i></p> <p>Les données ont finalement été analysées à l’aide d’équations d’estimation généralisées (GEE).</p>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les caractéristiques principales de l’échantillon ?</li> </ul> <p>L’échantillon est composé de 75 participants répartis en deux groupes, un groupe d’intervention et un groupe témoin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?</li> </ul> <p>Dans l’échantillon il y avait une majorité de femme, jusqu’à 97,44% pour le groupe d’intervention par exemple.</p> <p>La majorité des participants avait moins de 30 ans.</p> <p>La majorité des participants sont allés à l’université.</p> <p>La majorité des participants sont célibataires (&gt; 60%).</p> <p>La majorité des participants sont bouddhiste ou taoïste (&gt;52%)</p>

	<p>La majorité des participants sont des infirmières de grade NO (&gt;44%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p \leq 0,05</math>) ?</li> </ul> <p>Les résultats statistiquement significatifs sont que les participants dans le groupe interventions ont eu un taux d'engagement d'objectif plus élevé et une meilleure auto-efficacité de l'adaptation professionnelle à des situations de violence. Ils ont aussi eu une plus grande confiance en leur capacité à gérer le comportement violent.</p> <p>En lien avec ces résultats les participants ont eu une communication plus adéquate, une meilleure gestion et un meilleur travail d'équipe durant les situations violentes. Les membres du groupe d'intervention ont partagé qu'ils étaient moins nerveux et qu'ils avaient les idées claires durant les situations violentes.</p> <p>Les participants à l'étude étaient certains de la capacité de prévenir et de gérer les comportements violents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les autres résultats importants ?</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</li> </ul> <p>Oui, dans le début de la discussion. Les auteurs rappellent les améliorations statistiquement significatives des résultats obtenus par les participants du groupe d'intervention. Cela montre l'efficacité de la formation qui a été dispensée à ce groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</li> <li>▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</li> </ul> <p>Les effets positifs, tel que la confiance en soi, l'engagement envers les objectifs, l'attitude face à la violence, qui ont été observés dans</p>

	<p>cette étude corroborent avec les résultats d'autres études effectuées dans d'autres services d'urgences.</p> <p>Les participants étaient également plus confiants sur le discernement et leur évaluation des situations violentes. Ce dernier point a également été rapporté dans d'autres études.</p> <p>Cette étude a permis de démontrer également que le personnel infirmier ayant un haut niveau d'auto-efficacité professionnelle aura moins de signes de détresse psychologique et moins d'épuisement professionnel en contact avec la violence au travail.</p> <p>Les participants ayant reçu l'intervention ont davantage confiance</p>
<b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</li> </ul> <p>Les auteurs suggèrent que de futures recherches incluent l'éducation comme co-variable dans l'analyse des résultats des interventions. Les auteurs suggèrent également d'effectuer une étude avec un plus long suivi afin de pouvoir observer les effets à plus long terme de l'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les suggestions et recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</li> <li>▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</li> </ul> <p>Selon les auteurs de cette étude, la limite principale est qu'elle est principalement axée sur la violence provenant des patients et des visiteurs.</p>
<b><i>Conclusions</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</li> </ul> <p>Les résultats de la présente étude ont démontré l'efficacité de l'intervention auprès du personnel infirmier aux urgences pour mieux prévenir et gérer la violence. En effet la formation qui a été dispensée en 12 séances auprès du groupe intervention a permis</p>

	<p>au participant de ce groupe entre autres d'être plus en confiance et d'avoir les idées claires face à des situations de violence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</li> </ul> <p>Ouverture / Recherches futures:</p> <p><i>"Les études futures devraient envisager des interventions organisationnelles pour une meilleure évaluation des effets de la prévention et de la prise en charge de la prévention de la violence des visiteurs aux urgences."</i></p>
--	---



## 8.9 Appendice 9: Analyse de l'article 9

Davids, J., Murphy, M., Moore, N., Wand, T., & Brown, M. (2021). Exploring staff experiences: A case for redesigning the response to aggression and violence in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 57, 101017. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101017>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). "Exploring staff experiences: A case for redesigning the response to aggression and violence in the emergency department"</li> </ul> <p>Titre en français: Explorer les expériences du personnel : Un cas de refonte de la réponse à l'agression et à la violence dans les services d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les thèmes abordés ? L'article commence par expliquer ce qu'est qu'un code noir, l'article mentionne aussi l'omniprésence de violence de la part de patients/visiteurs envers le personnel soignant dans les urgences. Cette étude se concentre sur l'examen de la réaction du personnel médical face à l'agression et à la violence dans les services d'urgence. Elle explore également les stratégies de soutien mises en place pour gérer les incidents graves et suggère des pistes pour améliorer la réponse à de telles situations.</li> <li>▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</li> </ul>

	Le titre se réfère principalement aux personnels des services d'urgences.
<b><i>Auteurs-es</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</li> </ul> <p>Jennifer Davids (a)</p> <p>Margaret Murphy (c)</p> <p>Nathan Moore (a,b)</p> <p>Timothy Wand (d,e)</p> <p>Martin Brown (b)</p> <p>a) Réseau de recherche et d'éducation, Western Sydney Local Health District, Sydney, NSW, Australie</p> <p>b) b) Faculté de médecine et de santé, Université de Sydney, Sydney, NSW, Australie</p> <p>c) c) Service des urgences de l'hôpital Westmead, Sydney, Nouvelle-Galles du Sud, Australie</p> <p>d) École d'infirmières de Sydney, Université de Sydney, Sydney, NSW, Australie</p> <p>e) Service des urgences, Hôpital Royal Prince Alfred, Sydney, Nouvelle-Galles du Sud, Australie</p>
<b><i>Mots-clés</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les mots-clés ?</li> </ul> <p>Violence, Hôpital, Services d'urgence, Violence verbale, Violence physique, Formation, Désescalade, Troubles du comportement, Conscience de la situation, Réponse coordonnée</p>
<b><i>Résumé</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</li> </ul> <p>Objectif:</p> <p>L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité des réponses individuelles et organisationnelles face à la violence dans les</p>

services d'urgence en se basant sur les expériences et les pratiques du personnel en matière de situations d'urgence extrême. Les résultats obtenus permettraient d'évaluer et de revoir les interventions et la formation liées à ces situations, notamment celles concernant le "Code Noir".

#### Méthodologie :

Les auteurs de la recherche ont réalisé une série d'entretiens qualitatifs semi-structurés et ont suivi une approche ethnographique ciblée. L'ethnographie ciblée est une méthode appropriée pour étudier les expériences partagées et les problèmes identifiés au sein de cultures ou de sous-cultures spécifiques, notamment dans des environnements tels que les services d'urgence. En utilisant des questions préétablies pour guider les entretiens semi-structurés, il a pu être exploré en profondeur le sujet et obtenir des réponses détaillées.

#### Résultats :

Les principaux thèmes identifiés sont les suivants : Les présentations et les types d'auteurs de violence ; Les éléments déclencheurs de la violence ; La formation du personnel et sa préparation au code de conduite. compétences en matière de désescalade ; gestion d'un code noir ; activation d'un code noir, et bien-être du personnel. Nous avons constaté un manque de clarté et de cohérence dans le processus d'évaluation des risques. la coordination des réponses du personnel aux événements "Code noir", la mise en évidence des lacunes systémiques dans les processus et les procédures "Code noir", ainsi que dans la formation du personnel.

<b><i>Pertinence</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).</li> </ul> <p>La justification de l'étude repose sur des constats d'autres études en identifiant la violence dans les services d'urgences comme une problématique croissante et globale. Aussi, étant donné que cette étude provient d'Australie, elle relève aussi l'inefficacité de la politique de tolérance zéro en matière de considération de la violence dans les soins actuellement en vigueur.</p>
<b><i>Objectifs/questions de recherche</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</li> </ul> <p>QR 1 : Quelles sont les expériences et les pratiques du personnel travaillant actuellement dans les services d'urgence en matière de réponse aux événements de type "code noir" ?</p> <p>QR 2 : Comment ces expériences et ces pratiques peuvent-elles contribuer à la redéfinition des interventions et des formations "Code Black" pour le personnel des urgences ?</p>
<b><i>Principaux concepts théoriques</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les concepts les plus importants ?</li> <li>• Les éléments déclencheurs de la violence</li> <li>• Formation du personnel et préparation aux événements de type « code noir »</li> <li>• Jugement professionnel, conscience de la situation et compétences en matière de désescalade</li> <li>• Gestion/activation d'un code noir</li> </ul>

## PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

### Méthodologie

#### ***Questions de recherche***

- Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.

	<p>QR 1 : Quelles sont les expériences et les pratiques du personnel travaillant actuellement dans les services d'urgence en matière de réponse aux événements de type "code noir" ?</p> <p>La question de recherche cherche à déterminer les réactions actuelles de soignant en réponse aux événements violents se passant dans leur service</p> <p>QR 2 : Comment ces expériences et ces pratiques peuvent-elles contribuer à la redéfinition des interventions et des formations "Code Black" pour le personnel des urgences ?</p> <p>Comment les pratiques individuelles des soignants peuvent redéfinir la nouvelle structure d'un code noir ?</p>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</li> </ul> <p>L'étude a interviewé 20 membres du personnel soignant dans 4 sites hospitaliers du WSLHD (n = 5 site 1, n = 5 site 2, n = 5 site 3, n = 5 site 4).</p> <p>Le personnel a été invité à partager leur expérience du Code Black. Des entretiens semi-structurés ont été menés avec 6 médecins, 13 infirmières et 1 membre du personnel administratif pour explorer la gestion des incidents, les interventions en matière de santé et de sécurité, ainsi que l'impact sur le bien-être du personnel. Les entretiens, d'une durée de 30 minutes à 1,5 heure, ont permis de recueillir des données sur 45 cas de violence dans le service d'urgence et les réponses au Code Black. Des questions ouvertes ont encouragé les participants à partager leurs expériences. La saturation des données a été atteinte après l'entretien 18 et confirmée après l'entretien 20. Les transcriptions des entretiens ont été renvoyées aux participants pour commentaires. De plus, des observations non structurées, réalisées par des équipes de deux personnes, ont été effectuées pendant deux heures à deux occasions différentes dans chaque service d'urgence des quatre sites hospitaliers. Les chercheurs ont discrètement observé le rôle</p>

	<p>de la sécurité, les pratiques du personnel et écouté les conversations. Des notes ont été prises sur le terrain, mais aucun enregistrement n'a été effectué directement sur le terrain.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</li> </ul> <p>L'approbation éthique multisite a été obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche humaine. (Ethics Ref - Application ID : 2019/ETH00598)</p> <p>Le consentement éclairé a été obtenu pour les entretiens, et la confidentialité a été préservée en dépersonnalisant toutes les données. Les participants ont également eu la possibilité de revoir la transcription de leur entretien et d'y apporter des modifications. Le consentement des chefs de service a été obtenu pour effectuer les observations, le personnel a été informé de l'objectif de la visite des chercheurs.</p>
<b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</li> </ul> <p>La population visée est le personnel des services d'urgences : 6 médecins, 13 infirmières et 1 membre du personnel administratif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</li> </ul> <p>Le critère d'inclusion est le fait d'être un personnel soignant d'un des services d'urgences sélectionné.</p>
<b><i>Choix des outils de collecte de données</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</li> </ul> <p>Appareils enregistreurs, sans précisions.</p> <p>Entretiens semi-structurés à questions ouvertes, sans précisions.</p> <p>Excel pour coder les données.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ? Des entretiens semi-structurés, d'une durée de 30 minutes à 1,5 heure. De plus, des observations semi structurées de deux heures à deux périodes différentes.</li> </ul>
<b>Méthode d'analyse des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la méthode d'analyse utilisée ? Une analyse thématique inductive.</li> <li>▪ Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?) Différents chercheurs se sont réparti les tâches en matière de codage des données, analyses...</li> <li>▪ Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ? Excel</li> <li>▪ Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.). Les données sont triangulées. Les données sont revues plusieurs fois par les auteurs auteurs. Les codes ont ensuite été élaborés par deux coauteurs pour chaque entretiens des thèmes ont été élaborés et validés par chaque auteur de l'étude.</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ? En thème : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation et types d'auteurs</li> <li>- Les éléments déclencheurs de la violence</li> <li>- Formation du personnel et préparation aux événements de type « code noir »</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugement professionnel, conscience de la situation et compétences en matière de désescalade</li> <li>- Gestion/activation d'un code noir</li> </ul> <p>▪ Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation et types d'auteurs :</li> </ul> <p>Les patients ayant été impliqués dans des événements relevant du code noir ont été diagnostiqués comme suit : 13 patients étaient toxicomanes et alcooliques, 12 présentaient des problèmes de santé mentale, 4 souffraient de démence, 4 étaient des membres de la famille, et 12 autres cas étaient liés à des problèmes tels que la douleur, le délire, la phobie des aiguilles ou étaient de nature inconnue.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les éléments déclencheurs de la violence :</li> </ul> <p>Les facteurs cliniques, tels que la consommation de drogues ou d'alcool, les problèmes de santé mentale, la douleur et la démence, ainsi que des temps d'attente prolongés, la frustration, la peur et l'anxiété, le fait d'être détenu contre son gré pour des soins psychiatriques et le manque d'information sur la situation, ont été identifiés comme les déclencheurs les plus fréquents de comportements agressifs. Les raisons des retards de traitement restaient inconnues pour les patients et leurs proches.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel et préparation aux événements de type « code noir » :</li> </ul> <p>Les résultats mettent en évidence l'importance de la préparation du personnel pour anticiper les problèmes de comportement. Les stratégies clés consistent à reconnaître les premiers signes d'agitation, à tenter une désescalade rapide et à adapter l'environnement en modifiant la disposition du matériel, en retirant les objets tranchants, en ouvrant les portes et en veillant à</p>
--	--



maintenir une distance de sécurité avec le patient tout en assurant l'accès à des voies de sortie sécurisées. Lorsque les tentatives de désescalade échouent, il est essentiel d'être prêt à maîtriser le patient en toute sécurité.

Une formation appropriée joue un rôle crucial dans la préparation du personnel. Il a été constaté qu'un nombre significatif de répondants (n = 6) n'avaient pas suivi de formation formelle en raison de contraintes de personnel au niveau du district. Par conséquent, de nombreux nouveaux membres du personnel ont dû apprendre sur le terrain en observant leurs collègues expérimentés pour acquérir des compétences de désamorçage.

Il a également été constaté que les nouveaux membres du personnel étaient moins susceptibles de reconnaître une situation en évolution en raison de leur focalisation sur l'accomplissement de leurs tâches. Il est clair que la préparation adéquate du personnel est essentielle pour travailler efficacement dans cet environnement.

- Jugement professionnel, conscience de la situation et compétences en matière de désescalade :

Pour de nombreux membres du personnel, la clé réside dans le développement du jugement professionnel et de la capacité à évaluer rapidement les situations en s'appuyant sur leurs connaissances, compétences et expérience. La familiarité avec la situation, la connaissance de l'environnement et même des actions simples comme l'ouverture d'une porte peuvent avoir un impact significatif sur la dynamique d'une situation. Une grande majorité du personnel considère une communication efficace comme essentielle pour gérer une situation qui se détériore, mais

reconnaît que cela nécessite du temps. Dans un entretien, il a été souligné qu'une simple désescalade verbale quelques minutes plus tôt aurait probablement empêché la situation de dégénérer. Le maintien des personnes informées et la fourniture de nourriture et de boissons ont contribué à réduire l'anxiété. De plus, certains membres du personnel estiment que l'intervention du service de sécurité peut dissuader les comportements agressifs. Les résultats suggèrent que l'amélioration de la préparation et des compétences du personnel peut accélérer le développement du jugement professionnel et contribuer à réduire l'escalade de l'agression.

- Gestion/activation d'un code noir :

Lorsque la situation se dégrade, il est crucial que le personnel puisse évaluer le moment opportun pour déclencher un code noir et mettre en place un protocole coordonné, reposant sur le travail d'équipe, avec des rôles et des responsabilités clairement définis et des procédures de travail partagées entre le personnel du service d'urgence et le personnel de sécurité. La réussite de la gestion du Code Noir repose sur une coordination efficace des rôles assumés par le personnel de sécurité et le personnel soignant. Lorsqu'une alarme de contrainte est déclenchée, cela signifie que le personnel a besoin d'assistance. Cependant, le personnel ne sait pas toujours quand il est nécessaire de déclencher un code noir, ce qui peut être aggravé par une culture du travail où les abus sont tolérés malgré la politique de tolérance zéro de NSW Health. Il est fréquent que l'ensemble du personnel réagisse à une alarme de contrainte. Bien que cela puisse donner au personnel un sentiment de sécurité et de soutien en sachant qu'il peut demander de l'aide à de nombreuses personnes, cela peut également perturber les soins aux patients. Il est difficile d'organiser efficacement la réponse d'un grand groupe, et certains estiment que cela est

	<p>"exagéré" et manque d'efficacité, en particulier lorsqu'il s'agit d'une fausse alarme.</p> <p>L'appel d'un code noir est souvent retardé, les rôles et responsabilités du personnel dans la coordination de la réponse à un code noir sont mal définis, il y a un manque de signalement et cela a un impact négatif sur le bien-être du personnel.</p>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</li> </ul> <p>L'étude met en évidence de manière évidente que le travail aux urgences est complexe et peut entraîner une charge morale ainsi qu'un épuisement émotionnel, psychologique et physique pour le personnel. Il a été observé que les nouveaux membres du personnel nécessitent une formation formelle immédiate et sont souvent mal préparés à travailler aux urgences. Le niveau d'agressions de la part des patients et des visiteurs est inattendu, et pour certains, assister à la contention d'un patient constitue une confrontation. De plus, le personnel interrogé dans cette étude a exprimé se sentir compromis par des décisions qui donnent la priorité à d'autres patients ayant des besoins de santé plus importants, ou par le fait d'avoir trop peur ou d'être en conflit émotionnel pour traiter un patient, ce qui peut avoir un impact sur la qualité des soins et le bien-être du personnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?</li> </ul> <p>La recherche a déterminé que le personnel a besoin d'une approche systématique pour acquérir une connaissance approfondie de la situation, appliquer des techniques de désescalade et savoir quand appeler un code noir. Il est crucial que le personnel adopte une approche coordonnée en équipe pour la contention des patients, et que les attentes concernant les rôles soient clairement définies dans les efforts de coordination entre le personnel soignant et le personnel de sécurité.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</li> </ul> <p>Selon Wong et al. (2020), une approche basée sur l'équipe pour répondre à un code noir, qui attribue des rôles formels aux membres d'une équipe multiprofessionnelle dès le début de leur période de travail et utilise du personnel spécialement formé dans un environnement simulé, a montré une amélioration des résultats en matière de prévention de la violence dans un environnement de soins de santé.</p>
<b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</li> </ul> <p>A</p> <p>Les résultats de cette étude ont le potentiel de normaliser la réponse aux urgences comportementales dans les services d'urgence en fournissant une approche méthodique et coordonnée de la gestion de la violence et de l'agression avec des rôles et des pratiques clairement délimités, garantissant ainsi la sécurité des patients et du personnel.</p> <p>B</p> <p>Les études à venir devraient mettre l'accent sur l'observation des incidents violents et recueillir les perspectives individuelles sur l'agression et la violence en milieu de travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les suggestions et recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</li> </ul> <p>Cet objectif pourrait être atteint par la conception d'une réponse</p>

	<p>systématique à la violence et à l'agression au niveau de l'organisation et par la mise en place d'opportunités de formation appropriées pour le personnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</li> </ul> <p>Comme la plupart des études qualitatives, cette recherche présente certaines limites, notamment la taille relativement réduite de l'échantillon et sa restriction à un seul service de santé. Par conséquent, les résultats ne peuvent être généralisés. De plus, la majorité des participants étaient des cliniciens, avec seulement un employé administratif inclus dans l'étude. Bien que ces participants représentent la démographie du personnel de l'établissement étudié, il est important de tenir compte des différences potentielles dans les rôles professionnels lors de l'interprétation des résultats.</p>
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</li> </ul> <p>Cette étude amène des pistes de normalisations de la démarche de code noir afin de répondre à un évènement violent de manière uniforme. Etant donné que la recherche a identifié les différents thèmes sous-jacent à l'activation d'un code noir et apporté les différents avis/pistes d'améliorations des participants, elle a répondu à l'objectif visé tout en laissant des pistes de développement aux recherches futures.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</li> </ul> <p>La normalisation de l'activation d'un code noir, l'identification des rôles de chacun pour une meilleure efficience. L'importance du</p>

	jugement professionnel et l'utilisation précoce de technique de désescalade.
--	--

## 8.10 Appendice 10: Analyse de l'article 10

Adeniyi, O. V., & Puzi, N. (2021). Management approach of patients with violent and aggressive behaviour in a district hospital setting in South Africa. *South African Family Practice*, 63(1). <https://doi.org/10.4102/safp.v63i1.5393>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). "Management approach of patients with violent and aggressive behaviour in a district hospital setting in South Africa."</li> </ul> <p>Titre français : «Approche de prise en charge des patients ayant un comportement violent et agressif dans un hôpital de district en Afrique du Sud »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les thèmes abordés ? Les thèmes qui sont abordés sont la prévention et l'endiguement de la violence de la part des patients.</li> <li>▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Le titre se réfère aux patients violents</li> </ul>
<b>Auteurs-es</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <a href="#">Oladele V. Adeniyi</a> : Département de médecine familiale, Faculté des sciences de la santé, Université Walter Sisulu, Mthatha, Afrique du Sud ; Département de médecine familiale, Faculté des sciences de la santé, Hôpital Cecilia Makiwane, East London, Afrique du Sud</li> </ul>

	Ntandazo Puzi : Département de psychiatrie, Faculté des sciences de la santé, Université Walter Sisulu, Mthatha, Afrique du Sud ; Département de psychiatrie, Faculté des sciences de la santé, Hôpital Cecilia Makiwane, East London, Afrique du Sud
<b>Mots-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les mots-clés ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportement agressif et violent,</li> <li>• Usager assisté,</li> <li>• Centres d'urgence,</li> <li>• Usager involontaire,</li> <li>• <i>Loi sur les soins de santé mentale</i></li> </ul> </li> </ul>
<b>Résumé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. L'objectif de l'étude est de décrire une approche probante pour la prise en soin des patients violent et agressif.</li> <li>▪ Il n'y pas de descriptif de la méthodologie, ni des résultats dans le résumé.</li> </ul>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b>Pertinence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).</li> <li>▪ L'introduction fait état de la présence de la violence dans les services d'urgences. Elle définit la violence et l'agression. Elle décrit également quels sont les différents comportements violents et agressifs chez les patients.</li> </ul>
<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? Décrire une approche probante pour la prise en soin des patients violents et agressifs.</li> </ul>
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les concepts les plus importants ?</li> </ul>



<b>PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE</b>	
<b>Méthodologie</b>	
La structure de l'article est différente. Il n'y a pas de partie méthode, ni résultats, ni discussion.	
<b><i>Questions de recherche</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.</li> <li>▪ Cette étude ne présente pas clairement une question de recherche. Elle cherche à présenter une approche pour une prise en soin des patients violents. L'étude s'appuie sur des données probantes pour valider ses propos.</li> </ul>
<b><i>Devis</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? Il s'agit d'une étude qualitative mais le devis n'est pas détaillé.</li> <li>▪ Le rôle du chercheur est-il défini ? (Par ex, le chercheur reconnaît-il son influence potentielle dans la recherche ? De quelle manière participe-t-il à l'étude ? Etc.). Le rôle des auteurs n'est pas définis dans cet article.</li> <li>▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. L'étude mentionne qu'ils ont respecté les normes éthiques standards de la recherche. Il n'y a pas d'autre détails.</li> </ul>
<b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ? La population visée se sont les patients violents dans les services d'urgences.</li> <li>▪ Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ? Aucun critère d'inclusion ou d'exclusion n'est présenté dans cette article.</li> </ul>

<b>Choix des outils de collecte de données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</li> </ul> <p>Les outils de collecte de données ne sont pas présentés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</li> </ul>
<b>Méthode d'analyse des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</li> <li>▪ Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</li> <li>▪ Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?)</li> <li>▪ Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</li> </ul> <p>L'article en lui-même est la présentation d'une approche, donc d'un résultat en tant que tel.</p> <p>Dans cet article plusieurs sous-thèmes sont abordés, les prédictors des comportements agressifs et violents, les investigations nécessaires pour exclure une affection médicale, l'approche de la prise en soin non pharmacologique, la prise en soin pharmacologique et la violence persistante chez les patients psychiatriques.</p> <p>L'étude rapporte également la proportion des différents sous-types d'actes agressifs: psychotique, prédateur/organisé et impulsif.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</li> </ul> <p>Plusieurs éléments ressortent de cette étude notamment un tableau reprenant la matrice de Haddon comme structure pour illustrer la prise en soin de la violence du point de vue du membre du personnel ou du patient mais également de l'environnements, tout en prenant en compte la temporalité d'un acte violent c'est à dire le moment qui précède l'événement, pendant l'événement et après l'événement. Ce tableau donne une vision d'ensemble des</p>

différents facteurs qui sont en jeu mais aussi des différentes choses qui peuvent être faites à différents moments de l'événement.

À titre d'exemple en amont, en prévention de tel événement, le personnel soignant à plusieurs éléments sur lesquels il peut s'informer ou se former. Le personnel soignant doit avoir la capacité d'identifier les signes avant-coureurs d'éventuelle agression, les premiers signes annonciateurs d'un patient qui pourrait devenir agressif.

Des actions peuvent être entreprises auprès des patients également en amont: le personnel soignant doit communiquer sur la tolérance zéro de la violence, les soignants doivent également communiquer et expliquer le temps d'attente.

Les auteurs recommandent le fait que tous les hôpitaux devraient disposer d'un espace pour calmer les patients violents ou agressifs et que des surveillances rapprochées soient mises en place.

Les différents types de contentions sont également présentés dans cet article. Les auteurs mettent en avant la nécessité parfois de faire usage d'une contention physique pour pouvoir administrer un traitement au patient violent. mais ils rappellent que cela doit être utilisé qu'en dernier recours, dans un objectif de protéger le patient et le personnel. Chaque acte de contentions, quel que soit le type, doivent être documentés, effectués sous surveillance et dans une durée limitée.

Les auteurs présentent également le processus à suivre lorsqu'un patient est admis en soins involontaires.

L'étude présente aussi la prise en soin pharmacologique d'un patient violent. Les auteurs mettent en avant les principales molécules utilisées, ainsi que leur posologie, mais également le fait que la voie d'administration orale doit toujours être prioritaire.

Les auteurs expliquent également les principaux effets secondaires et surveillances en lien avec l'administration de sédatifs.

<p><b><i>Discussion</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</li> </ul> <p>Il n'y a pas de résumé des résultats qui sont présentés dans cet article</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?</li> <li>▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</li> </ul>
<p><b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour: a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</li> <li>▪ De quelle manière les suggestions et recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</li> <li>▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</li> </ul>
<p><b><i>Conclusions</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</li> <li>▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</li> </ul> <p>En conclusion de cette étude les auteurs rappellent que les soignants doivent être formés et préparés à la survenue de patient violent ou agressif. Ils doivent connaître les protocoles de désescalade et les techniques de prise en soin des patients violents et agressifs.</p>

