

# Travail de Bachelor

**Présenté à :**

**Neri Céline, directrice du Travail de  
Bachelor**

**Les comportements de  
violence des patients envers  
le personnel soignant d'un  
service d'urgence hospitalier  
sont-ils un facteur  
responsable de l'épuisement  
professionnel ?**

**Kaya Olivia**

**N°20883518**

**Mangeat Sophie**

**N°20883724**

**Mühlheim Mélanie**

**N°11214665**

**Lieu d'activité de**

**Neuchâtel**

**Juillet 2023**

## **Table des matières**

Glossaire des abréviations.....	vi
Résumé du travail .....	vii
Problématique .....	vii
Concepts et cadre théorique .....	vii
Méthode.....	viii
Résultats et conclusions .....	viii
Mots-clés.....	ix
Remerciements .....	x
Chapitre 1 : Introduction.....	1
Nature du travail de Bachelor.....	2
Plan du travail de Bachelor .....	2
Chapitre 2 : Problématique.....	4
Question de départ .....	5
Revue exploratoire de la littérature.....	10
Métaparadigme infirmier et modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier .....	12
Santé .....	13
Être humain .....	14
Soins infirmiers .....	15

Environnement .....	17
Modes de savoir .....	18
Mode personnel .....	19
Mode esthétique .....	21
Le mode éthique.....	22
Le mode empirique .....	23
Le mode sociopolitique ou émancipatoire .....	24
Concepts pertinents .....	26
Violence .....	26
Souffrance.....	30
Souffrance au travail .....	32
Turn-over .....	35
Perspectives /propositions pour la pratique .....	37
Chapitre 3 : Champ disciplinaire infirmier .....	38
Cadre théorique .....	39
Ancrage disciplinaire .....	40
Métaparadigme selon Watson.....	41
Les principaux concepts de la théorie .....	42
Chapitre 4 : Méthode .....	49

Le questionnaire PI(C)O(T) .....	50
Démarche de recherche d'articles scientifiques.....	51
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	53
Stratégie de recherche d'articles scientifiques .....	53
Chapitre 5 : Synthèse des résultats/discussion .....	69
Concept de violence .....	70
Auteurs de violence .....	71
Causes de la violence .....	73
Types de violence .....	75
Conséquences de la violence .....	76
La violence intrinsèque.....	89
Difficulté à déclarer .....	89
Facteurs de résilience.....	91
Risques du turn-over.....	93
Bien-être au travail .....	94
Propositions/Interventions .....	94
Programme d'information / de formation .....	95
Stratégies de soutien aux victimes .....	95
Sensibilisation au burn-out et au stress traumatique secondaire .....	96

Encourager le signalement .....	97
Soins de santé mentale .....	97
Dynamique d'équipe .....	98
Espoir .....	98
Propositions pour la pratique .....	99
Chapitre 6 : Conclusion.....	101
Apports du travail de Bachelor .....	102
Éléments facilitants .....	102
Éléments contraignants .....	103
Limites .....	104
Perspectives pour la recherche.....	105
Chapitre 7 : Références .....	106
Chapitre 8 : Annexes .....	113

### Listes des figures

<b>Figure 1</b> : Typologie d'agression selon BUSS.....	28
<b>Figure 2</b> : Diagramme de flux équation 1 CINHAL .....	57
<b>Figure 3</b> : Diagramme de flux équation 2 CINHAL .....	58

<b>Figure 4 :</b> Diagramme de flux équation 1 Medline .....	60
<b>Figure 5 :</b> Diagramme de flux équation 2 Medline .....	61
<b>Figure 6 :</b> Diagramme de flux équation 1 PubMed .....	64
<b>Figure 7 :</b> Diagramme de flux équation 2 PubMed .....	65
<b>Figure 8 :</b> Diagramme de flux équation 1 PsycInfo .....	67

### **Listes des tableaux**

<b>Tableau 1 :</b> Concepts selon la question de recherche PICOT .....	51
<b>Tableau 2 :</b> Mots-clés et descripteurs .....	52
<b>Tableau 3 :</b> Équations de recherche et résultats pour CINAHL .....	55
<b>Tableau 4 :</b> Équations de recherche et résultats pour Medline .....	59
<b>Tableau 5 :</b> Équations de recherche et résultats pour PubMed .....	63
<b>Tableau 6 :</b> Équations de recherche et résultats pour PsycInfo .....	66

## **Glossaire des abréviations**

HE-ARC : Haute École Arc

HES : Haute École Spécialisée

HUG : Hôpitaux Universitaires Genève

MeSH : Medical Heading Subject

OMS : Office Mondial de la Santé

RHNe : Réseau Hospitalier Neuchâtelois

SECO : Secrétariat d'État à l'Économie

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimatio

## **Résumé du travail**

### **Problématique**

Le comportement de violence de la part de patients à l'encontre des infirmières dans les services d'urgences est une réalité en augmentation dans le monde et une problématique conséquente dans un contexte de pénurie infirmière. De plus, les infirmières d'un service d'urgences sont plus à même de développer une symptomatologie pouvant conduire à l'épuisement professionnel. Ainsi, l'objectif de ce travail est de déterminer si la violence perpétrée par les patients à l'encontre des infirmières dans un service d'urgence est un facteur de leur épuisement professionnel.

### **Concepts et cadre théorique**

Après l'élaboration de la problématique de ce travail, les auteures ont mis en évidence plusieurs concepts inhérents à la question de recherche. Ces derniers ont été analysés de manière approfondie. La violence, la souffrance et plus particulièrement la souffrance au travail, ainsi que le turn-over sont les concepts retenus. En outre, ils ont été intégrés au modèle proposé par Jean Watson « The Human Caring ».

## **Méthode**

Ce travail constitue en une revue systématique. En effet, les auteures ont élaboré une question de type « PICOT », démarche méthodologique permettant l'interrogation des bases de données scientifiques. 15 articles scientifiques correspondants au meilleur niveau de preuve ont été retenus. Puis, ils ont été analysés de manière fine grâce à l'outil « Grille adaptée de Tétrault » (Tétrault et al., 2013). Enfin, une synthèse desdits articles a été effectuée de manière à répondre à la question de recherche.

## **Résultats et conclusions**

Les résultats démontrent que le personnel d'un service d'urgence est plus sujet à subir des comportements de violence. Le mal-être sur le lieu de travail implique des conséquences sur leur santé. Les soignants des urgences ont un taux plus important de burn-out et de fatigue compassionnelle que dans d'autres professions. La violence participe à l'épuisement professionnel, impactant également la qualité des soins. Les conditions de travail, le stress professionnel, la pénurie de personnel infirmier sont étroitement liés à la satisfaction professionnelle. Ces phénomènes nécessitent le développement de stratégies d'adaptation du personnel infirmier afin d'éviter d'en arriver à une intention de quitter leur service.

## **Mots-clés**

Violence, service d'urgence, épuisement professionnel, personnel infirmier

*Violence, emergency department, burnout, nursing staff*

Afin de simplifier sa lecture, le féminin a été privilégié bien que les termes utilisés dans le présent document s'appliquent indifféremment aux femmes et aux hommes.

## **Remerciements**

Ce travail n'aurait pas pu aboutir sans le soutien de plusieurs personnes que les auteures souhaitent remercier tout particulièrement.

Premièrement, les auteures de ce travail souhaitent remercier chaleureusement Madame Céline Neri, Maître d'enseignement HES et Directrice de ce travail de Bachelor, pour son haut niveau d'expertise, son accompagnement bienveillant et ses précieux conseils. Elle a su guider la construction de ce travail en laissant place aux échanges et aux partages constructifs.

D'autres remerciements s'adressent aux professeurs de la HE-ARC pour leurs apports, tant sur le plan humain que sur le plan de la formation. Leur engagement pour la formation infirmière a été particulièrement apprécié.

Des remerciements tout particuliers sont adressés au Docteur Vincent Della Santa, Chef du Département des Urgences du RHNe ainsi qu'à Monsieur Philippe Jacquey, Infirmier Chef des Urgences du RHNe du site de Pourtalès, pour leur disponibilité et leurs apports perspicaces pour ce travail.

Les auteures témoignent leur gratitude envers le Docteur, Madame Hélène Pasquier, qui a permis l'élaboration de ce travail grâce à sa « théorie de New York », formidable approche d'analyse en trois phases.

Enfin, des remerciements chaleureux sont témoignés aux familles et proches pour leur soutien, leur compréhension, leur présence tout au long de la formation et de l'élaboration de ce travail.

# **Chapitre 1 : Introduction**

## **Nature du travail de Bachelor**

L'acquisition de savoirs empiriques permet l'évolution constante du champ disciplinaire infirmier et par conséquent, d'asseoir sa légitimité. Pour exercer les différents rôles de la discipline infirmière, il est nécessaire de s'orienter vers une scientificité de la méthode et le développement de l'esprit critique. Pour répondre à ces compétences, différents enseignements nous ont été donnés durant le cursus du Bachelor en soins infirmiers. Ces derniers constituent la base de notre démarche scientifique. Dans le but d'ancrer cette dernière, un travail de recherche et d'analyse d'articles scientifiques a été demandé.

## **Plan du travail de Bachelor**

Ce travail de Bachelor présente la démarche du choix du sujet, la méthodologie « PI(C)O(T) » et la méthode d'exploration des bases de données. Le choix des articles est expliqué et analysé sur la base de la grille de Tétreault et al. (2013), dans le but de fournir une méthode pratique, structurée et systématique pour analyser les articles et guider l'évaluation de la qualité et l'utilité des informations fournies par l'auteur de l'article (Tétreault et al., 2013). La grille d'analyse est articulée en fonction des spécificités des devis des articles, pouvant être tantôt qualitative, tantôt quantitative ou mixte. Enfin, une discussion quant aux éléments pertinents et aux résultats est présentée en s'appuyant sur un cadre théorique infirmier. Elle a pour but de

présenter les recommandations principales et de mettre en lumière des propositions pour la pratique infirmière. Enfin, la conclusion présente les éléments facilitants et contraignants de l'élaboration du travail, ses limites, mais également les perspectives pour la recherche.

## **Chapitre 2 : Problématique**

## **Question de départ**

Les périodes de formation pratique font partie intégrante du cursus du Bachelor en soins infirmiers. Étudiantes en troisième et dernière année, les auteures ont eu la chance d'explorer divers contextes de soins. La découverte de ces contextes et de leurs particularités nous a amenés à nous questionner. La pratique infirmière, les phénomènes sociaux et les comportements des individus sont des interrogations récurrentes au sein de notre cursus. À ce stade de la formation, les auteures ont eu l'opportunité de découvrir le contexte somatique ainsi que le contexte de santé mentale. Ces contextes, en particulier, sont le moteur de ce travail. En effet, elles ont toutes, à un moment donné, été confrontées à un phénomène en particulier : les comportements de violence de certains patients. Il a pu s'agir d'agressions verbales, mais parfois également de violence physique. Ces comportements sont parfois liés à la consommation de substance, à une pathologie mentale ou encore à une pathologie physique.

Grâce aux échanges avec les professionnels de la santé durant les périodes de formation pratique, il a été possible de mettre en avant les contextes dans lesquels ces comportements sont les plus prégnants. Il paraissait donc judicieux d'explorer de manière plus scientifique ce phénomène.

« Le choix du sujet de recherche est une des étapes les plus importantes du processus, car il ne saurait y avoir de recherche sans l'existence, au départ, d'un problème à résoudre ou d'une question à laquelle répondre » (Fortin & Gagnon, 2016). Dans ce travail, il a été demandé de formuler une question PI(C)O(T). Cette question est la base de ce travail, car elle permet l'interrogation efficace et cohérente des bases de données ainsi que la clarification des concepts clés.

L'expérience subjective vécue de comportements violents en milieu hospitalier a été récurrente. Il est possible de mentionner, entre autres, la période de formation pratique effectuée dans un service d'urgence de l'une des auteures. Cette dernière a mis en évidence ce phénomène social fréquent. Une multitude d'émotions est ressentie face à ces événements : peur, sentiment d'injustice, sentiment d'inutilité, baisse de l'estime de soi, sentiment de ne pas avoir les outils pour éviter l'agression et enfin, colère.

Un comportement « se produit généralement en réaction à un stimulus et peut être observé dans la pratique » (Fortin & Gagnon, 2016). La violence, de manière générale, constitue également un enjeu social. Dès les années 70, la sociologie du conflit atteste que l'agressivité et la violence ne sont pas des traits de caractère. Elles sont l'action sociale figurable par le conflit d'acteurs sociaux (Elias, 2003).

Afin de déterminer un champ de recherche pertinent, il est judicieux de prendre en compte les différents aspects de l'environnement dans lequel les acteurs sociaux se trouvent. Autrement dit, il serait intéressant de concevoir un champ de recherche s'articulant autour de l'individu – le patient ou le soignant, du groupe – l'interaction entre ses deux acteurs et de l'institution hospitalière.

De plus, la lecture de la publication du Docteur Reza Kehtari, fondateur du SMUR à Neuchâtel, concernant le stress aux urgences, a suscité de l'intérêt, mais également des interrogations (Kehtari, 2011). Les auteures sont désireuses de comprendre les interrelations existantes entre les patients et les soignants en milieu hospitalier et plus précisément dans un service d'urgence. C'est pourquoi expliquer et comprendre ces phénomènes sociaux en milieu hospitalier semble intéressant.

Les trois auteures souhaitent exercer dans le milieu somatique une fois diplômées, dont deux dans un service d'urgence. Ayant toutes vécus ces comportements de violence durant la formation, il semble pertinent d'utiliser ce travail de recherche à des fins personnelles. Se renseigner sur le phénomène des comportements de violence, comprendre ses particularités, les moyens existants pour l'éviter ou du moins, s'en protéger, connaître l'état actuel des recherches permettrait de pouvoir agir en amont. De plus, il semble que ce phénomène soit inhérent à l'épuisement professionnel. Beaucoup de

professionnels de santé font mention d'un état de fatigue extrême en lien avec une forme de fatigue compassionnelle. La spécificité d'un service d'urgence conduit inexorablement à se questionner quant à l'effet des comportements de violence sur la fatigue perçue, mais également sur le turn-over dont sont « victimes » la plupart des services somatiques actuellement.

En parallèle, les besoins de personnel de soins et d'accompagnement dans les hôpitaux sont amenés à augmenter allant de 11% à 17% à l'horizon 2029 et de 17% à 28% à l'horizon 2035, essentiellement en fonction de l'évolution démographique, alors que le taux de sortie de la profession chez les soignants du degré tertiaire s'élève à 42.5% (Merçay et al., 2021). Les chiffres de l'Observatoire suisse de santé mettent en avant un abandon de la profession de la part des infirmières et donc, un risque de pénurie. En parallèle, il y a un besoin grandissant à l'accès au système de santé pour des raisons démographiques.

L'épuisement professionnel se perçoit sur le terrain. C'est, en effet, le ressenti de deux des auteures de ce travail de recherche. La dynamique des équipes de travail se voit d'ailleurs influencée. Les nouveaux arrivants sont opérationnels, mais manquent parfois de compétences spécifiques au secteur des urgences. Ils sont alors coachés par des professionnels présents depuis plus longtemps. Ces derniers manifestent de la fatigue, un épuisement émotionnel et/ou physique et parfois, une irritabilité ou encore de l'agressivité

vis-à-vis de la patientèle, mais également vis-à-vis des collègues de travail. À l'épuisement général s'ajoutent alors des conflits interprofessionnels importants, une insatisfaction au travail et une diminution de l'engagement.

Suite à la demande d'entretien des auteures, Monsieur Philippe Jacquey, infirmier-chef du service des Urgences du RHNe du site de Pourtalès, exprime un « turn-over important en lien avec les horaires, la surcharge, le travail en lui-même. Quand un infirmier quitte le service, l'argument est généralement l'épuisement, la surcharge, la fatigue ». Le Docteur Vincent Della Santa, chef du Département des Urgences du RHNe à Neuchâtel, exprime à ce sujet que « la réorientation professionnelle est liée à un ensemble de choses, qu'ils (les comportements de violence) ne sont probablement pas verbalisés, mais qu'ils participent à une ambiance et peuvent influencer le départ ». (Annexe 16)

Ainsi, la question de recherche énoncée de ce travail est la suivante : les comportements de violence des patients envers le personnel soignant d'un service d'urgence hospitalier sont-ils un facteur responsable de l'épuisement professionnel ?

## **Revue exploratoire de la littérature**

La prévalence de la violence à l'encontre des travailleurs de la santé est élevée, en particulier dans les pays d'Asie et d'Amérique du Nord, dans les services de psychiatrie et d'urgence, à l'encontre des infirmières et des médecins (Liu et al., 2019). Les infirmières seraient davantage touchées par les comportements de violence que les autres corps de métiers, y compris le personnel de sécurité (Partridge & Affleck, 2017).

En Suisse également, les comportements de violence sont problématiques pour les travailleurs de la santé. Les hôpitaux universitaires genevois (HUG) ont d'ailleurs mis des mesures en place pour contrer ce phénomène (Davaris, 2016). Œuvrant dans la continuité du service des urgences, les travailleurs extrahospitaliers, comme les services d'incendie et de secours, sont également confrontés à des comportements de violence (Savoy et al., 2021). Philippe Jacquey exprime d'ailleurs que : « quand j'ai commencé à la structure mobile urgence et réanimation (SMUR), il y avait des violences, mais depuis quelques années, il s'agit d'un phénomène qui est en augmentation ». (Annexe 16)

Le nombre de situations violentes reportées dans un service d'urgence serait inférieur au nombre de situations violentes s'étant réellement déroulées (Richardson et al., 2018). En effet, la violence vécue au travail serait devenue « monnaie courante », c'est-à-dire un aspect totalement intrinsèque au travail

infirmier dans un département d'urgence (Spelten et al., 2020). Philippe Jacquy confirme cela : « Il y a une grosse tolérance dans notre service. (...) si un infirmier est victime de violence, il doit effectuer un rapport de violence. Mais, si on s'est fait un peu insulter ou qu'il s'agit de quelque chose de pas si grave, les gens ne donnent pas suite au niveau légal ». (Annexe 16)

De plus, les infirmières exposées à des agressions verbales ou physiques subissent souvent un impact psychologique négatif après l'incident (Edward et al., 2014). En effet, la violence verbale peut provoquer un traumatisme psychologique et un stress important chez le personnel soignant, même si aucune blessure physique n'est survenue (Gerberich et al., 2004).

Les conséquences des comportements de violence pour le personnel soignant sont multiples : insatisfaction professionnelle, syndrome de stress post-traumatique ou encore, épuisement professionnel (Wolf et al., 2020). Cela engendre également une diminution du personnel soignant sur le terrain et donc, une moins bonne gestion des situations de crise.

Selon Zhao et al. (2018), la violence au travail est un facteur contribuant à l'intention des infirmières de quitter leur poste, que cela soit de changer de service ou encore de changer de profession. Il a été démontré que la satisfaction au travail des infirmières avait un impact sur leur intention de

démissionner. Selon une autre étude, le turn-over serait influencé par plusieurs facteurs axés sur l'âge, la satisfaction au travail, l'épuisement professionnel, le niveau d'éducation ou encore par la violence au travail (Li et al., 2019).

Les comportements de violence en milieu hospitalier peuvent être expliqués par des troubles cognitifs, psychiatriques ou encore l'usage de substances, qui sont des facteurs déclenchant des situations de violence (D'Ettorre et al., 2018 ; Kaeser et al., 2018). Vincent Della Santa va également dans ce sens en exprimant que : « ce sont souvent ces patients qui nous injurient ou qui nous frappent, ce sont les patients intoxiqués ou psychiatriques ». (Annexe 16)

S'ajoute aux facteurs précédents le fait d'être un individu de sexe masculin et le parcours migratoire. Moman et al. (2020) mentionnent que 51% des médecins et travailleurs de la santé gérant des douleurs chroniques ont subi des menaces et des violences physiques.

## **Métaparadigme infirmier et modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier**

Afin de développer les composantes de l'ancrage disciplinaire sous le prisme de l'épuisement professionnel inhérent aux comportements de violence

des patients à l'encontre des soignants, le métaparadigme infirmier comme proposé par Fawcett (1984) doit être détaillé.

Le « métaparadigme est défini comme le concept global identifiant le phénomène d'intérêt central d'une discipline, les propositions globales qui décrivent les concepts et les propositions globales qui établissent les relations entre les concepts » (Fawcett, 1984, 2005). Le métaparadigme infirmier est composé de quatre concepts : la santé, les soins infirmiers, l'être humain et l'environnement (Fawcett, 1984, 2005).

La question de départ s'inscrit dans ce métaparadigme et plus particulièrement, dans chacun des concepts qui le composent.

## **Santé**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (1946), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». L'épuisement professionnel, tout comme la vulnérabilité que peut ressentir un patient en consultant dans un service d'urgences, entrave justement cet état de complet bien-être physique, mental et social. Au travers de son caractère somatique ainsi que par son caractère psychologique, l'épuisement professionnel vécu par l'infirmière représente un déséquilibre dans cet état de santé. En effet, tous les facteurs menant à

l'épuisement professionnel vont impacter la santé de l'individu dans ses sphères bio-psycho-socio-spirituelles. Par ailleurs, il en est de même pour une personne affectée dans sa santé qui consulte aux urgences. La douleur ressentie, la peur ou encore l'impatience sont des facteurs qui peuvent mener à des comportements décuplés, notamment sous forme de comportements violents. Les causes de ces passages à l'acte tout comme celles liées à l'épuisement professionnel sont multifactorielles, mais ont toute la même finalité : elles affectent la santé de l'individu.

## **Être humain**

L'être humain est perçu et considéré de manière holistique, comme un être biopsychosocial et spirituel. En effet, ce concept est au centre du questionnement, puisque les comportements de violence sont des réactions humaines. L'individu est un être à considérer avec ses individualités : schémas personnels, éducation, culture, valeurs ainsi que traumatismes conscients et/ou inconscients. Il est donc important de considérer l'être humain dans sa globalité et de tenir compte de toutes ces composantes dans le but de comprendre une réaction. Par ailleurs, la violence, tout comme l'épuisement professionnel ou encore la souffrance au travail sont vécus de manière subjective par chacun des individus. C'est pourquoi chacun ne l'exprimera pas de la même façon. En effet, comme l'être humain est un être social répondant

à des mécanismes sociaux qui lui sont propres, les comportements de chacun dans un moment de vulnérabilité ne peuvent pas être prédéterminés.

Dans ce contexte, l'intérêt des soins infirmiers est de tenir compte de la diversité de la population, des différentes facettes de l'individu et d'adapter sa posture professionnelle et les soins. Le professionnel infirmier doit être conscient de ses propres schémas de pensées et de ses représentations afin que la relation soignée soignante se déroule dans les conditions les plus saines possibles.

## **Soins infirmiers**

Le questionnement initial s'inscrit, d'une part, dans des soins visant la prévention et d'autre part, dans des soins visant le curatif. En effet, il s'agirait de comprendre comment les comportements de violence envers les soignants exercent une influence sur la souffrance au travail ou l'épuisement professionnel. L'enjeu pour le soignant est d'accompagner de manière holistique et bien traitante les patients, alors que lui-même est épuisé. Par conséquent, il est également affecté dans sa santé. Cela soulève une problématique d'incohérence dans les institutions, car des phénomènes d'épuisement professionnel sont objectivés, mais les mesures ne semblent à l'heure actuelle pas répondre à cette problématique. Philippe Jacquey le soulève d'ailleurs :

« (...) on leur met la main sur l'épaule, on dit que ça va aller, que c'est qu'une période, que ça ira mieux. Qu'est-ce qu'on peut faire pour la personne ? Parce que notre job aussi à nous, c'est peut-être d'aménager certaines choses. (...) On peut à petite échelle, mais quand ça devient beaucoup de personnel, c'est clair que celui à qui je vais retirer les nuits pour les prochains, ce sont ses collègues qui vont les récupérer, donc on a quand même assez peu de marge. (...) Il faut bien leur rappeler qu'ils font avec les moyens qu'on leur donne au fond, et nous en tant que cadre, on donne ce qu'on peut. » (Annexe 16)

D'autre part, ce questionnement relève d'une autre problématique : l'efficience et l'efficacité dans les soins. En effet, un soignant affecté lui-même dans sa santé ne pourra peut-être pas prendre en soin la patientèle de manière qualitative. Cela peut mener au sentiment d'avoir été maltraitant, mais également à un sentiment d'insatisfaction ou de souffrance au travail. P. Jacquy exprime à ce sujet :

« On a du personnel qui vient, qui dit j'ai travaillé 12 heures, je n'ai pas pris de pause, je me suis donné, même au-delà de ce que je pouvais aller et malgré ça, je me sens... je me sens avoir mal travaillé. Je ne suis pas une bonne infirmière. (...) Ils partent insatisfaits et certains parlent vraiment de... Se sentent maltraitant envers le patient. » (Annexe 16)

Par ailleurs, le rôle infirmier consiste en l'accompagnement au travers d'une relation avec le patient. Cette relation peut également exercer une influence sur le comportement dudit patient. Le soignant peut être influencé par ses propres valeurs, représentations, ainsi que les formations qu'il a reçues au sujet de la gestion des situations de violence. Ceci pourrait exercer une influence sur sa manière de soulager les problématiques des patients ainsi que sur la manière de gérer une situation de crise en cas de comportements de violence.

Nikathil et al. (2017) ont relevé qu'un faible niveau d'expérience ainsi que le jeune âge des soignants sont des facteurs qui ont une influence sur le taux de comportements de violence des patients envers les soignants. Par ailleurs, Li et al. (2019) ont relevé que les situations de violence sur le lieu de travail impactaient les soignants quant à leur satisfaction professionnelle, et cette dernière a une influence sur le phénomène de turn-over. Nous constatons, au travers de ces lectures, que ces éléments (âge, niveau d'expérience) ne sont pas forcément modifiables dans l'immédiat. Cependant, la constitution des équipes l'est.

## **Environnement**

L'environnement « représente les milieux physiques et sociaux de la personne. Il se rapporte tout autant au lieu de résidence de celle-ci qu'aux établissements spécialisés qui lui offrent des services infirmiers » (Provencher & Fawcett, 2002) le cadre de la compréhension des comportements de violence est nécessaire. En effet, l'être humain est en perpétuelle interaction avec son environnement. Ce dernier peut donc influencer les réponses des individus. Par exemple, un patient se retrouvant dans un contexte d'urgences hospitalières ou un patient à qui l'on annonce un diagnostic critique se retrouve dans une situation de vulnérabilité. Cela pourrait exercer une influence sur son comportement. L'environnement dans lequel le patient vit et qui est souvent inhérent à son éducation, sa culture, son parcours migratoire, ses valeurs. Par

conséquent, ces éléments influencent les réponses qu'il aura face à un élément stressant. Il en est de même pour les soignants qui sont, eux aussi, en perpétuelle interaction avec leur environnement. Ce dernier aura également un impact sur leur prise en soin.

Plus précisément, l'aménagement de la salle d'attente des urgences est un facteur qui influence l'environnement. Cela peut agir tant sur les patients que sur les soignants, comme le mentionne P. Jacquey : « les salles d'attente sont séparées, l'entrée des gens est complètement à l'écart. Maintenant, dans un lieu fermé, on arrive, je pense, à discuter peut-être plus facilement que les gens avec l'architecture maintenant. » (Annexe 16)

## **Modes de savoir**

Les modes de savoir infirmier constituent « un ensemble de connaissances, et l'expression « mode de développement et d'utilisation du savoir » comme traduction de l'expression anglaise *patterns of knowing* » (Pépin et al., 2017). De plus, le « savoir infirmier se réfère à l'expression de la compréhension qui peut être partagée aux autres et qui reflète ce que les membres d'une collectivité ont retenu comme standards et comme critères leur étant propres » (Chinn & Kramer, 2008).

De ce fait, les modes de savoir infirmier constituent, avec le métaparadigme, la base de la discipline infirmière. Carper (1978) en distingue quatre : le mode personnel, le mode esthétique, le mode éthique et le mode empirique. Chinn & Kramer (2008) proposent un cinquième mode : le mode sociopolitique ou émancipatoire. Selon Risjord (2009), les modes de savoir sont interdépendants.

Afin de déterminer si la question initiale et donc, l'énoncé du centre d'intérêt de notre travail, prend en considération la situation d'un point de vue holistique, il est primordial d'analyser le sujet sous le prisme des modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier.

## **Mode personnel**

Le mode personnel « englobe la compréhension subjective de soi et de l'autre, ou ce que l'infirmière connaît d'elle-même, tant par son intellect que par son intuition qui lui permet de comprendre de façon sensible une situation de soins donnée ou sa réaction à une situation de soins » (Pépin et al., 2017). Les valeurs, les croyances et représentations de l'infirmière peuvent influencer son comportement, mais également celui du patient lorsqu'ils sont en relation dans un service d'urgence. Par exemple, une infirmière ayant vécu une situation d'agression dans les soins pourrait avoir des réactions tant positives que négatives face à l'agression d'un patient. L'infirmière peut réagir soit en

« montant en symétrie », soit en apaisant le conflit, au travers de l'empathie, de la patience et de la résilience.

Par ailleurs, Chinn & Kramer (2015) suggèrent aux professionnels infirmiers de se connaître et de savoir pourquoi ils font les choses telles qu'ils les font. Cela sous-entend de savoir également pourquoi ils réagissent de la manière dont ils le font. Ces pistes de réflexion peuvent permettre à l'infirmière de se questionner sur elle-même, de comprendre ses réactions et ainsi, les adapter vis-à-vis d'un patient. Par ailleurs, si l'infirmière est capable de faire cette démarche réflexive sur elle-même, elle sera capable d'anticiper sa posture en fonction d'une situation de crise.

Concernant les soignants, l'importance de connaître ses propres limites est primordiale, puisqu'elle peut permettre, dans une certaine mesure, d'éviter l'épuisement professionnel. Malheureusement, les conditions de travail, la pénibilité du travail, les relations interpersonnelles menacent cet équilibre. L'épuisement professionnel peut toucher le personnel infirmier malgré une bonne connaissance de soi et de ses limites. L'accumulation de différents facteurs peut conduire le personnel infirmier à une forme de déshumanisation et à une dépersonnalisation. Ceci démontre ainsi tout l'intérêt d'identifier les premiers signes menaçant le bien-être comme la diminution de l'empathie, la perte de sens de l'accomplissement de soi au travail ou encore de l'anxiété.

## **Mode esthétique**

Le mode esthétique « fait référence à l'appréciation de la signification d'une situation et nécessite des ressources créatives pour rejoindre l'autre profondément et rendre possible ou transformer une expérience » (Pépin et al., 2017). Il s'agirait de s'investir dans la compréhension de ce que vit réellement l'autre et de se connecter profondément, en tant que professionnel, pour répondre à ses besoins.

Selon Wainwright (2000), « en rejoignant l'autre au-delà du superficiel grâce à l'appréciation de la signification, le savoir esthétique est une voie prometteuse pour améliorer la qualité des soins ». Dans le but de « rejoindre l'autre au-delà du superficiel », l'infirmière doit faire preuve d'empathie, qui est une valeur de la profession infirmière.

Dans une de ses recherches, Jorland (2006) en a conclu que « plus les infirmières font preuve d'empathie, moins les patients sont anxieux, dépressifs ou furieux. Autrement dit, non seulement l'empathie favorise le traitement thérapeutique, mais elle facilite la relation thérapeutique. En faisant l'effort de comprendre leurs patients, les infirmières se facilitent la tâche. » Par conséquent, une posture empathique a une influence sur les patients et donc sur leurs réactions vis-à-vis d'une souffrance non traitée, d'une attente aux urgences ou encore d'une impression de ne pas se sentir écouté. Cependant,

cette posture peut être entravée si le soignant est lui-même atteint dans sa santé et qu'il souffre d'un épuisement professionnel.

Le mode esthétique s'exprime également au niveau des relations entre professionnels. Par exemple, un cadre d'équipe qui doit faire preuve d'empathie et trouver des solutions pour son équipe qui est épuisée.

## **Le mode éthique**

Le mode éthique « fait référence aux processus de prise en compte de valeurs et de clarification d'ordre moral qu'exigent de nombreuses situations de soins » (Pépin et al., 2017). Dans ces contextes, comment agir de manière juste et responsable vis-à-vis de situations de violence au travail ou lors d'épuisement professionnel ?

Dans un service d'urgences où le flux massif de patients est récurrent, ce type de réflexion pourrait être occulté par les infirmières. Cela génère des conséquences. De ce fait, la diversité de la population soignée doit être prise en compte dans le but de prodiguer des soins éthiques envers toute la patientèle. Par ailleurs, un patient ne se sentant pas compris, écouté, entendu pourrait avoir un comportement agressif pour y pallier. La question d'éthique peut se poser également vis-à-vis d'une situation de crise : qu'est-il juste de faire face à cela ?

La notion de sentiment de cohérence semble importante à approfondir. Il est en effet difficile d'adopter une posture empreinte d'éthique si l'on ne se sent pas en cohérence avec ce que l'on fait. Ainsi, nous pourrions nous demander comment agir au mieux, malgré tout ce qui peut entraver la situation.

D'autre part, la profession infirmière est soumise à de nombreuses conditions de travail telles que le turn-over, la réduction du personnel, une charge mentale importante. Ces conditions de travail sont questionnables, d'un point de vue éthique.

## **Le mode empirique**

Le mode empirique « est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication de phénomènes ». Cela regroupe toutes les connaissances que le professionnel infirmier aura acquises au travers de sa formation et de son expérience professionnelle. Ces dernières sont essentielles puisqu'elles permettent à l'infirmière d'aller à la rencontre du patient, comprendre sa situation, apprécier cette dernière et adapter sa posture professionnelle. Par conséquent, elles ont un impact majeur sur la prise en soins. Par exemple, un professionnel infirmier ayant fait une formation en lien avec la gestion de la violence dans les soins saura reconnaître une situation de crise précocement et saura adapter ses interventions, par rapport

à une infirmière qui n'a pas reçu de formation ou de prévention à ce sujet. Cela s'applique également pour la prévention de l'épuisement professionnel.

Les formations continues ou formations à l'interne ont leur intérêt et importance dans les soins et plus particulièrement le contexte des urgences, puisque ces dernières donnent accès à des bases juridiques, bases de données scientifiques, guidelines, etc. Ces dernières permettent la compréhension des phénomènes de violence et d'épuisement professionnel, de chercher des pistes de réflexion et de trouver des solutions.

### **Le mode sociopolitique ou émancipatoire**

Le mode sociopolitique ou émancipatoire, quant à lui, constitue une « praxis, à savoir une réflexion critique et une action qui mènent au changement et à la création participative d'un futur qui soutient la santé pour tous » (Pépin et al., 2017). Cela permet au professionnel de mieux comprendre les phénomènes de violence et d'épuisement professionnel et donc, de mieux les gérer (seul ou en équipe). De plus, cette réflexion critique permettrait de se demander pourquoi les situations de violence au travail sont si répandues, mais pourtant si peu dénoncées, afin d'agir dessus.

Par ailleurs, White (1995) pense que « la situation de soins demande une compréhension du milieu sociopolitique des personnes (patients et infirmières)

ainsi qu'une connaissance de l'interaction qui existe entre la profession et la société ». Ces éléments sociopolitiques permettraient à l'infirmière d'apprécier la situation et d'adapter sa prise en soins.

La problématique de comportements de violence à l'encontre des soignants, menant à l'épuisement professionnel est un phénomène appartenant entre autres au spectre sociopolitique. En effet, lesdits comportements de violence peuvent mener à terme au turn-over, qui est lui-même un phénomène sociopolitique.

Dans le but de corroborer l'intérêt de revoir certaines mesures organisationnelles institutionnelles, il est intéressant de mentionner qu'Aiken et al. (2014) met l'accent sur le fait que la diminution du ratio « nombre de soignants par patient » a des effets néfastes sur la qualité des soins et notamment les résultats, en l'occurrence la santé des patients. L'intérêt serait alors de se questionner sur les modifications permettant de réduire l'épuisement professionnel au sein de la société et plus particulièrement du système de santé, sans que ces mesures nuisent à la santé des protagonistes : soignants et patients.

## **Concepts pertinents**

### **Violence**

Afin de définir notre question de recherche plus précisément, il est nécessaire de définir les concepts que cette dernière mentionne.

Dans un rapport de l'OMS (2002), une définition globale de la violence est donnée. Elle la définit comme « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence ».

« Cette définition comprend aussi bien la violence interpersonnelle que les comportements suicidaires et les conflits armés. Elle couvre également toute une série d'actes qui vont au-delà des actes de violence physique, incluant menaces et intimidation. Outre la mort et les traumatismes, elle englobe la multiplicité des conséquences souvent moins évidentes des comportements violents, comme les atteintes psychologiques et les problèmes de carence et de développement affectifs qui compromettent le bien-être individuel, familial et communautaire » (OMS, 2002).

Le comportement agressif peut s'expliquer biologiquement grâce au concept de stress. Il intervient lorsqu'un individu doit faire face à un changement interne ou externe menaçant son homéostasie, par exemple lorsque l'on ressent une peur face à un danger (Marieb & Hoehn, 2019). Le stress est une réaction d'urgence face à un agent perçu comme menaçant qui permet de le réduire rapidement soit en l'attaquant (Fight) soit en l'évitant (Flight) (Cannon, 1932). Face à une peur, par exemple, nos sens envoient un message au système nerveux central (l'amygdale) (Marieb & Hoehn, 2019). Ce dernier active des réactions physiologiques par le système sympathique, qui libère de l'adrénaline et de la noradrénaline. Ainsi, lorsqu'un individu voit son homéostasie menacée ou se sent en danger, cette phase d'alerte est activée (Marieb & Hoehn, 2019).

D'un point de vue social, la sociologie du conflit atteste que l'agressivité et la violence ne sont pas des traits de caractère. Elles sont l'action sociale figurable par le conflit d'acteurs sociaux (Elias, 2006). La violence est donc un phénomène social (Fisher, 2003). Dans la littérature, elle est traitée en fonction de sa typologie (Bègue & Beck, 2014 ; Fisher, 2003). La violence peut être physique ou verbale, active ou passive, directe ou indirecte (Buss, 1961).

**Figure 1 : Typologie d'agression selon BUSS**

	<b>Physique</b>	<b>Directe</b>	Attaquer quelqu'un en utilisant une partie du corps (pieds, dents) ou une arme (couteau, pistolet)
<b>Active</b>		<b>Indirecte</b>	Voler ou endommager des biens, piéger quelqu'un, engager un assassin
	<b>Verbale</b>	<b>Directe</b>	Critiquer, désobliger, maudire, menacer quelqu'un
		<b>Indirecte</b>	Propager des rumeurs concernant quelqu'un
	<b>Physique</b>	<b>Directe</b>	Empêcher quelqu'un d'atteindre son but
<b>Passive</b>		<b>Indirecte</b>	Refuser de s'engager dans une activité, d'exécuter une tâche
	<b>Verbale</b>	<b>Directe</b>	Refuser de parler à quelqu'un, de répondre aux questions
		<b>Indirecte</b>	Refuser d'acquiescer, de défendre quelqu'un lorsqu'il est injustement mis en cause.

(Buss, 1961)

Elle est également traitée selon sa fonction. Le comportement de violence peut être une agression hostile interpersonnelle où le but premier est de faire mal, physiquement ou psychiquement, à une autre personne (Buss, 1961). Enfin, un comportement de violence peut être une agression instrumentale, qui a les mêmes caractéristiques observables, mais qui n'a pas pour intention d'infliger une souffrance, n'étant que le moyen vers une autre fin (Leyens & Yzerbyt, 1997).

Le fait de prendre en compte le caractère « social » de la violence implique que l'on appréhende ses diverses manifestations en lien avec la dynamique sociale et plus précisément avec le contexte dans lequel elle s'exprime (Fisher,

2003). Il existe, en effet, un ensemble de facteurs psychosociaux considérés comme déclencheurs ou amplificateurs de violence. Il est possible notamment de mentionner : les conditions sociales, l'environnement social, le contexte social, etc. (Fisher, 2003). Ces éléments additionnés à la vulnérabilité d'un patient se présentant dans un service d'urgence peuvent apporter une indication au phénomène de comportement de violence.

Dans les phénomènes de violence, il est également possible de mentionner la violence institutionnelle. Selon Tomkiewicz (1991), « la violence institutionnelle est toute action commise dans ou par l'institution ou toute absence d'attention qui cause à la personne une souffrance physique, psychologique inutile et/ou qui entrave son développement ultérieur ». Gaillard (2014) la définit comme « toute action exercée par des membres de l'institution, directement ou indirectement, physiquement ou moralement, par l'usage de la force ou par la force de l'inertie, voire également par la non-prise en compte des incidences des actions menées et l'absence d'analyse et de traitement des difficultés existantes, et ayant des conséquences néfastes sur un individu ou sur une collectivité.

L'institution hospitalière neuchâteloise n'offre un accompagnement à son employé lors de procédures légales à l'encontre d'un patient violent que depuis peu. Philippe Jacquy exprime ceci : « Si on part dans du légal, c'est beaucoup plus compliqué. Si un patient casse un scope, l'institution peut porter plainte

pour dégât matériel. Si, en revanche, le même patient vient à frapper une infirmière, cette dernière peut se défendre toute seule. Ce qu'il se passe actuellement (mais on aimerait changer certaines choses), c'est que cette infirmière devra aller, elle-même, à la direction pour demander une levée du secret médical et ensuite porter plainte en son nom à la police. Souvent, ça dissuade beaucoup les gens ». Vincent Della Santa mentionne l'existence d'un « accompagnement juridique dans ce genre de circonstances, mis en place juste avant la pandémie de Covid ». (Annexe 16)

## **Souffrance**

Le terme « souffrir » est apparu au 11<sup>e</sup> siècle et est issu du latin « sufferire » (Vigil-Ripoche, 2012).

Selon Braudo & Baumann (2009), la souffrance est « une expérience affective de base, qui comporte un caractère désagréable et d'aversion, et qui est associée pour l'individu concerné à un dommage ou à une menace de dommage. Elle exprime une diminution de pouvoir, de la capacité d'agir, du potentiel de l'être ». Par ailleurs, « une peine, un chagrin, une révolte, mais aussi l'anxiété, le deuil, la haine, la honte et l'ennui sont des exemples de souffrance morale, mentale et psychique » (Braudo & Baumann, 2009)

Ricoeur (1987) quant à lui considère la souffrance comme étant « l'altération du rapport à soi et du rapport à autrui ». Par ailleurs, selon lui, « la souffrance peut mener à des comportements de mise en danger et des altérations du sentiment de soi ». Ces comportements peuvent être le passage à l'acte hétéroagressif d'un patient, mais également l'épuisement d'un professionnel de la santé face à ce phénomène récurrent.

Le concept de souffrance est très proche de celui de la douleur et il se peut qu'il y ait une confusion entre les deux. Selon Ricoeur (1987), l'atteinte du corps est essentielle pour parler de douleur. Braudo & Baumann (2009) considèrent que les termes de « souffrance » et de « douleur » sont synonymes et interchangeables, mais pourraient être utilisés également en opposition l'un à l'autre. Le Breton (1995) quant à lui, intègre la notion de douleur comme étant inhérente à la souffrance. Selon lui, la douleur est « la forme la plus saillante de la souffrance ».

Les propos d'Elisabeth Quignard (2016) ont l'avantage de mettre en avant un terme intéressant :

L'Organisation mondiale de la santé la définit ainsi : « La souffrance qualifie un être qui supporte, endure, ou subit une douleur physique et morale, un état de mal-être, c'est-à-dire un sentiment de non-adaptation au monde, d'étrangeté aux êtres et aux choses, d'indifférence

douloureuse ». Notamment dans les situations de fin de vie, où l'on constate souvent des liens étroits entre douleur, anxiété, angoisse du mourir et dépression, la souffrance est globale, réalisant ce que Saunders (2000) a nommé en 1967 « *total pain* », pour évoquer le caractère multidimensionnel de la douleur, à la fois expérience douloureuse et répercussions sur le vécu du sujet. (p.404 - 414)

Elle exprime, ici, le caractère subjectif du concept de douleur et du concept de souffrance. Cependant, elle va plus loin dans son hypothèse en affirmant que « la souffrance est plus large que la douleur, elle l'englobe, c'est toute la personne dans son individualité et son histoire qui souffre » (Quignard, 2016). La question de la légitimité de concepts tels que la douleur ou la souffrance est intéressante, mais fondamentalement c'est l'importance de ces ressentis (j'ai mal/je suis mal) qui prime. En poussant le questionnement du sens plus loin, cette auteure a l'avantage de mettre en lumière le caractère psychologique, social, physique, relationnel, spirituel ou même encore philosophique de la souffrance.

## **Souffrance au travail**

La souffrance dans les soins s'apparente quant à elle à différentes causes selon Holcman (2018) : épuisement professionnel, troubles psychosociaux, organisation dans les soins. Cependant, Holcman (2018) met en avant que

« l'une des sources les plus importantes de souffrance au travail est la violence à laquelle les soignants sont exposés ». Cette souffrance au travail a des conséquences, notamment l'épuisement professionnel.

L'OMS (1946) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence d'infirmité ». L'épuisement professionnel affecte les soignants dans leur bien-être physique, mental et social et par conséquent, dans leur santé. D'autre part, le travail est défini par l'OMS (1946) comme étant un déterminant de la santé, ce qui signifie que ce dernier contribue de manière bénéfique ou délétère à la santé des individus.

Différents types de nuisances contribuent à la souffrance au travail : les nuisances physiques et les nuisances psychologiques. Ces dernières résultent entre autres de caractéristiques négatives de l'aménagement du travail, de l'organisation, ainsi que des caractéristiques touchant les relations sociales et les locaux de travail (Secrétariat d'État de l'économie (SECO), 2015). D'autre part, Chappell & Di Martino (2006) relèvent que les actes de violence, le harcèlement et les discriminations en milieu professionnel ont un impact sur la santé des travailleurs. Le SECO (2016) qualifie les atteintes à l'intégrité personnelle comme étant l'ensemble des agressions dirigées contre une personne, notamment les comportements qui transgressent les limites et s'en prennent à l'autre pour l'atteindre dans son estime de soi. Selon l'art.6 de la

Loi sur le travail du 13 mars 1964 sur l'assurance-maladie, l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger l'intégrité personnelle des travailleurs. Cela signifie que les institutions sont chargées d'agir à l'encontre de ces nuisances, en l'occurrence de la violence des patients à l'encontre des soignants. Ces nuisances ainsi que ces atteintes à l'intégrité personnelle ont pour conséquence le *burn-out*, c'est-à-dire un syndrome d'épuisement professionnel caractérisé par une fatigue physique et psychique intense, générée par des sentiments d'impuissance et de désespoir (Larousse, s. d.-a). Le médecin Hans Selye sera le premier en 1936 à considérer une situation professionnelle comme étant la cause d'une psychopathologie (Holcman, 2018). Freudenberger utilisera pour la toute première fois en 1974 la notion de « burn-out » (Holcman, 2018). Il caractérise cet état comme étant « la perte d'enthousiasme accompagnée de symptômes physiques » (Holcman, 2018). Depuis 2019, l'OMS reconnaît officiellement le burn-out comme étant un phénomène professionnel dans sa dernière classification internationale des maladies.

La souffrance au travail vécue par les soignants pourrait expliquer le phénomène de turn-over, présent depuis quelques années.

## Turn-over

Le turn-over, terme d'origine anglo-saxonne, peut être traduit par « taux de rotation du personnel » dans la littérature française. Le Larousse définit le turn-over comme étant la rotation du personnel dans une entreprise (Larousse, s. d.-b). Il s'agit du taux, exprimé en pourcentage, prenant en compte le nombre de départ, d'arrivée ainsi que l'effectif présent au premier janvier d'une année. Cependant, les employés quittant un service pour un autre dans le même établissement ne rentrent pas dans l'équation.

En 2008, une étude de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) concernant les personnels de santé a porté son attention sur le turn-over (Organisation de coopération et de développement économiques, 2008). Ainsi elle a permis de déterminer deux types de turn-over :

- La rotation contrôlée correspond aux départs dus à la retraite, aux licenciements ainsi qu'au redéploiement des effectifs
- La rotation volontaire correspond aux travailleurs quittant leur emploi pour cause de mécontentement ou de déception quant aux perspectives de carrière

Selon ce rapport, les départs à la retraite ainsi que les départs volontaires sont les principaux facteurs d'augmentation du turn-over. Un service d'urgence est un lieu physiquement et psychiquement éprouvant, mais c'est aussi, un lieu d'accueil où toute personne s'y présentant se doit d'être accueillie. Ce rapport précise encore que la plupart du temps lorsqu'un soignant quitte le service, il est remplacé par de jeunes professionnels devant être encadrés par des équipes souvent débordées.

Le manque de formation, la faible rémunération ainsi que l'augmentation de la charge de travail et la pression exercée poussent alors les jeunes diplômés à quitter la profession, augmentant ainsi le turn-over dans le service (Sénat, 2017). Ainsi un cercle vicieux s'installe.

Il paraît alors important de mettre en évidence quelques facteurs personnels et professionnels liés au turn-over des soignants. En 2010, une étude appliquée à plus de 23 000 soignants a révélé qu'une majorité du personnel soignant quitte volontairement leur travail. Les conditions de travail sont une des principales raisons de leur départ (Estry-Behar et al., 2010), mais d'autres facteurs sont des éléments déclencheurs comme certaines raisons privées ou encore le manque de formation continue.

Le renouvellement du personnel n'est alors pas sans contraintes et entraîne des répercussions sur les effectifs des équipes de soin tels qu'une perte de

compétences, une diminution de la qualité des soins qu'elle soit humaine ou économique. En effet, lorsqu'une infirmière démissionne, c'est tout un savoir, une expérience que l'on perd. Il faut alors recruter une nouvelle infirmière, ayant souvent moins de compétences, et le former afin qu'il devienne compétent dans son domaine (Dehay, 2021).

### **Perspectives /propositions pour la pratique**

Il est difficile d'explicitier des propositions, en l'état, pour la pratique. Les auteures sont, en revanche, conscientes qu'il s'agit probablement d'agir sur différents axes tels que la sensibilisation et la formation du personnel, mais également l'accompagnement du personnel ayant subi des violences ou encore réévaluer les mesures mises en place par les établissements de santé. Ces propositions pourront ainsi être utiles aux auteures pour la pratique professionnelle et elles auront l'avantage de mettre en place des solutions pour gérer au mieux la violence rencontrée dans les services de santé.

## **Chapitre 3 : Champ disciplinaire infirmier**

## **Cadre théorique**

La théorie du « Unitary Caring Science » de Jean Watson (2018) est utilisée pour éclairer la thématique de ce travail de recherche et démontrer son utilité dans la discipline infirmière. Watson considère la discipline infirmière comme étant une science humaine et un art (Pépin et al., 2017). Elle va plus loin que le développement d'une théorie, elle souhaite ancrer une nouvelle philosophie de soins : « Unitary caring science ; The philosophy and praxis of nursing » (Watson, 2018).

L'orientation de Watson (2012) est existentielle, phénoménologique et spirituelle ; elle s'inspire de la métaphysique, des humanités, des arts et des sciences (Pépin et al., 2017). Watson a été influencé par les travaux de Carl Rogers dans sa vision d'une relation transpersonnelle empreinte de cohérence, d'empathie et de chaleur humaine (Pépin et al., 2017). En sciences infirmières, elle a été inspirée par Leininger et Goodrich (Pépin et al., 2017). Le caring « signifie faciliter et soutenir la personne en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture » (Leininger, 2007 ; Watson, 1979, 2012).

## **Ancrage disciplinaire**

La nécessité pour les infirmières de clarifier la spécificité de leur rôle comme professionnelles de la santé et la spécificité des savoirs à enseigner en milieu universitaire a motivé des infirmières théoriciennes à concevoir des modèles conceptuels (Pépin et al., 2017). Ces modèles orientent la pratique de l'infirmière, en fournissant une description des valeurs et du but que cette dernière poursuit.

La théorie de Watson est une théorie à large spectre qui s'insère dans le paradigme de la transformation de Newman (2008). Dans ce dernier, le changement est perçu comme étant perpétuel, en accélération et unidirectionnel en ce sens qu'on ne peut jamais se retrouver exactement au même point, même si l'on a l'impression d'un recul (Pépin et al., 2017). « Un praticien du paradigme de la transformation s'intéresse à l'expérience unique de la personne, de la famille, de la communauté ou de la population comme étant le point de départ de son action fondée sur une réflexion critique dans un processus réciproque. Par exemple, la personne sera engagée dans le suivi du traitement de son infection en tenant compte de ses croyances, de ses valeurs et de ses connaissances » (Pépin et al., 2017).

L'école du caring a, pour concept central, le « caring » auquel s'ajoutent la culture et la spiritualité (Pépin et al., 2017). Les travaux de théoriciennes qui

ont tenté de répondre à la question « comment les infirmières font ce qu'elles font ? » sont regroupés dans cette école (Pépin et al., 2017).

## **Métoparadigme selon Watson**

Selon Watson (1979) qui perçoit des choses, qui vit des expériences et qui est en continuité dans le temps et dans l'espace. La personne est un être vivant en développement qui possède trois sphères inter reliées, le corps, l'âme et l'esprit (Watson, 2007). Ces sphères sont influencées par un changement de la perception de soi (Watson, 1979). La personne s'efforce continuellement de se réaliser et d'établir une harmonie dans et entre ces trois sphères. La totalité de son expérience (vie intérieure, relationnelle, sociale, etc.) constitue un champ phénoménal unique de réalité subjective (Watson, 1997).

La santé, pour sa part, est la perception de se sentir uni avec son environnement et en harmonie « corps, âme et esprit » ; il s'agit de l'unité et de l'harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit (Watson, 1997, 1999). La santé est associée au degré de cohérence entre le soi que l'on perçoit et le soi que l'on est (Watson, 1997, 1999). L'harmonie « corps, âme et esprit » engendre un respect de soi, une connaissance de soi, son propre soin et une auto-guérison (Watson, 1997, 1999).

L'environnement, quant à lui, est constitué du monde physique ou matériel, ainsi que du monde mystérieux/spirituel et existentiel (Watson, 1979, 2008). Il représente aussi bien toutes les forces de l'univers que ce qui entoure immédiatement la personne (Watson, 1979, 2008).

Toujours selon Watson (Watson, 1997, 1999), les soins infirmiers consistent en un échange de subjectivité entre deux êtres humains dont un doit s'engager dans le caring en tant qu'idéal moral et doit posséder de solides connaissances. Le but des soins infirmiers est d'aider la personne à atteindre un plus haut niveau d'harmonie entre son âme, son corps et son esprit (Watson, 1997, 1999). Le soin commence quand l'infirmière entre dans le champ phénoménal (réalité) d'une autre personne, perçoit et ressent le vécu de l'autre, et y réagit de manière à lui permettre de s'ouvrir quant à ses sentiments ou d'exprimer ses pensées (Watson, 1997, 1999). Cette expérience facilite l'harmonie.

## **Les principaux concepts de la théorie**

Le caring transpersonnel est l'un des principaux concepts de la théorie de Watson. Il survient lorsque l'infirmière est capable de se relier avec l'esprit de l'autre, à ce qui est derrière le patient, c'est-à-dire son intériorité (Watson, 2008). Ceci permet de s'ouvrir à un lien d'esprit à esprit (Watson, 2008). La relation de caring préserve la dignité, l'intégralité et l'intégrité de l'individu.

Cette relation est caractérisée par l'intention, la présence, les choix, la manière d'être de l'infirmière (Watson, 2008). Le caring transpersonnel cherche à relier l'âme et l'esprit dans le cadre d'une relation authentique dans le moment présent (Watson, 2008). Il permet également la libération des émotions et des sentiments de la personne. La finalité est « le vrai » de la personne et non ce qu'elle nous montre en surface. Ainsi, il s'agit d'établir une relation nous permettant d'accéder à l'essence de la personne, à toute son authenticité.

Le moment de caring, autre concept principal de la théorie de Watson, définit le moment où l'infirmière et la personne soignée se rencontrent avec leur histoire de vie et leur champ phénoménal unique dans une transaction, une relation d'humain à humain (Watson, 2007). Le moment de caring peut potentialiser l'harmonie, la santé, et libérer l'énergie bloquée qui peut interférer avec le processus naturel de guérison (Watson, 2008).

Jean Watson définit le rôle infirmier comme étant le développement de relations efficaces entre l'infirmière et le patient, ainsi que la promotion du bien-être en aidant le patient à adopter des comportements adéquats pour sa santé (Alligood, 2014).

Dans le but de faciliter les interactions entre les infirmières et les patients et de soutenir et améliorer l'expérience de la prise en charge, Watson a émis 10 Veritas Caritas (Pajnkihar et al., 2017 ; Watson, 2007).

- 1) Soutenir les valeurs humanistes - altruistes à travers une pratique de bonté, de compassion et d'égalité avec soi et autrui.
- 2) Insuffler la confiance ainsi que l'espoir et honorer les autres.
- 3) Être sensible à soi et aux autres en préservant les croyances et les pratiques individuelles.
- 4) Développer des relations d'aide, de confiance et de caring.
- 5) Promouvoir et accepter les sentiments positifs et négatifs par l'écoute authentique du récit d'autrui.
- 6) Utiliser des méthodes de résolution de problèmes scientifiques créatives pour réaliser une prise de décision empreinte de caring.
- 7) Partager l'enseignement et l'apprentissage qui répondent aux besoins individuels et aux différents styles de compréhension de la personne.
- 8) Créer un environnement de guérison, pour le soi physique et spirituel, qui respecte la dignité humaine.
- 9) Assister la personne dans ses besoins humains physiques, émotionnels et spirituels de base.
- 10) S'ouvrir aux mystères et aux miracles de la vie.

Dans un contexte de souffrance au travail, plusieurs dimensions d'épuisement peuvent influencer la relation à l'autre (Maslach & Jackson, 1981). L'épuisement émotionnel et la déshumanisation de la relation à l'autre génèrent une perte du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi (Maslach & Jackson, 1981). Cet épuisement se heurte à l'incapacité à exprimer

toute émotion (Maslach & Jackson, 1981). Watson, elle, exprime la nécessité de les exprimer et de rencontrer l'autre de manière vraie et authentique.

De plus, il semble difficile de rester empathique et de rejoindre l'autre, au sens de Watson, face à des patients violents. En cas d'agression, le mécanisme biologique de défense (fuite ou attaque) ne permet pas à un individu de rejoindre l'autre dans une « relation authentique dans le moment présent ». Si les comportements de violence ne sont pas liés à des facteurs inhérents au patient, il est alors possible de se questionner quant au succès de l'entrée en communication avec le patient. Si ce dernier devient agressif, il est alors possible que le soignant n'ait pas rencontré l'autre dans une transaction d'humain à humain (Watson, 2006). Un comportement violent signifierait alors l'échec de l'échange au sens de Watson.

La dévalorisation de son travail et de ses compétences est une dimension souvent observée lors de souffrance au travail (Maslach & Jackson, 1981). Plus particulièrement, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints, la diminution de l'estime de soi et la diminution du sentiment d'auto-efficacité génèrent une baisse du sentiment d'accomplissement personnel et professionnel (Maslach & Jackson, 1981). Il est alors difficile d'insuffler la confiance ainsi que l'espoir dans ce contexte. Il s'agit d'un biais qui empêche également d'entrer en relation avec l'autre.

Les comportements de violence sont statistiquement plus observés dans un service d'urgence que dans d'autres services hospitaliers. L'habitation à un contexte significativement violent peut générer, alors, un pattern de communication circulaire. Selon Watson (1997), « une infirmière qui essaie de cacher son moi intérieur et ses sentiments est susceptible d'utiliser ces derniers de façon destructrice dans une relation avec autrui ». Cela signifie que même si ses actes ne sont pas volontaires et qu'ils sont destinés à protéger, ils peuvent se répercuter négativement sur la qualité des soins. L'infirmière, agressée, peut s'imaginer être en proie à d'autres violences. Elle adapterait alors son comportement, se rendant moins disponible pour d'autres patients. Ces derniers, ne se sentant que peu écoutés ou entendus, pourraient alors réagir par l'agressivité ou la violence. Ces patterns de communication circulaires font alors barrage à la relation avec autrui.

Dans un contexte de souffrance au travail ou d'épuisement professionnel, l'individu ne croit plus en lui ni en ses compétences (Maslach & Jackson, 1981). Cela entraîne une diminution de l'estime de soi, du désintérêt pour la profession, l'apparition de comportements violents, agressifs et des attitudes négatives, une perte ou une distorsion de ses valeurs et un isolement social (Maslach & Jackson, 1981). Ces circonstances ne permettent pas d'être sensible à soi et encore moins à l'autre. De plus, il est possible d'induire un nouveau pattern de communication circulaire en étant soi-même agressif.

Celui induirait donc des mécanismes de défense de la part de la patientèle, tels que l'agression verbale ou physique.

Promouvoir et accepter les sentiments d'autrui est l'antinomie de la sécheresse émotionnelle provoquée par l'épuisement. En effet, cynisme, déshumanisation conduit l'individu à chosifier l'autre. Ce dernier devient alors un cas, un numéro de chambre. Le plaisir de la rencontre et l'altruisme se muent de façon progressive en frustration et en désincarnation de la relation.

Chez le soignant épuisé, il est possible d'observer une diminution de la qualité des soins fournis, et ce, par manque d'investissement, par manque de temps, par manque de personnel ou par manque de compétences. L'utilisation de méthodes de résolution de problèmes scientifiques créatives pour réaliser une prise de décision empreinte de caring n'est alors pas possible. De plus, l'éducation thérapeutique du patient peut être bâclée pour les mêmes raisons dans un service d'urgence.

Actuellement, au RHNe à Neuchâtel, le service d'urgence fait face à un accroissement considérable de patients sans augmentation de la dotation soignante ni d'agrandissement des locaux. De ce fait, les patients sont régulièrement installés dans les couloirs sans aucune intimité, par manque de place. Cela va à l'encontre même de la dignité humaine selon Watson. De plus, un soignant épuisé est peu propice à créer un lieu favorable à la guérison et

au respect de l'autre et de soi. Dans ce contexte, on assiste à la gestion d'un service déshumanisé plutôt qu'à la prise en considération de l'individualité des patients avec leurs besoins idiosyncrasiques.

Un leadership d'équipe orienté sur le caring pourrait apporter un soutien au sein des équipes et améliorer les conditions de travail des professionnels de santé.

La mise en lumière des différents concepts de ce travail de recherche en lien avec la théorie de Watson permet de mettre en évidence les intérêts pour la pratique infirmière. Elle est également utilisée pour éclairer la synthèse des résultats et la discussion de perspectives/propositions pour la pratique.

## **Chapitre 4 : Méthode**

Ce chapitre décrit la démarche utilisée afin de collecter des articles permettant l'analyse plus approfondie de la problématique. Premièrement, une question, sous forme PI(C)O(T), a été formulée. Cette question permet de déterminer les mots-clés significatifs de la question, qui ont ensuite été introduits dans des bases de données afin d'en ressortir des « MeSH terms » ou « descripteurs ». Une fois ceux-ci trouvés, des équations de recherche ont pu être établies et introduites dans des bases de données, afin de collecter des articles de recherche pertinents pour la problématique.

### **Le questionnement PI(C)O(T)**

La question de recherche trouvée, il a fallu formuler une question PI(C)O(T). Cette dernière, de type « Meaning », vise à décrire, explorer, expliquer le phénomène à l'étude. Le P représente la population d'intérêt pour laquelle on étudie la possibilité de faire des généralisations. Le I constitue l'intervention à évaluer. Le C est l'alternative dont on veut vérifier l'efficacité en comparaison à une intervention. Le O est la mesure, du résultat, la démonstration de l'effet obtenu en appliquant telle intervention et enfin, le T, qui est facultatif, permet d'ajouter une notion de temporalité pour la démonstration de résultats.

La question de recherche énoncée est la suivante : **les comportements de violence des patients envers le personnel soignant d'un service**

**d'urgence hospitalier sont-ils un facteur responsable de l'épuisement professionnel ?** Cette dernière ne comporte ni alternative ou comparaison, ni notion de temporalité. Par ailleurs, elle s'intéresse aux expériences vécues d'un groupe. La question PI(C)O(T), de type « Meaning » est représentée dans le tableau suivant :

**Tableau 1 :** *Concepts selon la question de recherche PICOT*

Format PICOT	Description
P : Patient, population, maladie	Personnel soignant dans un service d'urgence hospitalier
I : Intervention, sujet d'intérêt	Comportement de violence des patients
C : Comparaison (facultatif)	/
O : Outcome, résultats, but	Épuisement professionnel
T : Temps, temporalité (facultatif)	/

## Démarche de recherche d'articles scientifiques

L'étape qui succède la formulation de la question PI(C)O(T) consiste en l'interrogation des bases de données. Cette phase permet de déterminer si la question a déjà été traitée dans les travaux de recherche publiés (Fortin & Gagnon, 2016).

Pour interroger les bases de données, il est primordial de déterminer les mots-clés pour chaque critère PI(C)O(T). Les mots-clés sont des synonymes

ou des termes proches autour desquels la recherche sera construite. Une fois les mots-clés déterminés, il est nécessaire de les traduire en anglais, puis de les convertir en descripteurs, ou MeSH Terms, pour naviguer sur les bases de données. Les descripteurs sont des termes qui figurent dans le thésaurus d'une base de données et sont propres à cette dernière. Dans le cas de ce travail, quatre bases de données ont été consultées : CINAHL, PubMed, Medline et PsycInfo. Les mots-clés et la traduction de ces derniers en anglais, en fonction de chaque base de données, sont représentés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 2 : Mots-clés et descripteurs**

	Mots-clés	Mots-clés anglais	Descripteurs MeSH (Medline, PubMed)	Descripteurs CINAHL	Descripteurs PsycInfo
P	Personnel soignant	Health personnel	Health personnel	Health personnel/Nurses	Health personnel
	Service d'urgences	Emergency hospital service	Emergency hospital service	Emergency service	Emergency services
I	Comportements de violence	Violent behaviors/Workplace violence behaviors	Workplace violence	Workplace violence	Workplace violence
C	/				
O	Épuisement professionnel	Job burn-out/burn-out	Burnout, professional	Burnout, professional	Burnout
T	/				

Une fois les descripteurs déterminés en fonction du thésaurus de la base de données, il est alors possible de construire une équation de recherche. Cette dernière permet d'effectuer des recherches ciblées. « Les mots ou les expressions de recherche sont liés aux opérateurs logiques ET, OU, SAUF (AND, OR, NOT en anglais), lesquels permettent de lier les concepts entre eux et de préciser la recherche » (Fortin & Gagnon, 2016). Ces derniers ont été utilisés dans les équations de recherche.

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les articles sélectionnés pour ce travail doivent répondre à certains critères. Le premier consiste en la production d'une revue de littérature constituée de 10 à 15 articles scientifiques. Ces articles doivent être issus de journaux scientifiques ou bases de données scientifiques et avoir un impact factor supérieur à 1.5. Ensuite, les articles sélectionnés doivent être rédigés en anglais et ne pas dater d'il y a plus de dix ans. Enfin, ces derniers doivent correspondre aux niveaux de preuve II, III, IV, VII (exclusion des revues systématiques, guidelines, méta-analyses).

### **Stratégie de recherche d'articles scientifiques**

La recherche d'articles scientifiques dans les bases de données se réalise en introduisant des équations de recherche dans lesdites bases de données.

Comme explicité précédemment, ces équations de recherche sont construites avec les MeSH terms ou descripteurs, définis dans le Tableau 2. Il est possible d'introduire des filtres dans les bases de données afin de préciser la recherche. Ceux-ci ont parfois été introduits, en fonction du nombre de résultats trouvés.

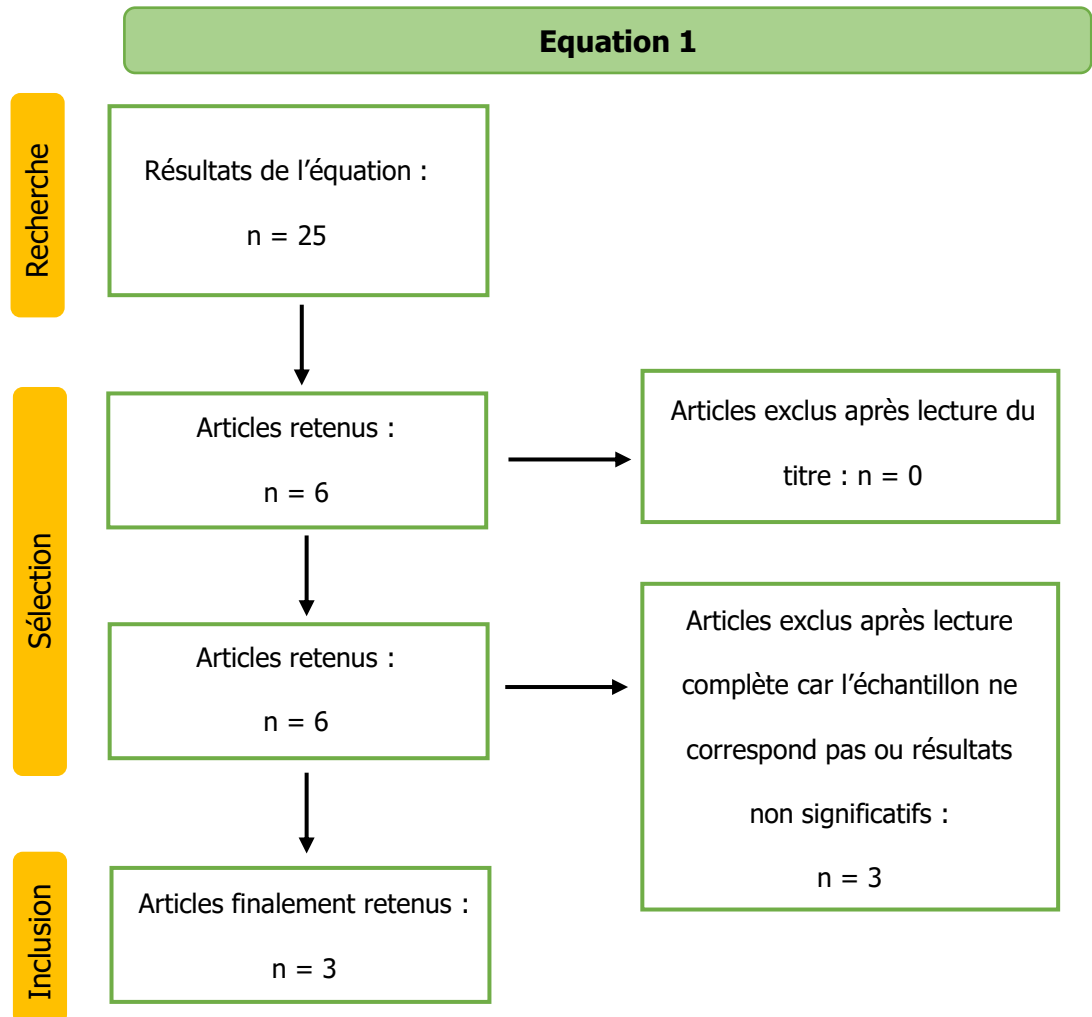
Les tableaux ci-dessous décrivent la stratégie de recherche dans chacune des bases de données. Les équations, une fois introduites dans la base de données, ont donné lieu à un certain nombre d'articles. Suite à ces résultats, un certain nombre d'articles a été retenu à la suite de la lecture du résumé de chaque article. La plupart des articles présentent un résumé ainsi qu'une liste de mots-clés « permettant de se faire une idée du contenu et de juger si l'information est liée au sujet d'étude » (Fortin & Gagnon, 2016). Ce dernier permet d'avoir une compréhension globale de la problématique traitée et surtout d'avoir une notion du type de méthode utilisée ainsi que des résultats dudit article. En se basant sur ces informations, les auteures ont pu faire une première sélection parmi le nombre de résultats obtenus avec chaque équation, avant d'effectuer une lecture plus approfondie dans le but de sélectionner les articles retenus pour analyse. La stratégie de sélection des articles accompagnés de diagrammes de flux sont également présentés ci-dessous.

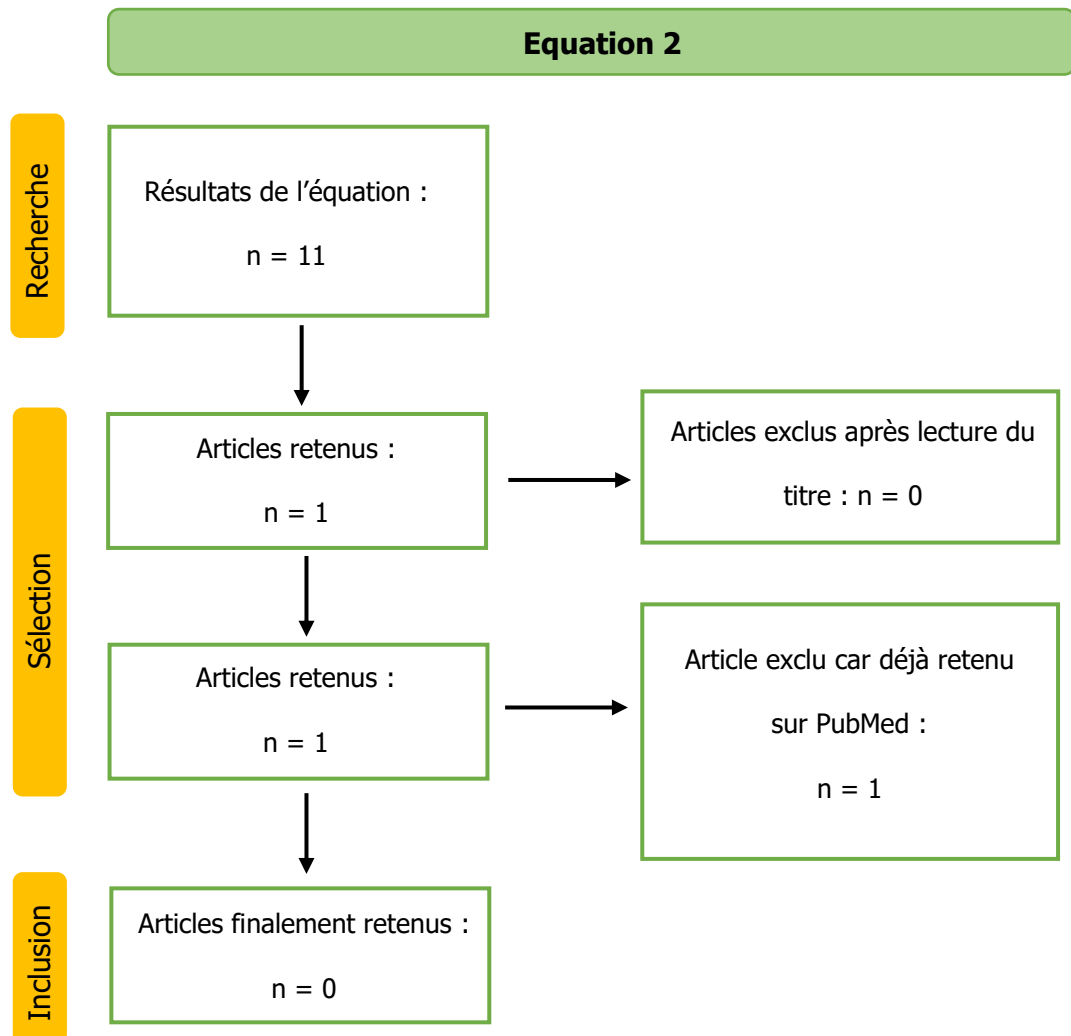
**Tableau 3 : Équations de recherche et résultats pour CINAHL**

Descripteurs CINAHL	Équations	Filtres- restrictions	Résultats obtenus	Retenus	Niveau de preuve
Health personnel/ Nurses/ health professional Emergency service Workplace violence Burnout, professionn	(health personnel or health professional or nurse) AND emergency service AND workplace violence AND burnout, professional)	Aucun	25	6	/
Health personnel/ Healthcare professionals/ Healthcare workers) Emergency service/ emergency department Workplace violence in healthcare Burnout, professional	(health personnel or healthcare professionals or healthcare workers) AND (emergency service or emergency department) AND workplace violence in healthcare AND burnout, professional	Aucun	11	0	/

La première équation de recherche introduite dans la base de données CINAHL correspond à *(health personnel OR health professional OR nurse) AND emergency service AND workplace violence AND burnout, professional*). La recherche a été affinée à la lecture du titre puis du résumé. Ainsi, parmi les 25 articles trouvés grâce à cette équation, trois ont été retenus pour analyse. La seconde équation de recherche sur CINAHL fut la suivante: *(health personnel OR healthcare professionals OR healthcare workers) AND (emergency service OR emergency department) AND workplace violence in healthcare AND burnout, professional*. Cette équation a permis de trouver onze articles, dont uniquement un a intéressé les auteures. Cependant, cet article n'a finalement pas été retenu pour analyse, car il avait déjà été trouvé sur une autre base de données.

**Figure 2 :** *Diagramme de flux équation 1 CINHAL*



**Figure 3 :** *Diagramme de flux équation 2 CINHAL*

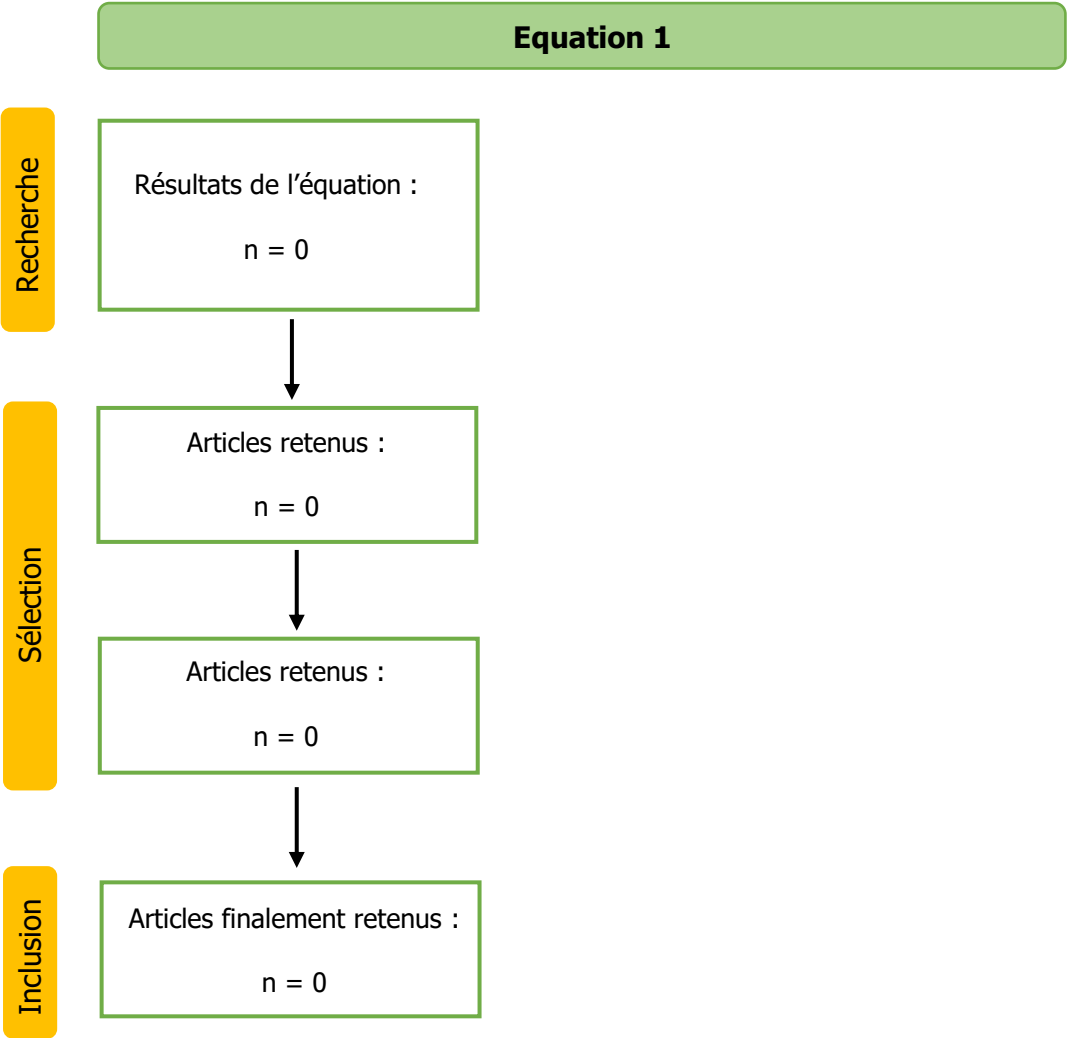
La consultation d'une autre base de données, Medline (Ovid), qui est une base de données internationales en science de la santé, a semblé pertinente pour trouver des articles scientifiques traitant du sujet de ce travail. Cependant, la première équation *Health personnel AND emergency hospital service AND workplace violence AND burnout, professionnel* avec les filtres

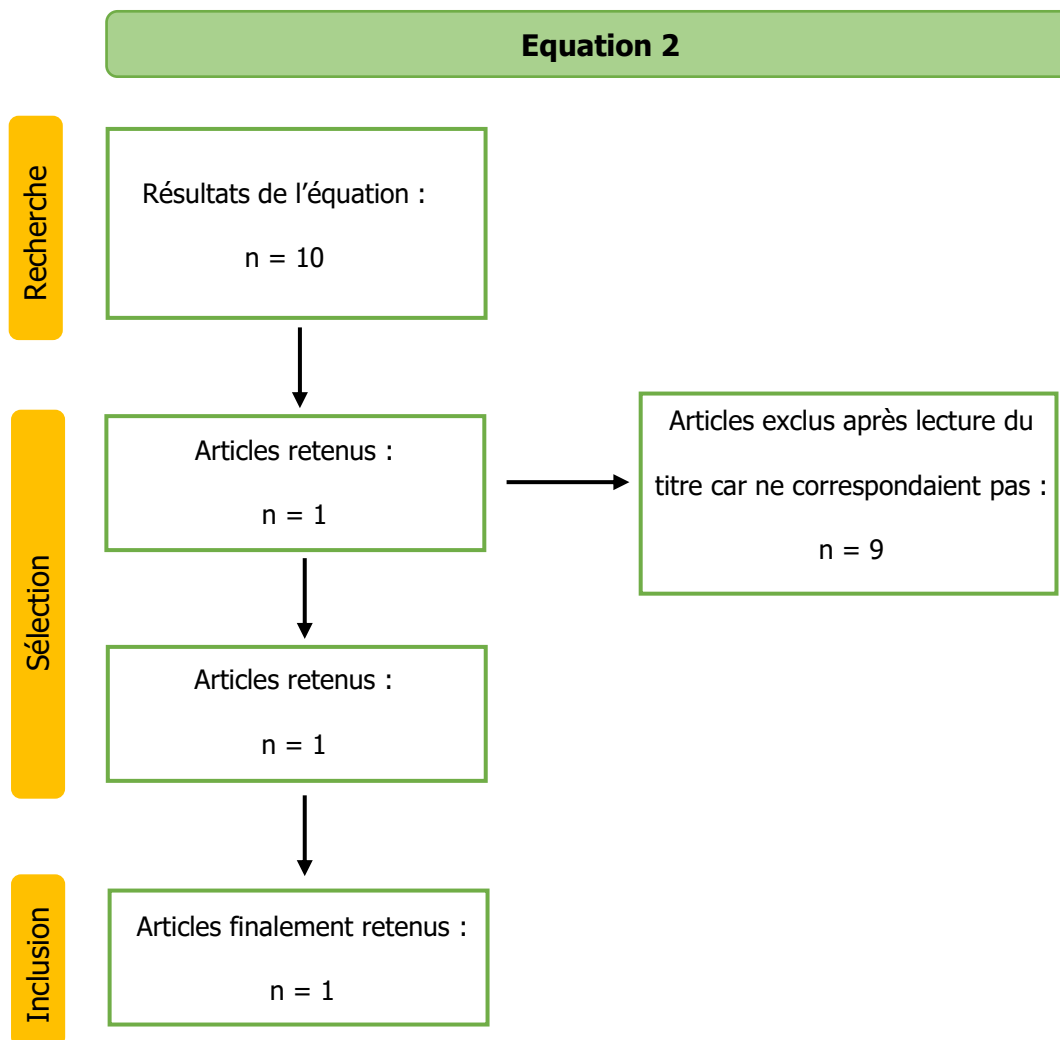
2013/current et full text n'a donné lieu à aucun résultat. Une autre équation a été proposée : *Health personnel AND emergency department AND workplace violence* avec les filtres 2013/current et full text. Cette dernière équation a permis d'obtenir dix résultats, dont un a été retenu pour analyse.

**Tableau 4 :** *Équations de recherche et résultats pour Medline*

Descripteurs MeSH	Équations	Filtres- restrictions	Résultats obtenus	Retenus	Niveau de preuve
Health personnel Emergency hospital service Wokplace violence Burnout, professional	Health personnel AND emergency hospital service AND workplace violence AND burnout, professionnal	2013/current Full text	0	0	/
	Health personnel AND emergency department AND workplace violence	2013/current Full text	10	1	/

**Figure 4 :** *Diagramme de flux équation 1 Medline*



**Figure 5 :** *Diagramme de flux équation 2 Medline*

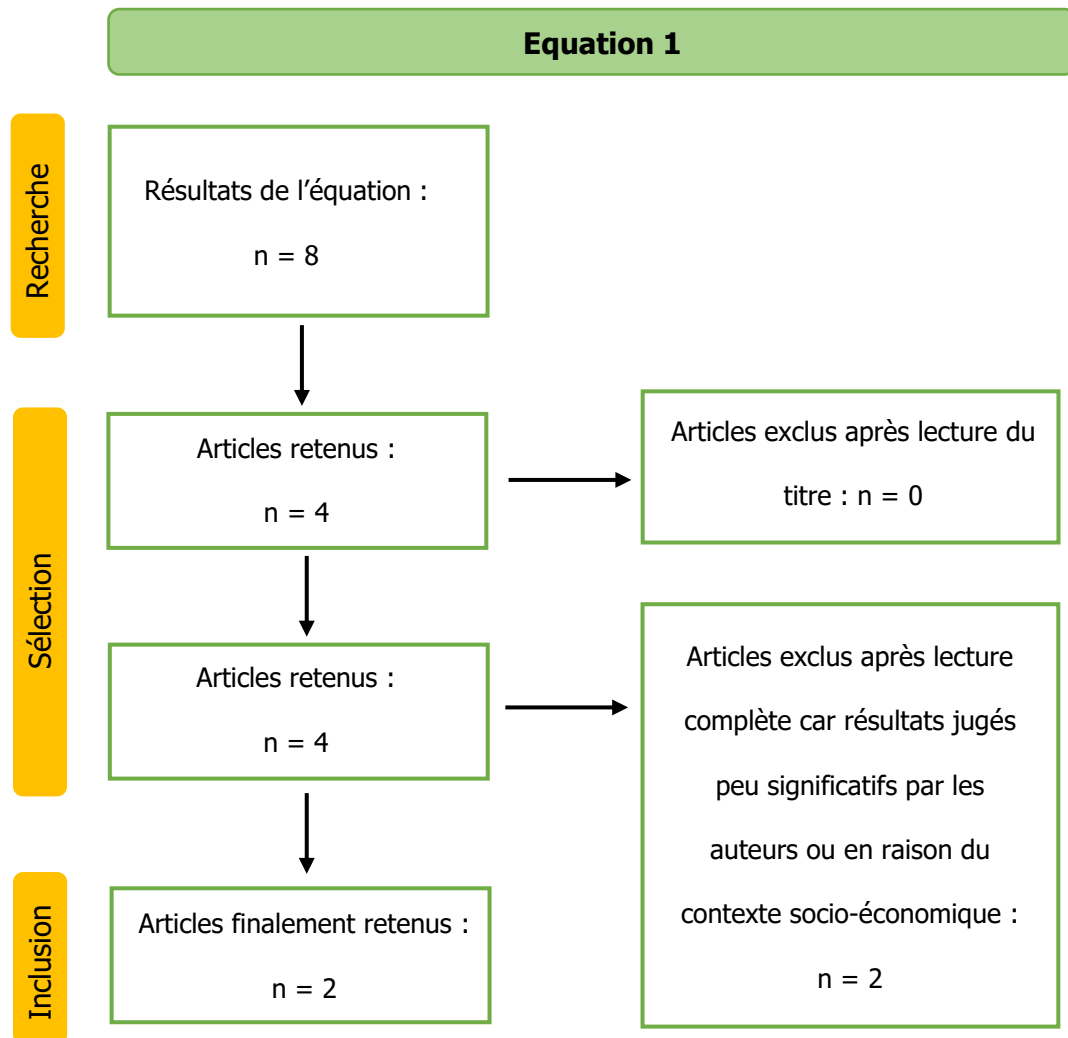
La base de données PubMed a quant à elle également été consultée. Deux équations ont été proposées et entrées dans cette dernière. Pour la première équation *((("Health Personnel"[Mesh]) AND "Emergency Service, Hospital"[Mesh]) AND "Workplace Violence"[Mesh]) AND "Burnout, Professional"'))*, huit articles ont été trouvés. De ces huit articles, deux ont été retenus pour analyse à la suite de la lecture du résumé.

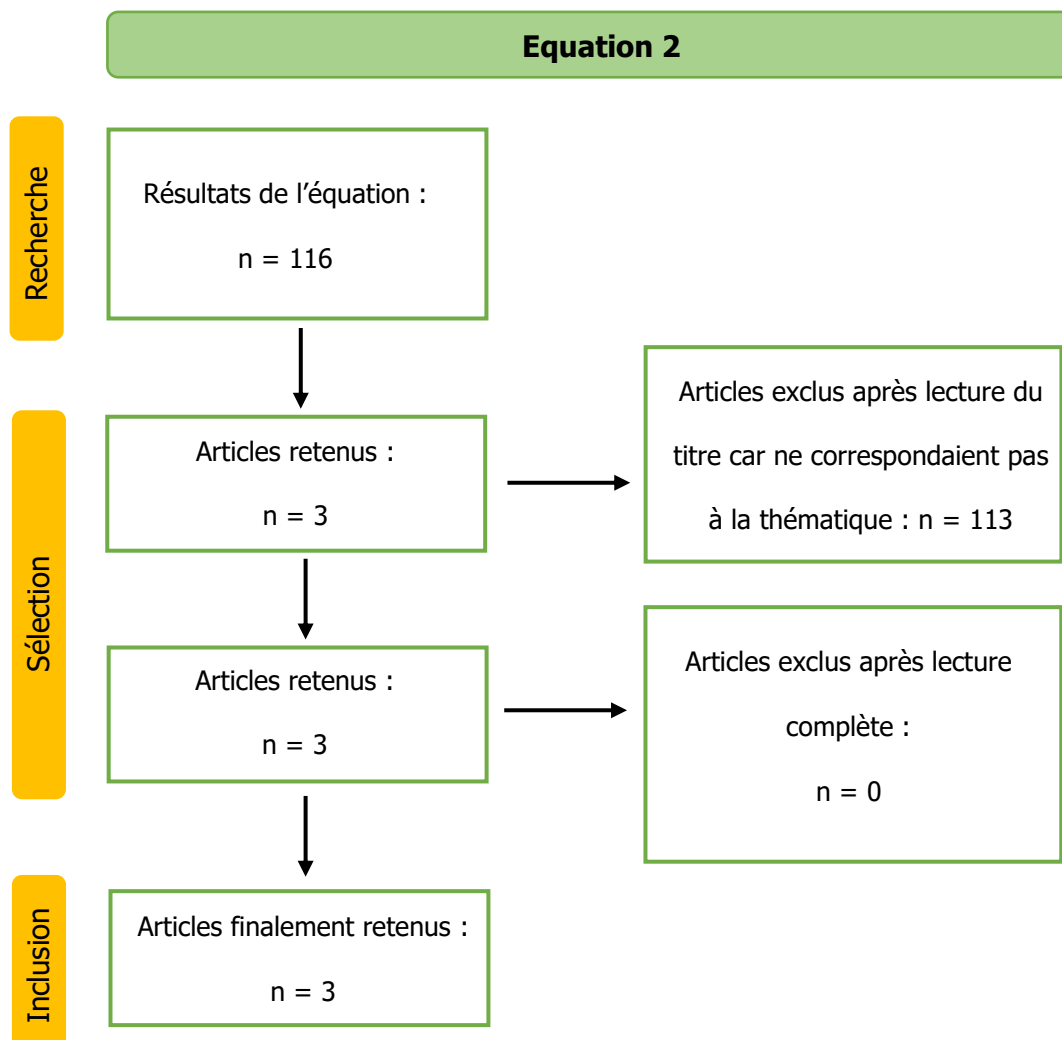
La seconde équation *((("Health Personnel"[Mesh]) AND "Emergency Service, Hospital"[Mesh]) AND "Workplace Violence"[Mesh])*, a permis aux auteures de trouver 116 résultats parmi lesquels seulement trois ont été retenus pour ce travail.

**Tableau 5 : Équations de recherche et résultats pour PubMed**

Descripteurs MeSH	Équations	Filtres- restrictions	Résultats obtenus	Retenus	Niveau de preuve
Health personnel Emergency hospital service Workplace violence	((("Health Personnel"[Mesh]) AND "Emergency Service, Hospital"[Mesh]) AND "Workplace Violence"[Mesh]) AND "Burnout, Professional"[Mesh]))))	Aucun	8	4	/
Burnout, professionnal	((("Health Personnel"[Mesh]) AND "Emergency Service, Hospital"[Mesh]) AND "Workplace Violence"[Mesh])	Aucun	116	3	/

**Figure 6 :** *Diagramme de flux équation 1 PubMed*

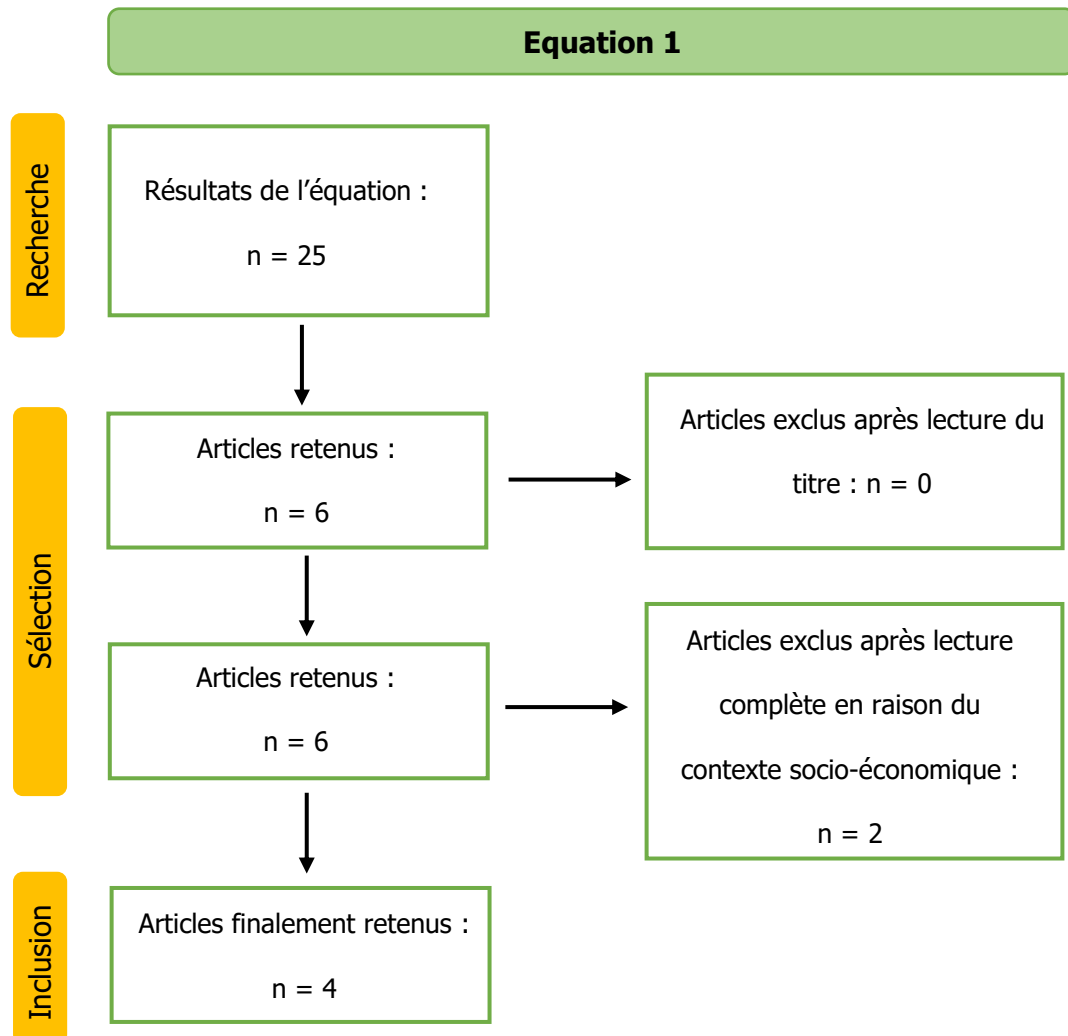


**Figure 7 :** *Diagramme de flux équation 2 PubMed*

Enfin, la base de données PsycInfo a été consultée. L'équation suivante *(Health personnel and Emergency department and Workplace violence and Burnout)* avec les filtres 2013-current et full text a permis d'obtenir 25 articles, dont six ont été retenus pour analyse.

**Tableau 6 :** *Équations de recherche et résultats pour PsycInfo*

Descripteurs PsycInfo	Équations	Filtres- restrictions	Résultats obtenus	Retenus	Niveau de preuve
Health personnel Emergency hospital service Workplace violence Burnout	(Health personnel and Emergency department and Workplace violence and Burnout)	2013-current Full text	25	6	/

**Figure 8 :** *Diagramme de flux équation 1 PsycInfo*

La décision d'utiliser des filtres sur certaines bases de données a permis de répondre aux consignes du travail, en l'occurrence, ne se référer qu'à des articles datant de dix ans ou moins.

Deux études déjà connues par les auteures ont été sélectionnées pour compléter ce travail. En effet, la première, de Ferri et al. (2020), a l'avantage de mettre en lumière le concept de violence au tri d'un service d'urgence. La deuxième, de Aiken et al. (2014), permet de mettre en lumière les risques liés à l'épuisement professionnel dans un contexte de pénurie infirmière. L'intérêt d'aborder les risques liés à l'épuisement professionnel dans un contexte de pénurie infirmière permet d'en comprendre les enjeux et les causes. Ces deux articles semblaient pertinents dans le cadre du sujet de ce travail.

La recherche, les résultats et les propositions que les 15 articles sélectionnés mettent en avant pourraient, significativement, être transposés en Suisse. Ils ont également l'avantage de prendre en considération les recherches antérieures et de comparer leurs résultats. Cela paraissait donc cohérent de sélectionner ces articles.

Les 15 articles sélectionnés ont par la suite été analysés à l'aide de la grille de Tétreault et al. (2013) afin d'en ressortir les éléments permettant la synthèse des articles, sujets du prochain chapitre de ce travail.

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

## **Concept de violence**

La violence au travail est un phénomène mondial, prévalent dans le secteur des soins de santé (Adriaenssens et al., 2015 ; Cannavò et al., 2019 ; Copeland & Henry, 2018 ; Efrat-Treister et al., 2019 ; Ferri et al., 2020 ; Grinberg et al., 2022 ; Hassankhani et al., 2018 ; Hsieh et al., 2016 ; Jeong & Kim, 2018 ; Vrablik et al., 2019). Les infirmières, particulièrement les infirmières de services d'urgences sont plus propices à subir de la violence au travail (Adriaenssens et al., 2015 ; Grinberg et al., 2022 ; Hassankhani et al., 2018 ; Hsieh et al., 2016 ; Jeong & Kim, 2018 ; Spelten et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019). Presque tous les professionnels de santé ont été témoins ou ont subi des agressions (Cannavò et al., 2019 ; Jeong & Kim, 2018 ; Vrablik et al., 2019). Un tiers des professionnels des soins de santé ont également vécu de la violence de la part de leurs collègues (Cannavò et al., 2019). Le mal-être au travail a des conséquences sur la santé des professionnels, les soignants ayant un taux plus important de burn-out que les autres professions, particulièrement les soignants des urgences (Anderson et al., 2021 ; Hassankhani et al., 2018 ; Spelten et al., 2020). En effet, la violence à l'encontre des soignants participe à l'épuisement professionnel et a un impact sur la qualité des soins des patients (Grinberg et al., 2022 ; Jeong & Kim, 2018 ; Spelten et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019). Le phénomène de pénurie de personnel infirmier actuel est étroitement lié à la satisfaction professionnelle, aux conditions de travail, au stress professionnel (Adriaenssens et al., 2015).

Dans ce contexte, les infirmières des urgences doivent, en plus, faire face à des conditions de travail en constante évolution, trépidantes et difficilement prévisibles (Adriaenssens et al., 2015).

## **Auteurs de violence**

Les auteurs de violence seraient principalement de patients et de membres de leur famille, ou de patients et leurs amis (Cannavò et al., 2019 ; Ferri et al., 2020). Ils sont statistiquement de sexe masculin dans un état de conscience lucide (Ferri et al., 2020). Les caractéristiques des patients comme facteurs de risque de violence sont : l'accès aux armes à feu, la consommation de substances, le stress, la douleur, les troubles cognitifs, l'altération de l'état mental et les antécédents de violence (Cannavò et al., 2019 ; Copeland & Henry, 2018 ; Spelten et al., 2020). Généralement, les personnes qui se rendent dans un service d'urgences pour y recevoir des soins répondent à un ou plusieurs de ces critères (Copeland & Henry, 2018).

Une étude qualitative australienne identifie six catégories d'auteurs de violence (Spelten et al., 2020) :

- Catégorie 1 : violence non liée à un problème de santé

La violence peut être perpétrée par les patients, mais le plus souvent il s'agit des membres de la famille ou d'autres témoins, s'ils se sentent stressés ou impuissants (Spelten et al., 2020). Il peut s'agir également des patients qui

ont l'impression que d'autres ont bénéficié d'un traitement préférentiel (Spelten et al., 2020). Il peut s'agir de voyageurs étrangers ou de patients d'ethnies différentes ne parlant pas la langue ou ne connaissant pas le système de santé (Spelten et al., 2020). Enfin, les jeunes adultes ont été identifiés comme un groupe se montrant le plus agressif ou menaçant (Spelten et al., 2020).

- Catégorie 2 : Violence liée à des problèmes de santé mentale

Les patients atteints de problèmes de santé mentale ont été identifiés comme étant potentiellement violents (Spelten et al., 2020). L'un des problèmes est le long délai d'attente pour les évaluations de santé mentale laissant aux infirmières des urgences le soin de gérer ce type de patientèle (Spelten et al., 2020).

- Catégorie 3 : Violence liée à des problèmes de santé physique

Les patients devenant agressifs en raison de délire, septicémie, hypoxie, etc. relèvent d'un défi pour l'équipe soignante (Spelten et al., 2020). Il s'agit donc d'identifier rapidement la problématique sous-jacente afin d'y réagir de manière adéquate (Spelten et al., 2020).

- Catégorie 4 : Violence liée à la toxicomanie et à l'addiction

Les comportements de violence sont largement favorisés par la consommation d'alcool et de toxiques (Spelten et al., 2020).

- Catégorie 5 : La violence est liée à un ensemble de problèmes

Il s'agit de patients cumulant des problèmes de santé mentale, de démence, de déficience intellectuelle, de toxicomanie ou d'autres maladies comme le syndrome d'Asperger (Spelten et al., 2020). L'étude de Spelten et al. met en lumière la difficulté rencontrée par les infirmières à prendre en charge cette patientèle (Spelten et al., 2020). Elles estiment ne pas être suffisamment formées pour s'occuper de ces patients (Spelten et al., 2020).

- Catégorie 6 : Violence liée à des visiteurs/agresseurs récidivistes

Il s'agit de patients se rendant fréquemment aux urgences et qui ont eu des comportements agressifs ou violents lors de visites précédentes (Spelten et al., 2020).

## **Causes de la violence**

Les urgences ont une population de patients plus hétérogène que d'autres services ; le personnel infirmier est moins susceptible d'avoir une relation antérieure avec le patient (Spelten et al., 2020). En outre, les patients et leurs proches se présentent aux urgences dans un état de stress déjà élevé (Spelten et al., 2020).

La violence perpétrée par les patients et les proches était souvent due à des problèmes liés à l'activité de triage dans un service d'urgence : les attentes des patients et des visiteurs concernant la résolution de leur problème de santé qu'ils jugent urgent, la mauvaise utilisation du service des urgences, l'encombrement et les longs délais d'attente (Efrat-Treister et al., 2019 ; Ferri et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019). L'état émotionnel des patients et des visiteurs, comme la peur, l'insécurité et l'incertitude quant à leur état, aggravé par les mauvaises compétences de communication et les soins inadéquats des infirmières, peut déclencher des réactions agressives (Ferri et al., 2020 ; Spelten et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019)

Une étude italienne mixte de 323 participants met en lumière la méconnaissance des signes d'escalade de la violence et les difficultés à y mettre un terme (Cannavò et al., 2019). Seulement la moitié des professionnels de la santé reconnaissent les signes initiaux (Cannavò et al., 2019). Moins de la moitié des professionnels de la santé est capable d'arrêter l'escalade (Cannavò et al., 2019).

Les temps d'attente sont considérés comme une source de frustration et d'irritation (Efrat-Treister et al., 2019 ; Spelten et al., 2020). Une étude israélienne de type quantitative de 226 participants identifie une évaluation psychologique favorisant les comportements de violence (Efrat-Treister et al.,

2019). En effet, la violence est plus élevée lorsque les gens pensent qu'ils ont une longue attente devant eux tout en croyant que le système est disponible (Efrat-Treister et al., 2019). Les actes de violence sont significativement diminués lorsque l'attente future perçue est faible et la charge perçue de travail est importante (Efrat-Treister et al., 2019).

Enfin, les résultats de l'étude de Spelten et al. (2020) démontrent les difficultés liées aux barrières culturelles. En effet, elles peuvent conduire à des agressions, en particulier lorsque les professionnelles de la santé sont majoritairement des femmes (Spelten et al., 2020).

## **Types de violence**

L'agression la plus fréquente de la part des patients et/ou des membres de la famille est la violence verbale, en particulier le manque de respect, les insultes et les critiques (Anderson et al., 2021 ; Cannavò et al., 2019 ; Copeland & Henry, 2018 ; Ferri et al., 2020 ; Hassankhani et al., 2018 ; Jeong & Kim, 2018).

## **Conséquences de la violence**

### **Stress.**

La violence au travail est définie comme le facteur de risque le plus important pour la sécurité des professionnels de la santé (Cannavò et al., 2019). Plusieurs études confirment que la violence au travail est associée à des niveaux élevés de stress chez les travailleurs de la santé (Cannavò et al., 2019 ; Grinberg et al., 2022 ; Hassankhani et al., 2018 ; Jeong & Kim, 2018 ; Spelten et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019). Des recherches confirment que la violence au travail est associée au stress, à la dépression, à l'anxiété, à la fatigue, à l'insatisfaction au travail et à l'absentéisme (Cannavò et al., 2019 ; Grinberg et al., 2022 ; Hsieh et al., 2016 ; Jeong & Kim, 2018 ; Spelten et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019).

Cannavò et al. (2019) affirme que le climat empreint de tension constitue un facteur de stress et constitue un risque d'éventuelles maladies chez les travailleurs des services d'urgence.

La plupart des hommes et des femmes ont déclaré souffrir de stress, en particulier ceux qui avaient subi des attaques fréquentes (Cannavò et al., 2019 ; Jeong & Kim, 2018 ; Vrablik et al., 2019). Une majorité des infirmières d'urgence ayant subi des violences sur leur lieu de travail ont présenté des

symptômes de stress post-traumatique (Copeland & Henry, 2018 ; Spelten et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019).

Une étude iranienne qualitative démontre que des professionnels de santé ont rapporté avoir des troubles digestifs, des difficultés respiratoires, des migraines et une perte d'appétit liées au stress ou faisant suite à des agressions qu'ils ont vécues (Hassankhani et al., 2018).

### **Conséquences psychologiques.**

Une majorité des professionnels de santé ont fait état de conséquences multiples sur leur sphère émotionnelle (Cannavò et al., 2019 ; Ferri et al., 2020 ; Hassankhani et al., 2018 ; Jeong & Kim, 2018 ; Spelten et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019). Il est fait mention d'un sentiment d'impuissance, de tristesse, de déception ainsi que de colère (Cannavò et al., 2019 ; Ferri et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019). De plus, une étude italienne mixte décrit les épisodes de violence comme des événements profondément et émotionnellement choquants pour les participants (Ferri et al., 2020). La plupart des participants de leur étude ont ressenti une souffrance psychologique avec une difficulté à oublier les abus subis et une tendance à ruminer une colère persistante (Ferri et al., 2020). L'étude d'Hassankhani et al. (2018) met également en lumière une perte de motivation, une perte d'espoir et un sentiment d'isolement. De plus, un

sentiment d'humiliation et d'insécurité est régulièrement relaté (Hassankhani et al., 2018 ; Spelten et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019).

### **Conséquences sur le mode de vie.**

Être victime de violence sur son lieu de travail peut entraîner des conséquences sur le mode de vie. Certains professionnels de santé ont signalé une augmentation de la consommation de tabac, de nourriture et des troubles du sommeil, en particulier ceux qui avaient été soumis à des incidents fréquents de violence (Cannavò et al., 2019 ; Ferri et al., 2020 ; Hassankhani et al., 2018). Des changements dans les relations sociales, un isolement social, la réduction de l'intérêt et des heures consacrées à des activités en dehors du temps de travail et l'évitement de certains lieux sont exprimés (Anderson et al., 2021 ; Cannavò et al., 2019 ; Ferri et al., 2020 ; Hassankhani et al., 2018). Une étude hollandaise de type quantitative basée sur 204 participants relate une aggravation d'un problème de santé lié à l'emploi dans 39 à 69% des cas au cours d'une période de 18 mois (Adriaenssens et al., 2015). Enfin, une étude américaine de type quantitative, basée sur 147 participants démontre que l'exposition à la violence sur le lieu de travail au cours de l'année précédente était un facteur prédictif significatif des composantes physiques et mentales de la qualité de vie chez les infirmières et les médecins (Copeland & Henry, 2018).

### **Développement de stratégies d'adaptation.**

Certains professionnels déclarent avoir les ressources nécessaires pour surmonter la violence subie tandis que d'autres en sont démunis (Okoli et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019). Les soignants possédant des ressources évoquent des facteurs liés à leur expérience dans des emplois similaires, à leurs traits personnels, à leur stature physique ou à leur formation spécialisée (arts martiaux, armée) (Okoli et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019). Certains disent se sentir moins sensibles à l'impact négatif de la violence (Vrablik et al., 2019). Le personnel de santé exprimant un manque de ressources indique se sentir sous-représenté et incapable de gérer un événement de violence, par manque de contrôle des comportements des patients (Okoli et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019).

Selon une étude américaine de type qualitative, certains professionnels adoptent des stratégies d'évitement (Vrablik et al., 2019). Ils indiquent prendre du recul sur la situation pour se détacher physiquement et émotionnellement (Vrablik et al., 2019). Certains ont recours à l'alcool en rentrant chez eux suite à une situation de violence (Vrablik et al., 2019). Les stratégies d'approche se manifestent, quant à elles, par une rationalisation du comportement du patient (Vrablik et al., 2019). Ils leur arrivent également de passer en revue l'événement avec les collègues afin d'apprendre de leurs pairs

et de se préparer en cas de nouvelles violences (Okoli et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019).

À fréquence identique d'incidents de violence émerge un facteur expérientiel qui conduit certains des professionnels de santé isolés à développer des stratégies de plus en plus flexibles et adaptatives pour réagir au phénomène, alors que d'autres ne semblent pas en mesure d'adopter spontanément une telle flexibilité de réaction (Cannavò et al., 2019).

### **Absentéisme et intention de quitter.**

Une étude coréenne quantitative basée sur 214 participants démontre que la satisfaction au travail influence l'intention de quitter le service (Jeong & Kim, 2018). En effet, l'exposition à la violence au travail peut avoir des séquelles physiques et/ou psychologiques, mais elle peut également avoir un impact sur les questions relatives à la dotation soignante, notamment le maintien en poste et la productivité (Anderson et al., 2021 ; Copeland & Henry, 2018 ; Rozo et al., 2015). La détresse et l'humiliation résultant de la violence ont eu des effets sur les activités professionnelles d'une majorité de soignants (Cannavò et al., 2019 ; Rozo et al., 2015). Les résultats des études de Cannavò et al. (2019) et Rozo et al. (2015) démontrent une corrélation entre l'intensité des incidents de violence subie et une diminution de la motivation, une réduction du niveau de qualité du travail, de l'absentéisme sur le lieu de travail et du ressentiment à l'égard des collègues.

Selon une étude d'Hassankhani et al. (2018), les participants décrivent une perte d'intérêt à aller au travail, une envie de changement d'environnement professionnel, une diminution des relations entre pairs et une augmentation des risques pour les patients, causés par un manque de concentration des infirmières.

Adriaenssens et al. mettent en avant un taux de rotation entre 5% et 36% dans les 15 services d'urgence de leur échantillon. En effet, cette étude longitudinale a montré une intention de rotation qui a connu une détérioration pour 39,5% des participants (Adriaenssens et al., 2015). Elle a également montré que près de 20 % des personnes interrogées au début de l'étude avaient quitté leur poste de travail 18 mois plus tard (Adriaenssens et al., 2015). Les résultats d'une étude de Jeong & Kim vont également dans ce sens. D'après leurs analyses, 61% des participants de leur étude ont envisagé de quitter l'hôpital. Les participantes de sexe féminin, insatisfaites de leur travail et ayant une adaptation centrée sur les émotions sont statistiquement plus enclines à vouloir quitter leur travail après avoir été confrontées à de la violence (Jeong & Kim, 2018).

Une étude de Cannavò et al. (2019) montre que la violence provenant d'un superviseur engendrerait, cependant, plus de conséquences négatives que la violence provenant d'un collègue de travail ou d'un patient. Les résultats de

l'étude de Cannavò et al. (2019) attestent des effets tels qu'une diminution de la satisfaction professionnelle et une intention de quitter le travail.

Une étude néo-zélandaise qualitative relate qu'il est nécessaire d'augmenter les effectifs, en particulier en ce qui concerne les médecins et les infirmières (Anderson et al., 2021). Selon eux, il est devenu plus important de travailler rapidement et efficacement que de fournir des soins de haute qualité (Anderson et al., 2021). L'épuisement professionnel continue à sévir et les infirmières quittent les urgences en raison de facteurs tels que la violence au travail, la charge de travail et la dotation en personnel, et la perception du soutien administratif (Anderson et al., 2021 ; Cannavò et al., 2019 ; Copeland & Henry, 2018 ; Okoli et al., 2020 ; Rozo et al., 2015).

### **Satisfaction compassionnelle.**

Une étude américaine de type quantitative basée sur 764 participants démontre que la satisfaction compassionnelle survient lorsque les professionnels de santé éprouvent un sentiment de gratification en participant à des soins qui peuvent soulager la souffrance des patients (Okoli et al., 2020).

Selon une étude de Okoli et al. (2020), le fait d'être une femme et d'avoir une bonne qualité de sommeil sont associés à des scores de satisfaction compassionnelle plus élevés. En revanche, le fait de travailler avec des

populations adultes et d'être victime de violence sur le lieu de travail est associé à des scores de satisfaction compassionnelle plus faibles. Sur la base des facteurs mentionnés précédemment, il semble probable que les services d'urgence ont les scores parmi les plus bas en satisfaction compassionnelle (Okoli et al., 2020).

En revanche, le nombre d'années de travail en tant qu'infirmière a un effet sur la satisfaction compassionnelle (Copeland & Henry, 2018 ; Grinberg et al., 2022 ; Okoli et al., 2020). Les infirmières ayant plus d'ancienneté ont une satisfaction compassionnelle plus élevée que celles qui ont moins d'expériences (Copeland & Henry, 2018 ; Grinberg et al., 2022). Il est en effet intéressant de souligner que celles qui ont le plus d'expérience font état d'une plus grande satisfaction compassionnelle, d'un moindre épuisement professionnel et d'un stress traumatique secondaire moins important que celles qui ont peu d'expérience (Copeland & Henry, 2018). Une étude israélienne de type quantitative basée sur 150 participants démontre que l'ancienneté avait un effet bénéfique sur le degré d'épuisement professionnel, car cette composante permet à l'infirmière d'avoir plus de compétences et de moyens pour gérer la pression et prévenir l'épuisement professionnel (Grinberg et al., 2022). De plus, la satisfaction compassionnelle est plus élevée chez les personnes ayant une tolérance à la violence élevée (Copeland & Henry, 2018).

### **Stress traumatique secondaire.**

En outre, un défi pour les soins prodigués avec compassion est l'expérience du stress traumatique secondaire chez les professionnels de la santé (Okoli et al., 2020). Les personnes qui prodiguent des soins à des populations traumatisées ont un risque élevé de développer un stress traumatique secondaire en raison de l'exposition indirecte au traumatisme (Okoli et al., 2020). Le fait d'avoir déjà été traité pour un traumatisme et d'avoir été témoin ou victime de violence sur le lieu de travail est des facteurs significativement associés à des scores de stress traumatique secondaire plus élevés (Okoli et al., 2020). Selon l'étude de Okoli et al. (2020), les urgences sont le cadre de travail d'où proviennent les scores les plus élevés en matière de stress traumatique secondaire.

Le stress traumatique secondaire est significativement associé à l'intimidation de la part du patient, aux injures et aux menaces de poursuites judiciaires (Copeland & Henry, 2018). Les insinuations sexuelles, l'intimidation du patient, les injures des membres de la famille ou des visiteurs ainsi que la violence verbale sont prédictives de la qualité de vie professionnelle, selon une étude de Copeland & Henry (2018). Le nombre d'années de travail en tant qu'infirmière a un effet sur le stress traumatique secondaire. En effet, les infirmières ayant plus d'ancienneté font état de moins de stress traumatique secondaire dans un service d'urgence que celles qui ont moins d'expériences

(Copeland & Henry, 2018). Néanmoins, l'exposition répétée à la violence, quelle qu'elle soit, conduit à des niveaux plus élevés de stress traumatique secondaire (Copeland & Henry, 2018).

### **Burn-out.**

Le burn-out peut être défini comme un état d'épuisement émotionnel, un ressenti de dépersonnalisation et un sentiment d'insuffisance professionnelle (Okoli et al., 2020). Les services d'urgence ont les scores les plus élevés de burn-out (Copeland & Henry, 2018 ; Grinberg et al., 2022 ; Okoli et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019). En effet, la prévalence du burn-out chez les infirmières d'urgence atteint 82 % (Okoli et al., 2020). Selon une étude de Vrablik et al. (2019), cet état de burn-out chez les infirmières d'un service d'urgence est la conséquence de leur exposition fréquente à de la violence au travail. Certaines infirmières de l'échantillon de cette étude décrivent un sentiment de déshumanisation, qui correspond au développement d'attitudes et de sentiments négatifs et cynique à l'égard des bénéficiaires de soins. Les professionnels de la santé ayant subi de la violence se sentent parfois blasés, froids et moins empathiques. Cela reflète des résultats antérieurs dans lesquels l'exposition à des formes de violence sur le lieu de travail, peu importe leur origine, sont associée à des effets psychologiques délétères (Copeland & Henry, 2018).

Okoli et al. (2020) relatent également que le fait de travailler avec une population adulte, d'avoir une journée de travail plus longue (> 8 heures), d'avoir consommé de l'alcool au cours des 7 derniers jours, d'avoir un diagnostic de santé mentale et d'avoir été victime de violence au travail sont des facteurs statistiquement associés à des scores de burn-out plus élevés.

Le burn-out est en revanche plus faible chez les participants ayant déclaré que leur tolérance à la violence est plus élevée que celle de leurs collègues. Toutefois, le burn-out est significativement plus élevé chez les participants ayant déclaré ne pas se sentir en sécurité au travail (Copeland & Henry, 2018).

Un niveau plus élevé de burn-out est retrouvé chez les infirmières travaillant aux urgences, comparé aux infirmières travaillant dans d'autres départements (Grinberg et al., 2022). Il y a un lien entre le niveau d'épuisement professionnel des infirmières et leur exposition à de la violence physique au travail. Donc, plus elles sont exposées à de la violence physique au travail, plus leur niveau de burn-out est important (Grinberg et al., 2022).

Selon une étude américaine de type qualitative, le burn-out résulte de plusieurs facteurs. La surcharge de patients et une gestion d'équipe inadéquate (heures supplémentaires, responsabilités assumées en plus, pénurie de personnel) accentuent la charge de travail (Rozo et al., 2015) Les participants de cette étude ont également mentionné les symptômes d'alarme de fatigue liés à l'environnement des urgences (sons, nombre de pas par jour,

taille du département) (Rozo et al., 2015). La moitié de l'échantillon de l'étude de Rozo et al. (2015) a quitté le service des urgences pour des raisons d'épuisement professionnel. Les infirmières des urgences ont le sentiment de ne pas être appréciées, sont victimes d'une charge de travail et d'un flux de patient importants, se sentent incapables de répondre aux attentes professionnelles et manquent de temps pour accomplir leur travail correctement. Les expériences de violence, la peur de l'inconnu, le manque de soutien sont des contributeurs au burn-out d'après les participants. Les séquelles physiques et psychologiques de ces événements de violence contribuent aussi au burn-out (Rozo et al., 2015).

Enfin, le burn-out peut indirectement augmenter les coûts de la santé en raison de l'augmentation des taux d'erreurs médicales, des réclamations pour faute professionnelle, de l'absentéisme, de la baisse de la productivité au travail et de la rotation du personnel (Anderson et al., 2021 ; Cannavò et al., 2019 ; Hsieh et al., 2016 ; Okoli et al., 2020 ; Rozo et al., 2015). Le burn-out augmente donc les erreurs médicales et engendre des soins de moins bonnes qualités. Cela diminue le sentiment de bien-être émotionnel et psychique favorisant ainsi l'absentéisme et un turn-over au sein de l'équipe (Vrablik et al., 2019).

**Fatigue compassionnelle.**

Une conséquence souvent citée du burn-out et du stress traumatique secondaire est la fatigue compassionnelle (Okoli et al., 2020). La fatigue compassionnelle a été décrite comme une combinaison de burn-out et de stress traumatique conduisant à la perte de la capacité à nourrir un contact prolongé, continu et intense avec des patients et des familles subissant des événements de vie stressants (Okoli et al., 2020).

En particulier, la fatigue compassionnelle est significativement associée aux intimidations du patient, aux injures et aux menaces de poursuites judiciaires. Les insinuations sexuelles, l'intimidation par le patient, les injures des membres de la famille ainsi que la violence verbale sont prédictives de la qualité de vie professionnelle (Copeland & Henry, 2018). De plus, les infirmières d'une étude de Rozo et al. (2015) ont mentionné la tristesse causée par des décès, la prise en charge de patients qui arrivent aux urgences à la suite de tentatives de suicide et un manque de moyens pour récupérer. La fatigue compassionnelle les amène à se demander si elles n'aimeraient pas changer de département ou même de métier.

## **La violence intrinsèque**

Les infirmières des urgences ont souvent tendance à considérer la violence comme une partie intrinsèque de leur activité (Ferri et al., 2020 ; Spelten et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019). La récurrence des événements violents pendant une longue période et la perception d'un manque de mesures préventives efficaces ont amené les infirmières à considérer ce phénomène comme inévitable (Ferri et al., 2020 ; Spelten et al., 2020). La difficulté de prévoir les agressions et l'incapacité qui en découle de prévenir les incidents violents font que les infirmières se sentent vulnérables et à la merci des événements (Ferri et al., 2020). La violence est perçue comme un risque inévitable auquel le personnel s'adapte et fait face en se disant que cela fait partie du travail (Spelten et al., 2020 ; Vrablik et al., 2019).

## **Difficulté à déclarer**

Les infirmières d'urgence ont tendance à ne pas savoir s'il faut favoriser leur droit de porter plainte ou privilégier la confidentialité et la sphère privée du patient après avoir subi des violences (Jeong & Kim, 2018). Cette tendance peut être expliquée par une administration hospitalière plutôt centrée sur le patient et à un manque de soutien aux infirmières, deux facteurs qui peuvent amener ces dernières à considérer la violence comme faisant partie de leur travail (Ferri et al., 2020 ; Jeong & Kim, 2018 ; Spelten et al., 2020 ; Vrablik

et al., 2019). L'un des contextes dans lequel les équipes souhaiteraient avoir davantage de soutien de la hiérarchie est lors de violence ou d'abus verbaux (Anderson et al., 2021). Selon les participants d'une étude d'Anderson et al. (2021), davantage d'actions devraient être entreprises notamment soutenir une bonne dynamique d'équipe, agir contre les violences et les abus des patients et leurs proches et assurer au personnel des urgences suffisamment de ressources afin de pouvoir prodiguer des soins de qualité.

D'autre part, le temps que les infirmières prennent pour dénoncer ces agressions empiète sur leur temps libre (Hassankhani et al., 2018 ; Spelten et al., 2020). L'une des participantes de l'étude d'Hassankhani et al. (2018) exprime ne plus dénoncer les violences subies au travail pour cette raison.

Les résultats de l'étude de Copeland & Henry (2018) démontrent que le niveau de satisfaction compassionnelle influence la déclaration d'événements violents. Les participants qui avaient signalé certains des incidents montraient des niveaux de satisfaction compassionnelle inférieurs à ceux qui n'avaient signalé aucun des incidents.

Ferri et al. (2020) démontrent que l'incidence réelle de la violence au travail dans les établissements de santé est difficile à estimer en raison de leur sous-déclaration importante, en particulier lorsqu'il n'y a pas eu de blessure physique. Lors d'un épisode de violence verbale, 70,8% des participants n'ont

pas effectué de déclaration, contre 50% lors d'un épisode verbal et physique (Ferri et al., 2020). Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Cannavò et al. (2019), qui démontrent qu'après avoir subi une agression, plus de la moitié des travailleurs n'ont pas signalé la violence qu'ils avaient subie à l'entreprise. De plus, moins d'un tiers d'entre eux n'ont informé que verbalement l'établissement dans lequel il travaillait. En revanche, ceux qui avaient fréquemment subi des violences ont signalé l'incident à l'établissement dans lequel ils travaillaient, à hauteur de 70% d'entre eux (Cannavò et al., 2019).

L'importance du soutien de l'équipe est dominante. Les participants d'une étude d'Anderson et al. (2021) ont mentionné l'envie d'être reconnus et de travailler dans un environnement sûr et empreint de respect mutuel, de pouvoir poser des questions ou de s'exprimer sans prendre le risque d'avoir des représailles ou d'être exclu. L'un des participants a mentionné ne pas se sentir en sécurité au travail et que cela pourrait être la raison qui le ferait démissionner des urgences (Anderson et al., 2021).

## **Facteurs de résilience**

Une étude quantitative, menée à Taïwan et basée sur 265 participants démontre que la résilience est un élément important pour le rétablissement des victimes de violence. La résilience serait associée à des traits de personnalité spécifiques, principalement un neuroticisme faible et une

extraversion élevée (Hsieh et al., 2016). La résilience joue un rôle important en tant que facteur de protection qui protège les individus des traumatismes, augmente les changements positifs lorsqu'ils font face à des situations stressantes, prévient des maladies, favorise et maintient la santé (Hsieh et al., 2016).

Les résultats de l'étude de Hsieh et al. (2016) démontrent que le soutien des pairs a renforcé la résilience des victimes de violence. De plus, il a été constaté que les infirmières violentées présentant des niveaux d'extraversion plus élevés et des niveaux de neuroticisme plus faibles avaient une résilience significativement plus élevée. En revanche, les croyances religieuses ne sont pas significativement démontrées comme étant un facteur de résilience, contrairement à l'hypothèse de base (Hsieh et al., 2016).

Les participants de l'étude d'Anderson et al. (2021) se considèrent déjà comme étant résilients. Ils déclarent cependant que des interventions dans le cadre d'une meilleure organisation, incluant tout le système, ainsi qu'un meilleur soutien au sein de l'équipe sont nécessaires. En effet, la problématique résiderait en la pression attribuée au service des urgences (Anderson et al., 2021).

## **Risques du turn-over**

La dotation en personnel et en ressources des services d'urgence n'a pas toujours été adaptée à l'augmentation du nombre de consultations (Spelten et al., 2020). De plus, le stress professionnel est augmenté à la suite de violences et conduit ainsi à un découragement et une baisse de la productivité chez les infirmières (Jeong & Kim, 2018). Un taux de rotation élevé a des effets conséquents sur la qualité de soins, car les infirmières en poste se retrouvent débordées (Jeong & Kim, 2018).

Une étude américaine de type quantitative menée auprès de 26516 participants montre qu'une augmentation de la charge de travail des infirmières augmenterait la probabilité de décès des patients de 7 % (Aiken et al., 2014). Cette étude démontre le risque d'un fonctionnement inhérent à un service d'urgences. En effet, il y a moins de mortalité dans les hôpitaux où les infirmières sont formées et s'occupent en moyenne de six patients que dans les hôpitaux où les infirmières sont moins formées et s'occupent en moyenne de huit patients. Les résultats de l'étude d'Aiken et al. (2014) établissent qu'une augmentation de la charge de travail des infirmières augmente la probabilité de décès de patients hospitalisés, et qu'une augmentation du nombre d'infirmières titulaires d'un Bachelor est associée à une diminution des décès de patients hospitalisés.

## **Bien-être au travail**

### **Facilitateurs.**

Afin d'améliorer le bien-être au travail, il est important de choyer les relations entre collègues et comprendre leur importance. Le bien-être au travail est significativement corrélé à la qualité des soins prodigués et centrés sur le patient (Adriaenssens et al., 2015 ; Anderson et al., 2021). Les infirmières apprécient avoir le temps, les ressources et le soutien des collègues lors de soins, afin de pouvoir fournir une prise en charge efficace et holistique (Anderson et al., 2021). Un autre aspect facilitant concerne les opportunités de développement professionnel et de formation (Adriaenssens et al., 2015 ; Anderson et al., 2021).

### **Propositions/Interventions**

L'analyse des 15 articles de recherche a permis de mettre en lumière différentes pistes d'intervention. Ces dernières permettent de pallier aux différentes problématiques mentionnées ci-dessus. Les propositions d'interventions font l'objet de ce chapitre et sont présentées ci-dessous.

## **Programme d'information / de formation**

Compte tenu de la demande accrue de personnel de santé dans un contexte de pénurie mondiale et au vu des conséquences importantes de la violence sur la santé des soignants, il est important de comprendre les facteurs associés à la violence dans les services d'urgences afin de mettre en œuvre des interventions préventives (Ferri et al., 2020 ; Hassankhani et al., 2018 ; Jeong & Kim, 2018 ; Okoli et al., 2020).

Des formations à la résolution de conflits, à la désescalade verbale, à la sensibilisation aux dangers (stratégies de préventions organisationnelles, mais aussi personnelles) devraient être mises en place (Cannavò et al., 2019 ; Copeland & Henry, 2018 ; Ferri et al., 2020 ; Hassankhani et al., 2018 ; Jeong & Kim, 2018). Ferri et al. (2020) mettent en avant l'importance de la formation pour assurer une communication adéquate avec les personnes qui peuvent être émotionnellement vulnérables. Enfin, il existe un besoin de campagnes d'information publique qui sensibilisent sur la façon d'utiliser de manière plus appropriée les services de santé des urgences.

## **Stratégies de soutien aux victimes**

Selon les auteurs consultés, un objectif devrait être d'accorder une plus grande attention aux victimes de violence et de mettre en place des systèmes de réponse à leur intention. Il a été démontré que le soutien du manager en

général est un facteur prédictif de la qualité de vie des employés (Copeland & Henry, 2018). Selon les résultats de notre revue systématique de la littérature, il ressort que les victimes de violence ne reçoivent pas les services de soutien dont elles ont besoin, et les cadres et autres dirigeants de l'organisation peuvent contribuer à changer cette situation (Cannavò et al., 2019 ; Copeland & Henry, 2018 ; Ferri et al., 2020).

### **Sensibilisation au burn-out et au stress traumatique secondaire**

Au vu des résultats de la revue systématique de littérature, il semble judicieux que les organisations de soins de santé élaborent des stratégies pour mettre en place des pratiques fondées sur des données probantes autour de la sensibilisation au burn-out et au stress traumatique secondaire, de la réduction de la violence au travail, de l'amélioration du débriefing après des événements professionnels stressants, de la promotion de l'autosoin, de la résilience, de l'adaptation et d'un sentiment de communauté parmi tous les travailleurs de l'équipe de soins de santé (Ferri et al., 2020 ; Grinberg et al., 2022 ; Okoli et al., 2020 ; Rozo et al., 2015). Il est important de garantir des environnements de travail sûrs et soutenir les pratiques d'autosoins des travailleurs pouvant améliorer la satisfaction compassionnelle des employés tout en réduisant le burn-out et le stress traumatique secondaire (Grinberg et al., 2022 ; Okoli et al., 2020). Il est également possible de mettre en place des

groupes de soutien afin que les professionnels de santé puissent échanger sur leurs expériences (Rozo et al., 2015). Il est également possible de mettre en place des initiatives visant à promouvoir le concept « d'infirmière de triage » et des initiatives visant à promouvoir l'image des soins infirmiers (Ferri et al., 2020).

## **Encourager le signalement**

Les directeurs d'hôpitaux devraient encourager les infirmières des urgences à signaler les événements violents (Hsieh et al., 2016). Les infirmières-chefs devraient également encourager les infirmières des urgences à signaler la violence au service administratif (Jeong & Kim, 2018).

## **Soins de santé mentale**

Les responsables des soins de santé devraient fournir des services de santé mentale plus complets en cas d'incidents. Des ressources individuelles et environnementales qui instaurent la confiance et satisfont les besoins des infirmières maltraitées devraient être mises en place (Copeland & Henry, 2018 ; Hsieh et al., 2016). Les responsables des soins de santé devraient leur enseigner des compétences en matière de résolution de problèmes et leur fournir un soutien de la part de leurs pairs afin d'améliorer leur résilience (Copeland & Henry, 2018 ; Hsieh et al., 2016).

## **Dynamique d'équipe**

Selon Anderson et al. (2021), il faudrait soutenir une bonne dynamique d'équipe, agir contre les violences et les abus des patients et leurs proches, assurer au personnel des urgences suffisamment de ressources afin de pouvoir prodiguer des soins de haute qualité et centrés sur le patient, prioriser les formations et le développement professionnel en considérant cela comme un investissement essentiel au bien-être des patients et du personnel des urgences. En effet, les facteurs sociaux, organisationnels et les stratégies personnelles sont essentiels pour que le personnel des urgences soit résilient. De plus, le personnel des urgences a besoin d'avoir une bonne dynamique d'équipe et de se sentir soutenu, d'avoir des opportunités de développement professionnel et d'avoir assez de ressources matérielles et humaines pour prodiguer des soins de qualité (Anderson et al., 2021). Adriaenssens et al. (2015) vont également dans ce sens en mentionnant l'importance de bonnes relations interpersonnelles. Selon eux, des interventions sur le lieu de travail afin d'améliorer la cohésion du groupe et la communication permettraient d'éviter des effets négatifs.

## **Espoir**

Efrat-Treister et al. (2019) proposent d'examiner les effets de l'espoir dans les files d'attente et ainsi déterminer dans quelle mesure les établissements

peuvent répondre en ce sens à leur patientèle lorsqu'il y a de l'attente. Il s'agirait également d'examiner comment le fait de voir les employés travailler avec acharnement car la charge de travail est importante influence les actes de violence des patients.

### **Propositions pour la pratique**

Aucun des 15 articles analysés dans le but de comprendre la problématique de ce travail n'aborde la théorie de soins infirmiers du Caring de Watson (1997). Pourtant, la majorité des articles scientifiques sélectionnés s'adressaient en totalité ou en partie au personnel infirmier. De plus, le lien entre le Caring de Watson (1997) et l'épuisement professionnel et/ou la violence semble évident. Dans cette perspective, le Caring pourrait être bénéfique non seulement aux patients, mais également aux soignants. Ainsi, il semble important de se questionner sur la manière dont ce dernier pourrait être appliqué au sein des équipes médico-infirmières des urgences afin de prévenir la violence des patients envers les soignants, l'épuisement professionnel ainsi que favoriser le bien-être des patients. Cependant, l'application du Caring de Watson (1997) dans une équipe de soins nécessite de l'implication de la part des soignants, en termes de temps et d'énergie. Toutefois et en au vu des résultats de cette revue systématique de littérature, comment accorder ce temps et cette énergie lorsque la pénurie de personnel

met les équipes en difficulté, ou lorsque les soignants souffrent d'épuisement professionnel ou de violence de la part des patients ?

Une seconde interrogation émanant de cette revue de littérature est mise en exergue à la suite de cette réflexion : est-ce la violence des patients envers les soignants qui provoque l'épuisement professionnel, ou l'épuisement professionnel ainsi que ses manifestations qui influencent le comportement du patient de manière négative, à tel point qu'il en devient violent ?

Quel que soit le déclencheur de l'une ou l'autre des hypothèses, l'application du Caring de Watson (1997) dans les dynamiques d'équipes et dans les prises en soins pourrait être une proposition permettant de favoriser le bien-être des patients et des soignants. Ainsi, les auteures de ce travail proposent d'intégrer la pratique du Caring de Watson (1997) au sein des équipes de soins et de leurs pratiques, afin de favoriser le bien-être des soignants et des patients. Dans cette optique, une diminution du risque de violence des patients à l'encontre des soignants, ainsi que le risque d'épuisement professionnel pourrait être étudié. Toutefois, comme cité précédemment, ceci est peu envisageable dans des conditions de pénurie de personnel soignant. Ainsi, le facteur modifiable prédominant pourrait consister en l'augmentation des dotations infirmières et ses bénéfices pour les équipes soignantes et les patients, comme déjà mentionné par une étude américaine (Aiken et al., 2014).

## **Chapitre 6 : Conclusion**

## **Apports du travail de Bachelor**

### **Éléments facilitants**

Les auteures ont un grand intérêt quant à la thématique abordée puisqu'elles souhaitent toutes débiter leur carrière dans le contexte somatique. Deux d'entre elles ont le projet d'exercer dans un service d'urgence. Le travail effectué a permis de comprendre les enjeux spécifiques inhérents à un service d'urgence tout en développant des ressources pour aborder les risques liés à la profession infirmière.

De plus, les auteures ont un lien d'amitié très fort depuis le début de la formation. Les éventuelles tensions liées à la construction de ce travail ont toujours pu être traitées de manière bienveillante et respectueuse. L'échange et le dialogue ont été des principes respectés durant tout le processus.

Les auteures ont également une manière singulière de travailler, permettant ainsi de combler les éventuelles lacunes de l'une ou l'autre. Elles ont, en effet, continuellement amélioré leurs compétences grâce au travail d'équipe basé sur le dialogue.

La directrice de ce travail de Bachelor, Madame Céline Neri, a été une personne de référence. En effet, elle a su guider les auteures tout au long de

la réalisation de ce travail tout en leur laissant l'autonomie et la liberté d'opérer ce projet à leur image.

## **Éléments contraignants**

L'une des difficultés rencontrées par les auteures est le nombre de travaux devant être réalisé parallèlement au travail de Bachelor. En effet, les délais de restitution étant similaires, il a fallu faire preuve d'une grande capacité d'adaptation, tant sur le plan émotionnel que sur le plan organisationnel.

La forme de ce travail a demandé un investissement particulier et un temps supplémentaire que les auteures n'avaient pas anticipé. En effet, bien qu'immergées dans la recherche scientifique depuis le début de leur cursus, les auteures se sont découvert des lacunes quant aux compétences informatiques. En effet, la création de diagrammes spécifiques et l'utilisation d'outils propres au domaine Microsoft ont demandé beaucoup de temps et d'énergie afin de rendre ce travail dans les critères demandés.

Enfin, un travail d'une telle durée ne permet pas toujours de se projeter en termes de délais. Les auteures ont parfois eu des difficultés à se rendre compte de la bonne avancée du travail.

## Limites

Malgré les éléments contraignants mentionnés ci-dessus, les auteures sont extrêmement fières d'avoir élaboré un travail de cette ampleur tout en maintenant une belle cohésion et collaboration interpersonnelle. En revanche, elles ont pu identifier quelques limites qu'il est important de prendre en considération.

Peu d'articles traitent de la problématique de ce travail en Europe. D'ailleurs, aucun des articles n'est suisse. Les données récoltées dans les articles scientifiques peuvent être transposables à la Suisse, mais il aurait été bénéfique d'apporter des références helvétiques à ce travail. En effet, les systèmes politiques des différents pays d'où émanent les articles retenus varient grandement. Le système politique d'un État impactant son système de santé, il n'est pas surprenant qu'il soit très différent du système de santé helvétique. Aussi, il s'agit de prendre en considération l'aspect culturel et religieux afin d'éviter tout biais. En outre, la formation à la profession d'infirmière diverge selon le pays, ce qui peut augmenter les disparités et ainsi accroître les biais dans cette revue de littérature systématique.

Par ailleurs, une majorité d'articles ont une thématique et un devis de recherche similaires. En l'occurrence, il s'agit de la description de vécus de violence aux urgences ou du recensement de cas de violence dans un hôpital durant une certaine période. D'autres devis traitant de la même thématique

auraient contribué à ce travail en apportant d'autres spectres de compréhension du phénomène de violence aux urgences et de ses conséquences sur l'épuisement professionnel.

### **Perspectives pour la recherche**

Comme explicité dans ce travail au travers des entretiens et de l'analyse des articles scientifiques, le taux recensé d'agressions est inférieur à la réalité. Par ailleurs, les mesures prises à la suite de ce type d'événements indésirables ne suffisent souvent pas aux soignants concernés : des symptômes névrotiques, physiques, voire de l'épuisement professionnel y font souvent suite.

La réalisation de recherches quantitatives et qualitatives helvétiques permettrait la mise en exergue de ce phénomène, d'attiser l'intérêt et les questionnements, afin d'aboutir à la mise en place de mesures nationales ou cantonales systématiques. Ces mesures permettraient, d'une part, de répondre aux besoins des personnes affectées par de la violence sur leur lieu de travail et, d'autre part, de mettre en place des mesures efficaces concrètes afin d'y pallier.

## **Chapitre 7 : Références**

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 346-358. <https://doi.org/10.1111/jonm.12138>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (Eighth edition). Elsevier.
- Anderson, N., Pio, F., Jones, P., Selak, V., Tan, E., Beck, S., Hamilton, S., Rogan, A., Yates, K., Sagarin, M., McLeay, A., MacLean, A., Fayerberg, E., Hayward, L., Chiang, A., Cadzow, A., Cadzow, N., Moran, S., & Nicholls, M. (2021). Facilitators, barriers and opportunities in workplace wellbeing: A national survey of emergency department staff. *International Emergency Nursing*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101046>
- Bègue, L., & Beck, F. (2014). Drogues, alcool et agression. *Psycho sup.*, 1 vol. (191 p.). <https://www.cairn.info/drogues-alcool-et-agression--9782100705801.htm>
- Braudo, S., & Baumann, A. (2009). *Dictionnaire du Droit privé*. [www.dictionnaire-juridique.com/France-judiciaire.php](http://www.dictionnaire-juridique.com/France-judiciaire.php).
- Buss, A. H. (1961). The psychology of aggression. In *The psychology of aggression*. John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1037/11160-000>
- Cannavò, M., Torre, F. La, Sestili, C., Torre, G. La, & Fioravanti, M. (2019). Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. *Clin Ter*, 170(2), 110-123. <https://doi.org/10.7417/CT.2019.2120>
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. W. W. Norton & Company, Inc.
- Carper, B. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work* (Third Edition). International Labour Office.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. (2015). *Knowledge Development in Nursing: Theory and Process*. Mosby Elsevier.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. Mosby Elsevier.
- Copeland, D., & Henry, M. (2018). The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and Professional Quality of Life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Centre. *International Emergency Nursing*, 39, 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.01.006>

- Davaris, S. (2016). Violences envers les soignants : les HUG prennent des mesures. *Rev Med Suisse*, 529, 1495-1495.
- Dehay, S. (2021). *Le turn-over du personnel infirmier aux urgences*.
- D'Ettorre, G., Mazzotta, M., Pellicani, V., & Vullo, A. (2018). Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in emergency departments. *Acta Biomedica*, 89, 28-36. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7113>
- Edward, K. L., Ousey, K., Warelw, P., & Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 23(12), 653-659. <https://doi.org/10.12968/BJON.2014.23.12.653>
- Efrat-Treister, D., Cheshin, A., Harari, D., Rafaeli, A., Agasi, S., Moriah, H., & Admi, H. (2019). How psychology might alleviate violence in queues: Perceived future wait and perceived load moderate violence against service providers. *PLoS ONE*, 14(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218184>
- Elias, N. (2003). *La civilisation des mœurs*. Pocket.
- Elias, N. (2006). *La civilisation des mœurs*. Pocket.
- Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, B. I. J. M., Fry, C., Hasselhorn, H. M., & European Nurses' Early Exit Study Group. (2010). [Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses]. *Recherche en soins infirmiers*, 103, 29-45. <https://doi.org/10.3917/rsi.103.0029>
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing : Present Status and Future Refinements. In *The Journal of Nursing Scholarship* (Vol. 16, Numéro 3). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1111/J.1547-5069.1984.TB01393.X>
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge : Analysis and evaluation of nursing models and theories: Vol. 2nd. ed.* F. A. Davis.
- Ferri, P., Stifani, S., Accoto, A., Bonetti, L., Rubbi, I., & Di Lorenzo, R. (2020). Violence Against Nurses in the Triage Area: A Mixed-Methods Study. *Journal of Emergency Nursing*, 46(3), 384-397. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.02.013>
- Fisher, G.-N. (2003). *Psychologie des violences sociales*. Dunod.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition). Chenelière Education.
- Gaillard, B. (2014). *Violences institutionnelles : Analyse et interventions, théories et pratiques cliniques*. Champ Social Editions.
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., Ryan, A. D., Mongin, S. J., & Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med*, 61, 495-503. <https://doi.org/10.1136/oem.2003.007294>

- Grinberg, K., Revach, C., & Lipsman, G. (2022). Violence in hospitals and burnout among nursing staff. *International emergency nursing*, 65. <https://doi.org/10.1016/J.IENJ.2022.101230>
- Hassankhani, H., Parizad, N., Gacki-Smith, J., Rahmani, A., & Mohammadi, E. (2018). The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *International emergency nursing*, 39, 20-25. <https://doi.org/10.1016/J.IENJ.2017.07.007>
- Holcman, R. (2018). *La souffrance des soignants*.
- Hsieh, H. F., Hung, Y. T., Wang, H. H., Ma, S. C., & Chang, S. C. (2016). Factors of Resilience in Emergency Department Nurses Who Have Experienced Workplace Violence in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 23-30. <https://doi.org/10.1111/jnu.12177>
- Jeong, I. Y., & Kim, J. S. (2018). The relationship between intention to leave the hospital and coping methods of emergency nurses after workplace violence. *Journal of clinical nursing*, 27(7-8), 1692-1701. <https://doi.org/10.1111/JOCN.14228>
- Jorland, G. (2006). Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, N° 84(1), 58. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0058>
- Kaeser, D., Guerra, R., Keidar, O., Lanz, U., Moses, M., Kobel, C., Exadaktylos, A. K., & Ricklin, M. E. (2018). Verbal and Non-Verbal Aggression in a Swiss University Emergency Room: A Descriptive Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.7892/boris.124995>
- Kehtari, R. (2011). *Le stress aux urgences: comment prendre son mal en patience ?* <https://doi.org/https://doi.org/10.5169/seals-283613>
- Larousse. (s. d.-a). *Burn out*. Consulté 2 mars 2023, à l'adresse [https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/burn\\_out/10910385](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/burn_out/10910385)
- Larousse. (s. d.-b). *Turn over*. Consulté 15 décembre 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/turnover/80298>
- Le Breton, D. (1995). Anthropologie de la douleur. In *Revue des Sciences Sociales* (Editions Métailié, Vol. 22, Numéro 1). Revue des Sciences Sociales.
- Leininger, M. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from the theory of culture care diversity and universality perspective. In *Nursing Science Quarterly* (Vol. 20, Numéro 1). <https://doi.org/10.1177/0894318406296784>
- Leyens, J.-P., & Yzerbyt, V. (1997). *Psychologie sociale*. <https://www.editions-mardaga.com/products/psychologie-sociale>
- Li, N., Zhang, L., Xiao, G., Chen, J., & Lu, Q. (2019). The relationship between workplace violence, job satisfaction and turnover intention in emergency nurses. *International emergency nursing*, 45, 50-55. <https://doi.org/10.1016/J.IENJ.2019.02.001>
- Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., Yan, S., Sampson, O., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., Chang, Y., Yang, Y., Yang, T., Chen, Y., Song, F., & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare

- workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927-937. <https://doi.org/10.1136/OEMED-2019-105849>
- Art.6 de la Loi sur le travail du 13 mars 1964 sur l'assurance-maladie, Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2019). *Anatomie et physiologie humaines* (11ème édition). Pearson.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/JOB.4030020205>
- Merçay, Clémence., Grünig, Annette., & Dolder, Peter. (2021). *Personnel de santé en Suisse - Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève*. Observatoire suisse de la santé.
- Moman, R. N., Maher, D. P., & Michael Hooten, W. (2020). *Workplace Violence in the Setting of Pain Management*. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.12.001>
- Newman, M. A. (2008). *Transforming Presence: The Difference That Nursing Makes* (First Edition). F.A. Davis Company.
- 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. In *EMA - Emergency Medicine Australasia* (Vol. 29, Numéro 3, p. 265-275). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12761>
- Okoli, C. T. C., Seng, S., Otachi, J. K., Higgins, J. T., Lawrence, J., Lykins, A., & Bryant, E. (2020). A cross-sectional examination of factors associated with compassion satisfaction and compassion fatigue across healthcare workers in an academic medical centre. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 476-487. <https://doi.org/10.1111/inm.12682>
- OMS. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2008). *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE: Comment répondre à la crise imminente?* [www.oecd.org/health/workforce](http://www.oecd.org/health/workforce)
- Organisation mondiale de la santé. (1946). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*.
- Pajnkihar, M., Stiglic, G., & Vrbnjak, D. (2017). The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *PeerJ*. <https://doi.org/10.7717/peerj.2940>
- Partridge, B., & Affleck, J. (2017). Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20, 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.05.001>
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4ème édition). Chenelière Education.
- Provencher, H., & Fawcett, J. (2002). *Les sciences infirmières: Une structure épistémologique*. (G. Morin, Éd.; p. 315-335).

- Quignard, É. (2016). Douleur et souffrance : le sens d'un questionnement. In *Fins de vie, éthique et société*. Éres. <https://doi.org/10.3917/ERES.HIRS.2016.01.0404>
- Richardson, S. K., Grainger, P. C., Ardagh, M. W., & Morrison, R. (2018). Violence and aggression in the emergency department is under-reported and under-appreciated. *New Zealand Medical Journal*, 131(1476), 50-58.
- Ricoeur, P. (1987). *Le Mal. Le défi à la philosophie et à la théologie*. Éditions Labor et Fidès.
- Risjord, M. (2009). Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy. *Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy*, 1-246. <https://doi.org/10.1002/9781444315516>
- Rozo, J. A., Olson, D. M., Thu, H. S., & Stutzman, S. E. (2015). Situational factors associated with burnout among emergency department nurses. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 52, Numéro 2). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, 41(1), 7-13. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00110-5)
- Savoy, S., Carron, P.-N., Romain-Glassey, N., & Beysard, N. (2021). *Self-Reported Violence Experienced by Swiss Prehospital Emergency Care Providers*. <https://doi.org/10.1155/2021/9966950>
- SECO. (2016). *Mobbing et autres formes de harcèlement*. [www.seco.admin.ch](http://www.seco.admin.ch)
- Secrétariat d'Etat de l'économie (SECO). (2015). *Protection contre les risques psycho-sociaux au travail*. [www.seco.admin.ch](http://www.seco.admin.ch)
- Sénat. (2017). *Les urgences hospitalières, miroir de dysfonctionnement de notre système de santé*.
- Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P., van Vuuren, J., & McGillion, A. (2020). Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators? *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230793>
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*.
- Tomkiewicz, S. (1991). Violences institutionnelles. *Enfance Majuscule*.
- Vigil-Ripoche, M.-A. (2012). Souffrance. *Les concepts en sciences infirmières*, 283-285. <https://doi.org/10.3917/ARSI.FORMA.2012.01.0283>
- Vrablik, M. C., Chipman, A. K., Rosenman, E. D., Simcox, N. J., Huynh, L., Moore, M., & Fernandez, R. (2019). Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA: results from a qualitative study. *BMJ open*, 9(8). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2019-031781>
- Wainwright, P. (2000). Towards an aesthetics of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 750-756. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.2000.01536.X>
- Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. University Press of Colorado. <https://philpapers.org/rec/WATNTP>

- Watson, J. (1997). *The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective*.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. Sudbury Mass.: Jones & Bartlett Publishers.
- Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. In *Nursing Administration Quarterly* (Vol. 30, Numéro 1). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/00006216-200601000-00008>
- Watson, J. (2007). *Nursing: Human Science and Human Care: a Theory of Nursing*. Sudbury Mass.: Jones & Bartlett Publishers.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised Edition*. University Press of Colorado.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: a theory of nursing*. 122. <https://www.worldcat.org/title/682072198>
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science, the philosophy and Practice of nursing* (University Press of Colorado, Ed.).
- White, J. (1995). Patterns\_of\_knowing\_\_Review,\_critique,\_and\_update.7. In 1995.
- Wolf, L., Perhats, C., & Delao, A. (2020). *Violence and Its Impact on the Emergency Nurse*. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12761>
- Zhao, S. H., Shi, Y., Sun, Z. N., Xie, F. Z., Wang, J. H., Zhang, S. E., Gou, T. Y., Han, X. Y., Sun, T., & Fan, L. H. (2018). Impact of workplace violence against nurses' thriving at work, job satisfaction and turnover intention: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2620-2632. <https://doi.org/10.1111/JOCN.14311>

## **Chapitre 8 : Annexes**

## Annexe 1 :

**Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In  
Emergency Department Healthcare Professionals. Cannavo M. et al. (2019)**

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<p>▪ <b>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</b></p> <p>La violence au travail en tant que facteur prédictif du stress et des troubles associés chez les professionnels de la santé des services d'urgence</p> <p>▪ <b>Quels sont les thèmes abordés ?</b></p> <p>Violence au travail, stress, pathologies liées au stress,</p> <p>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b></p> <p>Oui, les professionnels de la santé des services d'urgence</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <p>Cannavo : Doctorant en psychiatrie, Rome, Italie</p> <p>La Torre : directeur du service de chirurgie d'urgence et d'urgence, Rome, Italie</p> <p>Sestili : département de santé publique et des maladies infectieuses, Rome, Italie</p> <p>G. La Torre : département de santé publique et des maladies infectieuses, Rome, Italie</p> <p>Fioravanti : département de neurologie et de psychiatrie de l'Université de Rome, Italie</p>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p> <p>Aggression, violence, violence au travail, personnel soignant, service d'urgence, stress, dépression</p>

**Résumé****▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.**

Objectifs : examiner la fréquence, le type, les causes et les conséquences de la violence et de l'agression subies par les travailleurs des services d'urgence au cours de leurs interactions avec les patients, leurs parents ou leurs accompagnateurs et de déterminer si le phénomène de la violence au travail est un facteur de risque spécifique prédisant le stress et les éventuelles pathologies liées au stress chez les travailleurs des services de santé d'urgence. L'étude propose un modèle d'intervention efficace pour la prévention et la gestion de la violence et du stress.

Méthodologie : Une étude rétrospective transversale a été réalisée auprès d'un échantillon de 323 travailleurs de la santé du Département des urgences et de l'acceptation de niveau II et des Services psychiatriques de diagnostic et de soins de l'Hôpital universitaire Policlinico Umberto I, à Rome, en Italie, entre juin 2016 et février 2017. La collecte des données a été réalisée par un psychiatre à l'aide d'une méthode de questionnaire administré à chaque participant et en réalisant des entretiens individuels. Les deux questionnaires utilisés, le Health Violence Questionnaire (QVS) et le Workers' Stress Perception Questionnaire (SPQR) ont été désignés ad hoc, après quelques séances de test destinées à la création de leur contenu.

Résultats : Quatre-vingt-sept pour cent des professionnels des soins de santé d'urgence ont subi des violences sur leur lieu de travail de la part de patients ou de leurs proches. Plus de la moitié des professionnels de la santé ont fait état de conséquences multiples sur leur sphère émotionnelle, en particulier les femmes et tous ceux qui ont subi des incidents de violence fréquents. En ce qui concerne les effets sur le mode de vie, un tiers a signalé une augmentation de la consommation de tabac, des troubles alimentaires et des troubles du sommeil, ainsi que des changements dans les relations sociales au profit de l'isolement social et de l'évitement de certains lieux. Plus d'un tiers des professionnels de la santé ont signalé des conséquences sur leur

	<p>bien-être et leur santé, en particulier le personnel féminin. La détresse est associée à la fréquence de la violence au travail. Les professionnels de la santé victimes de violences fréquentes ont indiqué que le manque de soutien de la part de l'administration de l'hôpital et de la direction du service des urgences constituait un obstacle à la dénonciation de la violence sur le lieu de travail.</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b><i>Pertinence</i></b>	<p>▪ <b>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).</b></p> <p>Oui. La violence de tiers au travail (patients et/ou membres de la famille) est un phénomène mondial (Hsieh), prévalent dans le secteur des soins de santé, en particulier dans les services d'urgence (OMS). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la violence au travail comme le facteur de risque le plus important pour la sécurité des professionnels de la santé. Plusieurs chercheurs ont confirmé que la "violence au travail" est associée à des niveaux élevés de stress chez les travailleurs de la santé (Arnetz &amp; Arnetz ; Atan et al. ; Fernandes et al. ; Woodrow &amp; Guest ; Demir &amp; Rodwell ; Herath et al. ; Lam ; McKenna et al. ; Versola-Russo ; Cannavò et al.). Dans une méta-analyse récente (Hershcovis &amp; Barling), bien que toutes les victimes de violence aient subi des conséquences psychologiques (détresse psychologique, dépression et épuisement émotionnel), les travailleurs de la santé harcelés par un superviseur ont rapporté des conséquences négatives plus importantes (diminution de la satisfaction professionnelle, intention de quitter le travail) que ceux agressés par un collègue ou par un patient. Des recherches en médecine et en psychologie du travail ont confirmé que la violence au travail est associée au stress, à la dépression, à l'anxiété, à la fatigue, à l'insatisfaction au travail et à l'absentéisme (Menckel, Viitasara ; Rogers, Kelloway ; Wieclaw et al.).</p>

<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<p>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></p> <p>Elle vise à déterminer si le phénomène de la violence au travail est un facteur de risque spécifique prédisant le stress et les éventuelles pathologies liées au stress chez les travailleurs des services de santé d'urgence. En outre, elle a étudié l'occurrence et les facteurs prédictifs des questions suivantes :</p> <p>Agressivité du patient Agressivité d'un collègue Témoin d'une agression</p>
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<p>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b></p> <p>Stress, violence au travail</p>

## PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

### Méthodologie

<b>Questions de recherche</b>	<p>▪ <b>Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?</b></p> <p>Ne sont pas directement définies en amont, mais apparaissent dans l'analyse et les résultats de manière claires</p> <p>▪ <b>Quels sont les buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche ?</b></p> <p>Déterminer si le phénomène de la violence au travail est un facteur de risque spécifique prédisant le stress et les éventuelles pathologies liées au stress chez les travailleurs des services de santé d'urgence et l'occurrence et les facteurs prédictifs des comportements violents des patients/des collègues/le fait d'être témoin d'une agression</p> <p>▪ <b><i>Si applicable</i> : quelles sont les hypothèses de recherche ?</b></p>
-------------------------------	---

<p><b>Devis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b> Il s'agit d'une étude mixte, dont le devis serait séquentiel explicatif où les chercheurs ont d'abord collecté des données quantitatives pour analyser des données. Ils ont ensuite effectué des entretiens de manière à pour enrichir leur compréhension des résultats quantitatifs, explorer les expériences et les perspectives des participants, et fournir des explications ou des interprétations plus approfondies des données quantitatives.</li> <li>▪ <b>Si applicable : préciser la procédure expérimentale</b></li> <li>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</b> Oui les règles éthiques sont respectées : étude approuvée par l'institution, données collectées sous forme anonymes, consentement des participants et aucune source de financement obscure.</li> </ul>
<p><b>Sélection des participants ou objet d'étude</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la population visée ?</b> Le personnel de santé du département des urgences et de la consultation psychiatrique de l'hôpital universitaire de Rome</li> <li>▪ <b>Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</b> Participation volontaire à l'enquête au moment de la passation des questionnaires =&gt; 323 participants sur 400</li> <li>▪ <b>Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</b> Inclusion : tous les professionnels de la santé travaillant en contact étroit avec les usagers (directeurs médicaux, directeurs non médicaux, personnel infirmier, personnel auxiliaire et personnel administratif), hommes et femmes, sans limite d'âge, d'ancienneté, de type de contrat et de type d'organisation.</li> </ul>

	<p>Exclusion : tous les professionnels de la santé qui n'ont pas participé volontairement à la conception</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</b></li> </ul> <p>Non.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><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 ?</b></li> </ul> <p>Non.</p>
<p><b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les instruments de mesure ?</b></li> </ul> <p>Questionnaire QVS : comprend des mesures quantitatives et qualitatives, composé de 35 questions</p> <p>Questionnaire SPQR : composé de 8 échelles avec échelle de Likert en 7 points</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).</b></li> </ul> <p>Echelle de Likert en 7 points pour le questionnaire SPQR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</b></li> </ul> <p>La collecte des données a eu lieu entre juin 2017 et février 2017, plusieurs passages pour atteindre un maximum de professionnels de santé différent, sans repassation des questionnaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</b></li> </ul> <p>Variables indépendantes : âge, genre, poste occupé, etc.</p>

		Variables dépendantes : fréquence et type de violence, intensité de l'exposition à la violence, réaction des professionnels, facteurs de risque, etc
<b><i>Interventions programmes applicable)</i></b>	<b><i>ou (si</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</b></li> <li>▪ <b>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</b></li> </ul>
<b><i>Méthode d'analyse des données</i></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</b></li> </ul> <p>Analyse descriptive par Chi carré ; parfois données covariée avec âge, sexe, etc. Données saisis et analysées avec Statistica</p>
<b><i>Résultats</i></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?</b></li> </ul> <p>L'âge moyen des répondants était de 46 ans (écart-type 10,35), 43 % d'hommes et 57 % de femmes. 38 % des participants étaient des infirmières, 25 % des chefs de service.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?</b></li> </ul> <p>La plupart des personnes interrogées avaient une expérience professionnelle de 10 ans ou plus. Presque tous les travailleurs ont déclaré avoir été témoins et avoir subi au moins un incident de violence de la part de patients et/ou de membres de leur famille (indice d'exposition) au cours des cinq années précédentes. Plus de la moitié des travailleurs ont déclaré avoir subi des violences de la part de leurs collègues. En ce qui concerne la fréquence de la violence (intensité de l'exposition), presque tous les travailleurs ont déclaré avoir souvent été témoins d'agressions, plus de la moitié d'entre eux ont souvent subi des agressions de la part de patients et/ou de membres de la famille et environ un tiers des travailleurs ont souvent subi des violences de la part de collègues.</p>

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

Concernant la typologie des agresseurs, il s'agit principalement de patients et de membres de leur famille, ou de patients et de leur proche, plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes ( $p < 0,005$ ). En ce qui concerne la qualification professionnelle, il y avait une différence significative entre les deux sexes et la composition des différentes qualifications (chi carré = 31,65,  $p < 0,005$ ). Les agents de santé masculins étaient majoritaires parmi les techniciens des professions sanitaires (73% hommes vs 27% femmes) et les chirurgiens en chef ou coordinateurs (83% hommes vs 17% femmes). En revanche, les femmes étaient plus nombreuses parmi les autres types de cadres (67% de femmes contre 33% d'hommes), parmi le personnel infirmier (70% de femmes contre 30% d'hommes), parmi le personnel médical (60% de femmes contre 40% d'hommes) et parmi le personnel administratif (58% de femmes contre 42% d'hommes).

En ce qui concerne la fréquence de la violence (intensité de l'exposition), presque tous ont déclaré avoir souvent été témoins d'agressions, plus de la moitié d'entre eux ont souvent subi des agressions de la part de patients et/ou de membres de la famille et environ un tiers des travailleurs ont souvent subi des violences de la part de collègues, selon une relation linéaire selon laquelle plus les agressions sont fréquentes, plus elles sont graves (chi carré = 311,18,  $p < 0,01$  données non montrées).

Les professionnels de la santé qui avaient souvent été témoins et ceux qui avaient souvent subi des violences de la part de leurs collègues avaient également souvent été harcelés par des patients et/ou des membres de leur famille (chi carré = 195,26,  $p < 0,001$ ).

Les différentes fréquences auxquelles ils ont été témoins et victimes de violences de la part de patients et/ou de membres de leur famille ont été corrélées à la plupart des professionnels de la santé, hommes et femmes (chi carré = 195,26,  $p < 0,001$ ).

Par conséquent, ces deux phénomènes doivent être considérés comme associés à leur occurrence pour la plupart des personnes interrogées. En ce qui concerne les différences entre les sexes, les travailleurs masculins et féminins ont subi davantage d'agressions de la part de patients et/ou de membres de la famille (56% d'hommes contre 44% de femmes), tandis que les travailleuses ont subi des violences de la part de tous les types d'agresseurs (65% de femmes contre 35% d'hommes). En particulier, seules les professionnelles de la santé ont déclaré des cas d'agression par des superviseurs (chi carré = 12,53 et  $p < 0,05$ ).

L'agression la plus fréquente de la part des patients et/ou des membres de la famille était la violence verbale, en particulier le manque de respect, les insultes et les critiques ( $p < 0,01$ ).

Le personnel dont la durée de service était moins longue était plus exposé dans le cas des patients toxicomanes ou alcooliques et des membres de la famille, qui étaient en colère à cause de la longue attente ( $p < 0,05$ ).

En ce qui concerne la manière dont les professionnels de la santé réagissent à la violence, seule la moitié d'entre eux reconnaissent les signes initiaux (58% d'hommes contre 44% de femmes  $p < 0,005$ ).

Moins de la moitié des professionnels de la santé, avec une prévalence plus élevée chez les hommes (55% hommes vs 34% femmes) est capable d'arrêter l'escalade, environ la moitié d'entre eux n'arrête la violence que parfois et près de dix pour cent n'y parvient jamais et, même s'ils ont souvent été soumis à des incidents de violence par des patients et/ou des membres de leur famille, ils ne savent pas comment se protéger (chi carré = 58,33,  $p < 0,001$ )

les femmes professionnelles de la santé (50 % de femmes contre 30 % d'hommes) sont plus incertaines de leur capacité à reconnaître les signes ( $\chi^2 = 14,46$ ,  $p < 0,001$ ) et expriment une incertitude quant à la possibilité de bloquer l'escalade de la violence (58 % de femmes contre 36 % d'hommes), ( $\chi^2 = 15,28$ ,  $p < 0,005$ )

Après avoir subi une agression, un tiers des deux sexes a demandé de l'aide de plus d'une manière et dans différentes situations ( $p = 0.001$ ).

Les professionnelles de la santé ont tendance à demander une aide immédiate (19% des femmes contre 12% de leurs collègues masculins) ou seulement après avoir essayé de calmer l'agresseur (37% contre 25% de leurs collègues masculins), alors qu'environ la moitié des professionnels de la santé masculins ne demandent aucune aide (49% des travailleurs masculins contre 22% des travailleurs féminins). ( $p < 0,001$ ).

À fréquence identique d'incidents de violence émerge un facteur expérientiel qui conduit certains des professionnels de santé isolés à développer des stratégies de plus en plus flexibles et adaptatives pour réagir au phénomène, alors que d'autres ne semblent pas en mesure de développer spontanément une telle flexibilité de réaction, ( $p < 0,001$ ).

La grande majorité des personnes qui se sont rendues au service des urgences était composée de professionnels de la santé qui avaient été le plus souvent exposés à des incidents de violence au cours de la période d'observation ( $p = 0,03$ ). Même le recours aux soins médicaux est plus fréquent chez ceux qui ont été plus fréquemment exposés à des agressions ( $\chi^2 = 57,64$ ,  $p < 0,001$ ).

La demande de participation à des programmes d'information/formation sur la violence a été formulée par la majorité de ceux qui ont été le plus fréquemment victimes de tels incidents ( $p < 0,05$ ).

Lors de l'entretien, plus de la moitié des professionnels de santé, hommes et femmes, ont fait état de conséquences multiples sur leur sphère émotionnelle, en particulier les femmes par rapport aux hommes (69 % contre 46 %), ( $p = 0,005$ ) et ceux qui avaient subi divers incidents de violence. Les émotions rapportées étaient la surprise, une sorte d'incrédulité et un sentiment d'impuissance, des aspects négatifs tels que la tristesse, la déception et la peur et des sentiments réactifs dysphoriques tels que l'agacement et la colère. Les professionnels de santé masculins ont ressenti plus d'irritation, de déception, de confusion et d'humiliation que leurs collègues féminines, qui ont éprouvé plus de sentiment d'impuissance et de tristesse. La colère était présente dans la même mesure ( $p = 0,00051$ ) chez les hommes et les femmes.

En ce qui concerne les effets sur le mode de vie, un tiers des professionnels ont signalé plus d'un effet, certains ont signalé une augmentation de la consommation de tabac, de nourriture et des troubles du sommeil, en particulier ceux qui avaient été soumis à des incidents fréquents de violence ( $\chi^2 = 80,00$ ,  $p = 0,008$ ), d'autres ont présenté des changements dans leurs relations sociales vers l'isolement social, la réduction de l'intérêt et des heures consacrées à des activités en dehors du temps de travail et l'évitement de certains lieux.

En ce qui concerne les facteurs de risque organisationnels, plus de la moitié des travailleurs masculins et féminins ont fait état d'une série de facteurs différents qui agissent ensemble (61% des femmes contre 53% des hommes), et ce fréquemment, comme les attentes déçues des patients et/ou des membres de

la famille par rapport à l'organisation des soins de santé. Les professionnels de la santé masculins ont signalé des difficultés de communication et/ou de coopération entre les professionnels de la santé et les patients (12% hommes contre 3% femmes), tandis que les femmes ont souligné le manque de personnel à disposition (11% contre 9%) et la difficulté de communication et/ou de coopération entre collègues (4% contre 2%), ( $p = 0,03$ ).

Ceux qui avaient fréquemment subi des violences ont signalé l'incident à l'établissement dans lequel ils travaillaient (70% d'entre eux), ( $\chi^2 = 30,96$ ,  $p = 0,02$ ).

La détresse et l'humiliation résultant de la violence ont eu des effets sur les activités professionnelles de plus de la moitié des professionnels de la santé, tels que le manque de motivation, la réduction du niveau de qualité du travail, l'absentéisme sur le lieu de travail et le ressentiment à l'égard des collègues, le tout en corrélation avec l'intensité des incidents de violence subie ( $p = 0.006$ ).

En comparant les sexes, les scores des échelles du questionnaire SPQR mettent en évidence des différences significatives dans l'échelle de l'Isolement, une perception décrite avec plus d'intensité par les professionnels de santé masculins que par les professionnels de santé féminins ( $p = 0,03$ ) et dans l'échelle de la Surcharge dans laquelle les professionnels de santé féminins ont montré une plus grande problématisation que les professionnels de santé masculins ( $p = 0,04$ ).

En ce qui concerne les trois niveaux de durée de service, il existe une différence significative ( $p = 0,04$ ) sur l'échelle de l'insécurité", dont le score augmente linéairement en fonction de la durée de service.

▪ **Quels sont les autres résultats importants ?**

Les infirmières représentent 65% du groupe de moindre ancienneté et leur présence respective diminue avec l'âge par rapport aux autres catégories, passant de 65% à 33% dans le groupe de plus grande ancienneté.

Presque tous les travailleurs ont déclaré avoir été témoins et avoir subi au moins un incident de violence de la part de patients et/ou de membres de leur famille (indice d'exposition) au cours des cinq dernières années. Plus de la moitié des travailleurs ont déclaré avoir subi des violences de la part de leurs collègues.

Les items du questionnaire sur le stress que les professionnels ont jugé les plus représentatifs de leurs problèmes au travail, en leur attribuant un score allant de beaucoup à très beaucoup, sont les suivants : "Mon travail exige un effort continu pendant l'horaire quotidien", auquel 80% des professionnels de la santé ont répondu avec une intensité allant de beaucoup à très beaucoup, "Suspendre le travail à cause d'interruptions extérieures me dérange", auquel 50% des hommes et des femmes ont répondu de beaucoup à très beaucoup, "Je me sens mal à l'aise quand je pense que je ne suis pas capable de terminer mon travail", auquel 46% des professionnels de la santé ont répondu de beaucoup à très beaucoup, "Dans mon environnement de travail, ceux qui ont le même type d'engagement reçoivent des salaires différents", ce à quoi 44% des travailleurs ont répondu de beaucoup à beaucoup, "Je crains que mon salaire ne soit pas suffisant pour couvrir mes besoins et ceux de ma famille", ce à quoi 40% des professionnels de la santé ont répondu de beaucoup à beaucoup et "Je ressens le poids des responsabilités qui me sont confiées dans mon travail", ce à quoi 36% des hommes et des femmes ont répondu de beaucoup à beaucoup.

Le fait d'être marié (OR 0,43) et de travailler dans l'administration (OR 0,25) est associé à un risque plus faible

	<p>d'agression de la part des patients. Pour les agressions de collègues, une analyse multivariée a permis d'identifier les facteurs suivants comme prédicteurs indépendants : être médecin (O.R. 1,61) et travailler depuis plus de 10 ans (O.R. 2,24).</p>
<b>Discussion</b>	<p>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b></p> <p>Les résultats de l'étude confirment la diffusion du phénomène de la violence des patients et/ou des membres de la famille à l'encontre des professionnels des soins de santé d'urgence ; presque tous ont souvent été témoins des attaques, plus de la moitié d'entre eux ont souvent subi des agressions de la part de patients et/ou de membres de la famille et un tiers des professionnels des soins de santé également de la part de leurs collègues. La concentration du phénomène semble fortement liée au sexe, à la qualification professionnelle, au rôle dans l'organisation et au lieu de travail, alors qu'elle semble indépendante de la durée de service. Presque tous les professionnels de la santé ont fait état de conséquences multiples sur la sphère émotionnelle, en particulier les femmes et tous ceux qui ont subi des actes de violence fréquents. Un tiers d'entre eux ont signalé plus d'un effet sur le mode de vie, comme une augmentation de la consommation de tabac et d'aliments, des troubles du sommeil et des changements dans les relations sociales vers l'isolement social et l'évitement de certains lieux. Plus de la moitié des professionnels soumis à de fréquents incidents de violence ont signalé des conséquences sur leurs habitudes de travail, entraînant un manque de motivation, des absences au travail et une baisse des performances. Plus d'un tiers des hommes et des femmes ont signalé des conséquences sur leur bien-être et leur santé, en particulier les travailleuses. La plupart des hommes et des femmes ont déclaré souffrir de stress, en particulier ceux qui avaient subi des attaques fréquentes. Plus la fréquence des agressions subies est élevée, plus les scores aux échelles de stress sont élevés et la</p>

corrélation est statistiquement significative ( $p < 0,003$ ). En outre, la valeur totale du stress perçu par les professionnels de santé "victimes de violence" était plus élevée (149,07, SD 41,24) que par ceux qui n'avaient jamais subi d'épisodes de violence (121,32, SD 37,69). Certains des professionnels de santé de cette étude ont rapporté, lors des entretiens individuels, qu'ils suivaient un traitement psychopharmacologique en raison de leurs troubles psychiatriques (stress, anxiété et dépression), résultant des violences subies.

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

En conclusion, ils affirment que la "violence au travail" est un facteur de risque d'agression de la part du patient dans l'unité de premiers soins et qu'elle constitue un facteur de risque de stress spécifique, un prédicteur de stress et d'éventuelles maladies liées au stress chez les travailleurs des services de santé d'urgence. Les hommes et les femmes qui avaient subi des épisodes fréquents de violence présentaient des niveaux de stress plus élevés que ceux qui n'avaient jamais subi d'agression. En ce qui concerne les différences entre les sexes, les femmes souffrent davantage de conséquences sur le bien-être et la santé que les hommes. Il est donc important de reconnaître la violence sur le lieu de travail comme une cause de stress et d'intervenir à l'avance afin de prévenir d'éventuelles pathologies liées au stress chez les travailleurs des services de santé d'urgence, une augmentation de l'insatisfaction au travail et une réduction de la qualité des soins aux patients.

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

Ces résultats sont en accord avec plusieurs études qui montrent l'association entre les caractéristiques du travail, le stress, les

	<p>troubles mentaux (Amick et al. ; Wang et al.) et les maladies physiques (Karasek ; Karasek, Theorell ; Clumseck et al.).</p> <p>En ce qui concerne la prévention et la gestion de la violence, la plupart des hommes et des femmes qui ont fréquemment subi des incidents violents trouvent utile de recevoir un apprentissage basé sur le phénomène pour modifier leurs difficultés sur le lieu de travail, car seule la moitié des professionnels de la santé est capable de reconnaître les signes avant-coureurs des agressions, moins de la moitié d'entre eux parviennent à prévenir l'escalade de la violence et le modèle unique le plus fréquemment adopté est l'évitement d'une relation directe avec l'agresseur. Les femmes professionnelles de la santé semblent plus incertaines que leurs collègues masculins en ce qui concerne la reconnaissance et la gestion des incidents violents. Ces résultats confirment l'importance de la théorie de Lazarus et Folkman qui définit la capacité de la personne à faire face à des demandes externes excessives comme cruciale à long terme pour éviter les problèmes de santé. Il est probable que les compétences professionnelles de ceux qui travaillent habituellement dans le domaine de l'assistance psychiatrique constituent un facteur de protection par rapport au risque de stress des professionnels de la santé qui sont occasionnellement en contact, dans le cadre de leur travail, avec des patients agités, difficiles et complexes et qui n'ont pas de formation adéquate en matière de soins psychiatriques (Pompili et al. 2016).</p>
<p><b>Recommandations &amp; suggestions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b></li> <li>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b></li> </ul> <p>Stratégies de soutien aux victimes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b></li> </ul>

	L'évaluation rétrospective d'épisodes personnels peut être biaisée par la suppression, l'enrichissement et éventuellement la falsification de souvenirs. Étude limitée à un seul établissement.
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b></li> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b></li> </ul>

## PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

### Méthodologie

<b>Questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.</b></li> </ul> <p>Voir ci-dessus</p>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b></li> <li>▪ <b>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.).</b></li> </ul> <p>Non, pas défini</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</b></li> </ul> <p>Voir ci-dessus</p>
<b>Sélection des participants ou objet d'étude</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</b></li> </ul> <p>Voir ci-dessus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</b></li> </ul> <p>Voir ci-dessus</p>

<b>Choix des outils de collecte de données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</b></li> </ul> <p>Non.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</b></li> </ul> <p>Voir ci-dessus</p>
<b>Méthode d'analyse des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</b></li> <li>▪ <b>Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</b></li> <li>▪ <b>Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?</b></li> <li>▪ <b>Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</b></li> </ul> <p>Non.</p>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</b></li> <li>▪ <b>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</b></li> </ul> <p>La plupart des professionnels de la santé ont déclaré que les agressions se produisaient lors d'une intervention d'urgence dans le DEA (Département des urgences et de l'accueil) et dans les établissements psychiatriques ou même dans plus d'un endroit, en particulier dans le Département de médecine spécialisée, dans le Département de chirurgie spécialisée et dans la clinique médicale. Les environnements où les attaques se produisent le plus souvent sont multiples, notamment dans le cabinet du médecin, dans la chambre du patient, dans le triage du service des urgences, dans la clinique médicale et dans le couloir. Les activités réalisées au moment de l'agression sont de différentes natures ; cependant, l'activité de soins de santé est la plus importante, suivie de l'acceptation et de l'examen médical. La plupart des professionnels de la santé interrogés ont déclaré que toute période de temps était</p>

à risque d'agression, même si un risque plus élevé d'agression a été signalé pour les travailleurs de nuit et de l'après-midi.

Après avoir subi une agression, plus de la moitié des travailleurs, hommes et femmes confondus (64% hommes contre 48% femmes), n'ont pas signalé la violence qu'ils avaient subie à l'entreprise et moins d'un tiers d'entre eux n'ont informé que verbalement l'établissement dans lequel il/elle travaillait seul(e).

Les raisons pour lesquelles les agents de santé, hommes et femmes, n'ont pas réagi à temps à l'événement agressif ou n'ont pas impliqué l'entreprise ou la police sont les suivantes : l'agression ne semblait pas suffisamment grave pour être signalée, il existait plus d'une raison pour l'absence de signalement et, surtout, le signalement n'était pas considéré comme susceptible d'apporter un bénéfice pratique, y compris en termes de prévention, ou il était considéré uniquement comme un engagement "bureaucratique" excessif, ou il était considéré comme une menace pour la sécurité des patients.

Très peu de travailleurs, hommes et femmes, ont déclaré qu'ils ne savaient pas comment signaler l'agression. Enfin, la majorité des travailleurs n'ont pas signalé la violence qu'ils avaient subie à l'autorité de sécurité publique, de sorte que le phénomène est encore fortement sous-estimé aujourd'hui.

Lors de l'entretien, plus de la moitié des professionnels de santé, hommes et femmes, ont fait état de conséquences multiples sur leur sphère émotionnelle, en particulier les femmes par rapport aux hommes (69 % contre 46 %), ( $p = 0,005$ ) et ceux qui avaient subi divers incidents de violence.

Plusieurs effets sur leur bien-être physique et leur santé, tels que divers troubles physiques, des maux de tête, de l'asthénie et des troubles mentaux. En revanche, les travailleurs masculins ont fait

	<p>état d'hypertension artérielle, de troubles gastro-intestinaux, de maux de dos et de troubles psychiatriques. Enfin, les professionnels de la santé, hommes et femmes, ont signalé des signes d'épuisement professionnel.</p> <p>Une diminution du bien-être physique et mental et une diminution du bien-être mental uniquement étaient plus fréquentes dans le groupe des professionnels ayant le plus d'ancienneté. Parmi le personnel ayant moins d'ancienneté, les troubles tels que les maux de tête, l'asthénie, les problèmes cardiaques et gastro-intestinaux étaient plus fréquents, tandis que parmi le personnel ayant plus d'ancienneté, les symptômes de l'épuisement professionnel ont été détectés (dépersonnalisation, épuisement émotionnel et réduction de l'épanouissement personnel) en plus de la présence d'hypertension artérielle et de troubles gastro-intestinaux.</p>
<p><b>Discussion</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b></li> <li>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?</b></li> </ul> <p>Ces entretiens mettent en évidence la relation directe et linéaire entre la violence et le stress (Di Martino), ainsi que les cas de violence moins grave qui génèrent du stress chez les victimes, avec des effets négatifs durables sur leur santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b></li> </ul> <p>Ces résultats confirment les théories de Karasek et Johnson &amp; Hall sur l'importance de prendre en compte l'autonomie décisionnelle et le soutien sur le lieu de travail pour éviter la tension psychologique et l'insatisfaction professionnelle chez les professionnels de la santé. Comme le souligne Karasek, la première cause de stress est le "facteur humain", en particulier les relations avec les patients et leur famille et les relations avec les collègues. En effet, le manque de communication efficace entre les professionnels de la santé et les patients et les membres de</p>

	<p>leur famille, les conflits entre collègues, le sentiment de n'être ni apprécié par les usagers ni soutenu par les collègues, les préoccupations liées à l'insuffisance des revenus pour couvrir les dépenses de base et celles de la famille, comme le montrent les résultats de l'étude, réduisent l'estime de soi et sapent peu à peu le bien-être du travailleur. Ces données sont en accord avec la théorie de Siegrist qui montre le déséquilibre des efforts et de l'engagement au travail par rapport à la productivité.</p>
<p><b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b> Voir ci-dessus</li> <li>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b> Voir ci-dessus</li> <li>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b> Voir ci-dessus</li> </ul>
<p><b><i>Conclusions</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b> Voir ci-dessus</li> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b> Voir ci-dessus</li> </ul>

## Annexe 2 :

**Factors associated with workplace violence among healthcare workers in an academic medical center. Otachi J. K., Okoli C. T. C. (2022)**

**PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS**
**Identification du titre et du résumé**

<b>Titre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</b> Étude transversale des facteurs associés à la satisfaction et à l'épuisement compassionnel chez les travailleurs de la santé dans un centre médical universitaire</li> <li>▪ <b>Quels sont les thèmes abordés ?</b> Satisfaction compassionnelle (SC), Burn-out (BO), stress traumatique secondaire (STS), fatigue compassionnelle (CF)</li> <li>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b> Oui, aux professionnels de la santé d'un centre médical universitaire</li> </ul>
<b>Auteurs-es</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b> Okoli : professeur en sciences infirmières, Université du Kentucky, USA Seng : doctorante en sciences infirmières, Université du Kentucky, USA Otachi : coordinatrice, Travail Social, Université du Kentucky, USA Higgins : professeur assistant en sciences infirmières, Université du Kentucky, USA Lawrence, Lykins et Bryant : Hôpital UK Healthcare, Kentucky, USA</li> </ul>
<b>Mots-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b> Satisfaction compassionnelle, burn-out, professionnels de la santé</li> </ul>

<p><b>Résumé</b></p>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Objectif : Les objectifs sont d'examiner les différences de CS, BO et STS en fonction de la discipline et du cadre de travail, et d'évaluer les facteurs démographiques, professionnels et comportementaux associés à la CS, BO et STS, ainsi qu'à la STS, en fonction de la discipline et du cadre de travail.</p> <p>Méthodologie : Une enquête électronique a été menée (N = 764). Les questions portaient sur les variables démographiques, le travail, les facteurs liés au comportement et au mode de vie, l'expérience de la violence sur le lieu de travail et l'échelle de la qualité de vie professionnelle.</p> <p>Résultats : Les résultats de l'étude ont montré que les taux de CS, BO et STS varient selon les disciplines de soins de santé et les lieux de travail.</p>
<p><b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b></p>	
<p><b>Pertinence</b></p>	<p>▪ <b>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).</b></p> <p>La CS est associée à plusieurs antécédents (par exemple, percevoir la prestation de soins comme une vocation et développer des relations de soins empathiques) et à des conséquences (par exemple l'amélioration des performances professionnelles). Bien que plusieurs études aient examiné la FC au sein de groupes de prestataires spécifiques, peu d'entre elles ont évalué simultanément cet état parmi des groupes de cliniciens dans différents contextes cliniques. Un tel examen pourrait permettre d'acquérir des connaissances utiles à la prévention et au traitement ciblés de la fatigue compassionnelle, qui tiendraient compte des facteurs propres à la discipline ou au milieu clinique. La compassion peut être définie comme un état contextuel de désir émotionnel de soulager la détresse d'autrui, qui peut survenir après avoir été témoin d'une souffrance (Lopez et al. 2018). Dans le contexte des soins de santé, l'expression de la compassion par le personnel</p>

soignant peut être appréciée par les patients, car elle souligne le rôle désintéressé qui fait partie intégrante de la prestation de soins, nécessaire pour répondre à la souffrance et aux besoins des patients (Sinclair et al. 2017a ; Sinclair et al. 2016a). Toutefois, le concept de compassion dans le contexte des soins de santé n'est pas entièrement compris, des études récentes sur le terme proposant qu'il puisse faire allusion à une attitude, une émotion ou un processus (Perez-Bret et al. 2016). Cette controverse terminologique et définitionnelle est encore plus marquée dans le contexte des soins de santé, où la présence ou l'absence de compassion peut soit soulager, soit être une cause de souffrance (Sinclair et al. 2016b). En conséquence, la satisfaction de la compassion (CS) survient lorsque les professionnels de santé éprouvent un sentiment de gratification en participant à des soins qui peuvent soulager la souffrance des patients (Radey & Figley 2007 ; Sinclair et al. 2016b).

La CS est associée à plusieurs antécédents (par exemple, percevoir la prestation de soins comme une vocation et développer des relations de soins empathiques) et à des conséquences (par exemple, l'amélioration des performances professionnelles), et compétence) qui affectent la qualité des soins aux patients (Sacco & Copel 2018). Pour améliorer la CS parmi les travailleurs de la santé, il est important de faire la différence entre les facteurs partagés et les facteurs spécifiques à une discipline ou à un contexte.

À l'inverse, le burnout (BO) affecte négativement la compassion. Le BO peut être défini comme un état d'épuisement émotionnel accablant, une dépersonnalisation du patient et un sentiment d'insuffisance professionnelle (Hinderer et al. 2014; Wagaman et al. 2015). La BO peut être définie comme un état d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation du patient et de sentiment d'insuffisance professionnelle (Hinderer et al. 2014 ; Wagaman et al. 2015). Récemment, l'Organisation mondiale de la santé a défini

plus clairement la BO dans la Classification internationale des maladies (CIM-11) comme une pathologie professionnelle résultant d'un stress professionnel à long terme mal géré (Organisation mondiale de la santé 2019).

Les données probantes ont établi un lien entre la BO et le stress lié au travail et la lourde charge de travail (Hinderer et al. 2014), les prestataires de soins directs souffrant de taux particulièrement élevés. Par exemple, la prévalence de la BO chez les infirmières d'urgence atteint 82 % (Hooper et al. 2010), et 67 % chez les travailleurs en santé mentale (Shoji et al. 2015). Plus de la moitié des médecins américains présentent une symptomatologie BO importante, en particulier ceux qui travaillent dans des spécialités de première ligne telles que les urgences, la médecine familiale, la médecine interne générale et la neurologie (Shanafelt et al. 2012 ; Shanafelt et al. 2015). La prévalence de la BO a augmenté de 9 % entre 2011 et 2014 chez les médecins, et des taux élevés ont également été signalés chez les infirmières (Dyrbye & Shanafelt 2016 ; Dyrbye et al. 2017 ; Dyrbye et al. 2014). La BO peut indirectement augmenter les dépenses de santé en raison de l'augmentation des taux d'erreurs médicales, des réclamations pour faute professionnelle, de l'absentéisme, de la baisse de la productivité au travail et de la rotation du personnel (Dyrbye et al. 2017 ; Hunsaker et al. 2015).

En outre, un défi pour les soins prodigués avec compassion est l'expérience du stress traumatique secondaire (STS) chez les professionnels de la santé. Les personnes qui prodiguent des soins à des populations traumatisées ont un risque élevé de développer un STS en raison de l'exposition indirecte au traumatisme (Bride 2007 ; Cohen & Collens 2013 ; Kelly et al. 2015). 85 % des infirmières prodiguant des soins à des patients gravement malades endossent un STS élevé (Dominguez-Gomez & Rutledge 2009 ; van Mol et al. 2015). Les symptômes du STS comprennent l'irritabilité, le désespoir, l'incapacité à se concentrer, la colère, les pensées perturbatrices, les troubles du sommeil, l'évitement des clients ou

	<p>des autres, et les troubles physiques (Hinderer et al. 2014 ; Wagaman et al. 2015).</p> <p>Une conséquence souvent citée de la BO et de la STS est la fatigue compassionnelle (CF). En ce qui concerne le BO et le STS, le CF a été décrit comme une combinaison de BO et de STS au fil du temps, conduisant à la perte de la capacité à nourrir à partir d'un contact prolongé, continu et intense avec des patients et des familles subissant des événements de vie stressants (Cocker &amp; Joss 2016 ; Hinderer et al. 2014 ; Kelly et al. 2015). Une étude comparative de 114 infirmières de services d'urgence et d'autres spécialités a révélé qu'environ 86 % d'entre elles présentaient des niveaux modérés à élevés de CF (Hooper et al. 2010). La CF peut avoir un impact sur les normes de soins en raison de son association avec les symptômes dépressifs, les troubles anxieux, l'apathie, le détachement, la baisse de moral, l'absentéisme et la diminution du rendement au travail des travailleurs de la santé (Boyle 2015 ; Cocker &amp; Joss 2016 ; Hunsaker et al. 2015).</p>
<b><i>Objectifs/questions de recherche</i></b>	<p>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></p> <p>Objectifs : 1. Examiner les différences en matière de CS, BO et STS en fonction de la discipline et du cadre de travail, et 2. Évaluer les facteurs démographiques, professionnels et comportementaux associés aux CS, BO et STS</p>
<b><i>Principaux concepts théoriques</i></b>	<p>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b></p> <p>Fatigue compassionnelle, Burn-Out, Satisfaction compassionnelle, Stress traumatique secondaire</p>

## PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

### Méthodologie

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

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

Oui : Variables démographiques (âge, sexe, orientation sexuelle, niveau d'éducation, état civil, enfants qui vivent avec les participants)

Variables liées au travail (discipline, cadre du service primaire, équipe de travail, durée d'une journée type, durée de travail sur site, durée de pratique dans la discipline)

Variables comportements et mode de vie (consommation de tabac, exposition perçue à la fumée de tabac secondaire, la consommation d'alcool, le nombre moyen d'heures de sommeil, la qualité du sommeil, le nombre de jours d'activité physique de 30 minutes, le fait que le participant ait reçu un diagnostic de santé mentale et traitement psychologique professionnel contre les traumatismes, Variables témoin ou victime (déjà été témoins ou victimes).

- **Quels sont les buts *et/ou* questions *et/ou* objectifs de recherche ?**

Examiner la FC simultanément parmi des groupes de cliniciens dans différents contextes cliniques ; explorer les facteurs liés aux expériences de CS, BO et STS chez les travailleurs de la santé ; comprendre les principaux facteurs comportementaux et organisationnels (par opposition aux facteurs interpersonnels) affectant les CS, BO et STS.

- ***Si applicable* : quelles sont les hypothèses de recherche ?**

#### ***Devis***

- **Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?**

Oui, devis transversal

- ***Si applicable* : préciser la procédure expérimentale**

	<p>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</b></p> <p>La participation à l'enquête était anonyme. Une page de garde expliquant les objectifs et les procédures de l'étude a été envoyée avec l'enquête électronique. Lorsque les participants potentiels ont reconnu leur volonté de participer à l'étude (c'est-à-dire le consentement éclairé), ils ont été dirigés vers un lien leur permettant de remplir l'enquête. Les participants ont été informés qu'ils pouvaient sauter toutes les questions auxquelles ils ne se sentaient pas à l'aise de répondre. La participation était donc entièrement volontaire.</p>
<p><b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b></p>	<p>▪ <b>Quelle est la population visée ?</b></p> <p>Personnel soignant d'un grand centre médical universitaire du sud-est des États-Unis, travaillant dans l'un des six collèges de sciences de la santé ou dans les quatre systèmes hospitaliers intégrés</p> <p>▪ <b>Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</b></p> <p>Des invitations ont été envoyées par l'intermédiaire de listes de diffusion électroniques gérées par différents administrateurs d'hôpitaux au sein du centre médical universitaire. Ils ont ensuite été dirigés vers un lien leur permettant de remplir l'enquête.</p> <p>▪ <b>Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</b></p> <p>Les critères d'inclusion pour la participation à l'enquête étaient les suivants : (i) être employé à temps plein ou à temps partiel, (ii) être impliqué dans les soins aux patients, et (iii) être âgé de 18 ans ou plus. Les critères d'exclusion étaient les personnes incapables de lire ou d'écrire en anglais</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</b></li> </ul> <p>Basé sur le volontariat ; Sur les 1 006 personnes qui ont répondu à l'enquête, 764 (75,9 %) ont fourni des réponses aux principales variables de résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><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 ?</b></li> </ul> <p>Non.</p>
<b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les instruments de mesure ?</b></li> </ul> <p>Pas d'instrument de mesure pour la collecte d'information, mais l'utilisation de Qualtrics</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).</b></li> </ul> <p>Non.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</b></li> </ul> <p>Une fois de novembre 2018 à avril 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</b></li> </ul>
<b><i>Interventions programmes applicables</i></b> <b><i>ou (si applicable)</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</b></li> <li>▪ <b>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</b></li> </ul>
<b><i>Méthode d'analyse des données</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</b></li> </ul>

	Statistiques descriptives Analyse de variance Trois analyses de régression linéaire hiérarchique multivariées
<b>Résultats</b>	<p>▪ <b>Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?</b></p> <p>L'échantillon était principalement composé de femmes (84,4%), hétérosexuelles (92,4%), âgées de moins de 36 ans (56,8%), mariées (57,7%), n'ayant pas d'enfants vivant avec elles (56,2%) et titulaires d'un diplôme universitaire ou supérieur (88,9%). La majorité d'entre elles étaient des infirmières (43,1 %) travaillant dans des services de médecine générale (27,4 %) et s'occupaient de populations adultes (73,8 %) dans des établissements hospitaliers (82,9 %). La plupart travaillaient en équipe de jour (72,1%) pendant 10 heures ou plus (63,9%) et avaient travaillé plus d'un an dans leur lieu de travail spécifique (71,5%) et dans leur discipline (83,3%). Près de la moitié de l'échantillon a déclaré dormir moins de 7 heures par nuit (48,4 %). Peu de participants consomment actuellement des produits du tabac (11,5 %) et, dans l'ensemble, ils se sont déclarés peu exposés à la fumée de tabac secondaire (<math>M = 2,0</math>, <math>ET = 2,4</math>), mais la majorité d'entre eux ont déjà consommé de l'alcool (93,4 %). En moyenne, les participants faisaient 3,1 (écart-type = 1,9) jours d'exercice de 30 minutes ou plus par semaine et estimaient que la qualité de leur sommeil était modeste. Près d'un quart des participants ont déclaré avoir été diagnostiqués avec un problème de santé comportementale et avoir reçu un traitement pour un traumatisme psychologique. Près de la moitié ont déclaré avoir été témoins de violence sur le lieu de travail et environ un tiers a subi une telle violence.</p> <p>▪ <b>Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?</b></p> <p>Sur les 1 006 personnes qui ont répondu à l'enquête, 764 (75,9 %) ont fourni des réponses aux principales variables de résultats</p>

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

Différences de CS, BO et STS selon la discipline et le lieu de travail : La STS était négativement corrélée à la CS ( $P < 0,0001$ ), mais positivement et modestement corrélée à la BO ( $P < 0,0001$ ), tandis que la BO était négativement et modestement associée à la CS ( $P < 0,0001$ ). En outre, bien que les scores de CS et BO ne varient pas en fonction de la discipline, il existe des différences significatives au niveau du STS ( $F[6,757]=3,01$ ,  $P=0,007$ ), le travail social/psychologie affichant les scores les plus élevés ( $M = 24,8$ ,  $SD = 6,4$ ). En fonction du cadre de service, toutefois, des différences significatives ont été observées en matière de CS ( $P = 0,001$ ), de BO ( $P = 0,015$ ) et de STS ( $P < 0,0001$ ).

Facteurs associés à la SC : le fait d'être une femme ( $P < 0,0001$ ) et de déclarer une meilleure qualité moyenne de sommeil ( $p < 0,0001$ ) étant associé à des scores de CS plus élevés, mais le fait de travailler avec des populations adultes ( $P < 0,0001$ ) et d'être victime de violence sur le lieu de travail ( $P < 0,0001$ ) étant associé à des scores de CS plus faibles.

Facteurs associés au BO : Le fait d'être un travailleur social/psychologue ( $p < 0,0003$ ), de travailler avec une population adulte ( $0,0001$ ), d'avoir une journée de travail plus longue ( $p < 0,0002$ ), d'avoir consommé de l'alcool au cours des 7 derniers jours ( $p < 0,023$ ), d'avoir un diagnostic autodéclaré de santé mentale ( $p < 0,002$ ) et d'avoir été victime de violence au travail ( $P < 0,0001$ ) était associé à des scores de BO plus élevés, tandis que le fait d'être âgé de 51 ans ou plus ( $p < 0,011$ ) et de déclarer une bonne qualité moyenne de sommeil ( $p < 0,0001$ ) était associé à des scores de BO plus faibles.

Facteurs associés au STS : le fait d'être un travailleur social/psychologue ( $p < 0,013$ ), de percevoir une plus grande exposition à la fumée secondaire ( $p < 0,031$ ), d'avoir déjà été traité pour un traumatisme ( $0,012$ ) et d'avoir été témoin ou

	<p>victime de violence sur le lieu de travail (<math>p &lt; 0.001</math> et <math>p &lt; 0.003</math>) était associé à des scores STS plus élevés, mais le fait d'être plus âgé (<math>p &lt; 0.0001</math>), de déclarer une bonne qualité moyenne de sommeil (<math>p &lt; 0.0001</math>) et de consommer actuellement du tabac (<math>p &lt; 0.003</math>) était associé à des scores STS plus faibles.</p> <p>▪ <b>Quels sont les autres résultats importants ?</b></p> <p>Les services d'urgence ont les scores les plus bas en CS (<math>M = 36,6</math>, <math>SD = 7,0</math>) et les scores les plus élevés en BO (<math>M = 25,5</math>, <math>SD = 6,7</math>) et STS (<math>M = 24,7</math>, <math>SD = 7,0</math>).</p>
<b>Discussion</b>	<p>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b> Non.</p> <p>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</b></p> <p>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b></p>
<b>Recommandations &amp; suggestions</b>	<p>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b></p> <p>Compte tenu de la demande accrue de personnel de santé dans un contexte de pénurie mondiale (Liu et al. 2017), il est important de comprendre les facteurs associés à l'alcoolisme chez les travailleurs de la santé afin de mettre en œuvre des interventions préventives.</p> <p>Ces premiers résultats pourraient servir de pistes pour de futures recherches sur les facteurs spécifiques à une discipline ou à un cadre de travail associés à la CS, à la BO et à la STS chez les travailleurs de la santé. Les résultats de ces études peuvent être importants pour orienter la politique et les pratiques sur le lieu de travail afin d'améliorer la santé et la sécurité des travailleurs de la santé.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b></li> </ul> <p>Les organisations de soins de santé doivent élaborer des stratégies pour mettre en place des pratiques fondées sur des données probantes autour de la sensibilisation à la BO et à la STS, de la réduction de la violence au travail, de l'amélioration du débriefing après des événements professionnels stressants, de la promotion de l'autosoin, de la résilience, de l'adaptation et d'un sentiment de communauté parmi tous les travailleurs de l'équipe de soins de santé. Garantir des environnements de travail sûrs et soutenir les pratiques d'autosoins des travailleurs peut améliorer la CS des employés tout en réduisant la BO et la STS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b></li> </ul> <p>Cette étude étant basée sur une analyse transversale, aucun lien de causalité ne peut être établi entre les variables. Deuxièmement, comme il s'agit d'un échantillon de convenance d'environ 10 % de l'ensemble du personnel de santé du centre médical universitaire, nos résultats peuvent ne pas être généralisables au centre médical universitaire dans lequel l'étude a été menée ou à d'autres contextes. En outre, plusieurs variables susceptibles d'être associées aux principaux résultats n'ont pas été incluses dans le questionnaire (par exemple, des facteurs interpersonnels tels que l'empathie, la résilience ou l'état de santé mentale).</p>
<p><b>Conclusions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b> Voir ci-dessous</li> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b></li> </ul> <p>il a été constaté que la CS, la BO et la STS différaient selon la discipline du prestataire de soins et l'environnement dans lequel il travaillait. Les prestataires de soins de santé présentant les</p>

	<p>scores les plus faibles en matière de CS et les plus élevés en matière de BO et de STS étaient des travailleurs sociaux/psychologues ; et le cadre de travail d'où provenaient les scores les plus élevés en matière de BO et de STS comprenait les services d'urgence. En outre, les analyses de régression hiérarchique ont révélé que la qualité du sommeil et l'expérience de la violence sur le lieu de travail sont des variables comportementales et professionnelles associées à une diminution de la CS et à une augmentation de la BO et de la STS chez les travailleurs de la santé.</p>
--	--

### Annexe 3 :

**The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and professional quality of life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Center. Copeland D., Henry M. (2018)**

## PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

### Identification du titre et du résumé

#### *Titre*

- **Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).**

La relation entre la violence au travail, les perceptions de la sécurité et la qualité de vie professionnelle parmi les membres du personnel du service des urgences dans un centre de traumatologie de niveau 1

- **Quels sont les thèmes abordés ?**

Violence au travail, qualité de vie professionnelle, fatigue compassionnelle, stress traumatique secondaire, satisfaction compassionnelle

	<p>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b></p> <p>Oui, les membres du personnel du service des urgences d'un centre de traumatologie de niveau 1</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <p>Darcy Copeland (Dr en sciences infirmières, professeur associé à l'Université du Colorado, USA) et Melissa Henry (Directrice et professeure en sciences infirmières à l'université du Colorado, USA)</p>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p> <p>Violence sur le lieu de travail, épuisement professionnel, stress traumatique secondaire, satisfaction compassionnelle, fatigue compassionnelle, qualité de vie professionnelle, service des urgences, sécurité sur le lieu de travail</p>
<b>Résumé</b>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Objectifs : examiner les relations entre l'exposition à la violence au travail, la tolérance à la violence, les attentes en matière de violence, les perceptions de la sécurité sur le lieu de travail et la qualité de vie professionnelle (satisfaction compassionnelle (CS) – burn-out (BO) – stress traumatique secondaire (STS) parmi les membres du personnel d'un département d'urgence</p> <p>Méthodologie : enquête transversale</p> <p>Résultats : Les trois dimensions de la qualité de vie professionnelle ont été associées à l'exposition à la violence non physique des patients, notamment : menaces générales (CS, BO, STS), injures (CS, BO, STS) et menaces de poursuites judiciaires (CS, BO, STS). La tolérance à la violence était associée à BO et CS ; la perception de la sécurité était associée à BO.</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b>Pertinence</b>	<p>▪ <b>La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou</b></p>

**des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).**

La violence sur le lieu de travail dans les établissements de santé est un problème important, en particulier dans des environnements tels que les services d'urgence et il est bien établi que les patients sont en grande majorité les auteurs des actes de violence.

Les effets psychologiques à court et à long terme de l'exposition à la violence au travail ont également été identifiés. Ces effets psychologiques sont principalement associés à l'exposition à des formes non physiques de violence au travail comme les menaces et le harcèlement.

94 % des infirmières d'urgence ayant subi des violences sur leur lieu de travail ont présenté des symptômes de stress post-traumatique.

L'exposition à la violence sur le lieu de travail au cours de l'année précédente était un facteur prédictif significatif des composantes physiques et mentales de la qualité de vie chez les infirmières et les médecins.

Non seulement l'exposition à la violence au travail peut avoir des séquelles physiques et/ou psychologiques, mais elle peut également avoir un impact sur les questions relatives à la main-d'œuvre, notamment le maintien en poste et la productivité.

Les infirmières des urgences n'ont pas envisagé de quitter leur service en raison de la violence sur le lieu de travail, mais certaines ont fait part de leur désir de travailler dans des environnements où les risques d'exposition à la violence sont moindres.

	L'exposition à la violence sur le lieu de travail était significativement corrélée à l'épuisement professionnel
<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<p>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></p> <p>Évaluer la relation la relation entre l'exposition à la violence sur le lieu de travail, la tolérance à la violence, les perceptions de la sécurité sur le lieu de travail, la satisfaction compassionnelle et la tolérance à l'égard de la violence sur le lieu de travail.</p>
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<p>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b></p> <p>Satisfaction compassionnelle, fatigue compassionnelle, burn-out, stress traumatique secondaire, violence</p>

## PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

### Méthodologie

<b>Questions de recherche</b>	<p>▪ <b>Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?</b></p> <p>Oui elles sont bien définies : genre, âge, poste occupé, rôle, nombre d'années de travail, tolérance à la violence, attentes en matière de violence au travail, perception de la sécurité et exposition à la violence</p> <p>▪ <b>Quels sont les buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche ?</b></p> <p>Évaluer la relation la relation entre l'exposition à la violence sur le lieu de travail, la tolérance à la violence, les perceptions de la sécurité sur le lieu de travail, la satisfaction compassionnelle et la tolérance à l'égard de la violence sur le lieu de travail.</p>
<b>Devis</b>	<p>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b></p> <p>▪ <b><i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</b></li> </ul>
<b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la population visée ?</b> Membres du personnel du service des urgences d'un centre de traumatologie de niveau 1</li> <li>▪ <b>Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</b> Courriel envoyé à tous les membres du personnel du service des urgences décrivant l'étude et les invitant à participer. Un lien vers une enquête anonyme en ligne était inclus dans le message.</li> <li>▪ <b>Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</b> Inclusion : faire partie du personnel du service des urgences</li> <li>▪ <b>Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</b> 147 personnes ayant accepté de répondre à l'enquête</li> </ul>
<b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les instruments de mesure ?</b> Echelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL)</li> <li>▪ <b>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ?</b></li> <li>▪ <b>Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).</b> Oui, échelle de Likert en 6 points et se compose de trois sous-échelles conçues pour mesurer les trois dimensions de la qualité de vie professionnelle (ProQOL) : Traumatisme secondaire (STS), Burnout (BO), et Satisfaction compassionnelle (CS)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</b></li> </ul> <p>Une fois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</b></li> </ul> <p>Variables dépendantes : tolérance à la violence, attentes en matière de violence au travail, perception de la sécurité, exposition à la violence</p> <p>Variables indépendantes : Genre, âge, poste occupé, rôle, nombre d'années de travail</p>
<b><i>Interventions programmes applicable)</i></b>	<b><i>ou (si</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</b></li> <li>▪ <b>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</b></li> </ul>
<b><i>Méthode d'analyse des données</i></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</b></li> </ul> <p>L'analyse des données a été réalisée à l'aide de SPSS version 23. Des statistiques de fréquence et de description ont été calculées pour décrire les données démographiques catégorielles. Des tests t sur des échantillons indépendants ou des tests U de Mann Whitney (groupes inégaux) ont été effectués pour analyser les différences entre deux groupes. L'ANOVA a été utilisée pour identifier les différences entre les groupes et l'analyse post hoc a été effectuée à l'aide de la correction HSD de Tukey lorsque la taille des échantillons était égale et le GT2 de Hochberg lorsque la taille des échantillons était inégale. Le chi-carré pour l'indépendance et les tests exacts de Fischer (FET) ont été effectués pour analyser les données catégorielles. Les analyses du chi-carré qui comportaient &gt; 20 % de cellules dont le nombre attendu était &lt; 5 ont été analysées par les tests exacts de Fischer (FET). Les résidus ajustés (AR) ont été examinés pour déterminer les catégories avec</p>

	différences significatives entre les chiffres observés et les chiffres attendus. Des valeurs $< -2$ ou $> +2$ ont été utilisées comme seuils pour déterminer les associations significatives pour les cellules individuelles
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?</b> Néant</li> <li>▪ <b>Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?</b> Néant</li> <li>▪ <b>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p \leq 0,05</math>) ?</b></li> </ul> <p>Les hommes ont déclaré une BO plus élevée que les femmes (<math>p = 0.029</math>). L'âge a un effet sur la CS (<math>p = 0.02</math>) : les participants âgés de plus de 51 ans présentent une CS plus élevée que les autres participants (<math>p = 0.047</math>). Les participants ayant plus de 51 ans présentent une BO inférieure à ceux de tous les autres participants (<math>p = 0.025</math>). Le rôle a cependant un impact sur la CS (<math>p = 0.004</math>). Notamment, le fait d'être infirmière (<math>p = 0.041</math>) et les prestataires (médecins, assistants médicaux) (<math>p = 0.035</math>) avaient une BO plus élevée que le personnel auxiliaire (techniciens par exemple). Les prestataires (<math>p = 0.014</math>) ont également une CS plus faible que le personnel auxiliaire.</p> <p>Le nombre d'années de travail en tant qu'infirmière a eu un effet sur CS (<math>p = 0.036</math>), BO (<math>p = 0.003</math>), et STS (<math>p = 0.003</math>). Les personnes ayant 21 ans ou plus d'expérience ont déclaré un BO inférieur à celui de tous les autres groupes (<math>p = 0.004</math>), moins de STS que tout autre groupe (<math>p = 0.002</math>) et un CS plus élevé que ceux ayant 5-10 ans (<math>p = 0.054</math>) et 11-20 ans d'expérience (<math>p = 0.052</math>). La CS est plus élevée chez les personnes ayant déclaré avoir une tolérance à la violence élevée (0.001). Le BO était plus faible chez ceux qui ont déclaré que leur tolérance à la violence était plus élevée que celle de leurs collègues (<math>p = 0,004</math>). Toutefois, le BO était significativement plus élevé chez les participants ayant déclaré ne pas se sentir en sécurité au</p>

travail (Mann-Whitney U  $p = 0.018$ ). L'exposition à la violence, quelle qu'elle soit, a conduit à des niveaux plus élevés de BO ( $p = 0.006$ ) et STS ( $p = 0.049$ ). La satisfaction compassionnelle était plus faible chez les travailleurs de la santé exposés aux comportements violents de la part des patients : menaces générales ( $p = 0.012$ ), crachats ( $p = 0.008$ ), appel du nom ( $p = 0.041$ ), menaces de poursuites judiciaires ( $p = 0.001$ ) et violence verbale de la part des membres de la famille ( $p = 0.003$ ). L'épuisement professionnel était plus élevé chez les travailleurs de la santé exposés aux comportements violents suivants de la part des patients : violence verbale ( $p = 0.005$ ), menaces générales ( $p = 0.001$ ), insinuations sexuelles ( $p = 0.001$ ), crachats ( $p = 0.001$ ), insultes ( $p = 0.001$ ) et la menace de poursuites judiciaires ( $p = 0.001$ ). La BO est également plus élevée chez les travailleurs de la santé exposés à la violence de la part des membres de la famille dans des contextes de : violence verbale ( $p = 0.003$ ), appel du nom ( $p = 0.003$ ) et la menace de poursuites judiciaires ( $p = 0.02$ ). STS est plus élevé chez les professionnels de la santé qui sont exposés aux comportements violents suivants de la part des patients : menaces générales ( $p = 0.035$ ), insinuations sexuelles ( $p = 0.011$ ), crachats ( $p = 0.02$ ), injures ( $p = 0.018$ ) et menaces de plaintes judiciaires ( $p = 0.02$ ). Elle est également plus élevée lorsque les professionnels sont exposés aux violences de la part des membres de la famille face à : insinuations sexuelles ( $p = 0.006$ ) et injures ( $p = 0.013$ ). La satisfaction compassionnelle influence la déclaration d'événements violents ( $p = 0.003$ ) : ceux qui avaient signalé certains des incidents montraient des niveaux de CS inférieurs à ceux qui n'avaient signalé aucun des incidents ( $p = 0,003$ ).

▪ **Quels sont les autres résultats importants ?**

Aucune différence n'a été constatée entre les hommes et les femmes au niveau de la CS ; Le poste occupé n'a pas d'effet sur la CS, la BO ou la STS. Il n'y a pas de différence significative

	entre les travailleurs des services d'urgence qui ont déclaré que la violence faisait partie de leur travail dans les catégories BO, STS ou CS. La plupart des participants se sentaient en sécurité au travail (n = 142, 99%) et il n'y avait pas de différences significatives dans le CS, ni dans le STS entre ceux qui se sentent en sécurité et ceux qui ne le sont pas.
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b></li> </ul> <p>Les trois dimensions du ProQOL ont été associées de manière significative à l'exposition à la violence. En particulier, les trois dimensions étaient associées aux menaces de la part du patient, aux injures et aux menaces de poursuites judiciaires. les insinuations sexuelles de toute origine, les menaces du patient, en général et en cas de procès, les injures des membres de la famille ou des visiteurs, ainsi que la violence verbale, étaient prédictives de la qualité de vie professionnelle dans cet échantillon. Il est intéressant de noter que le crachat est le seul acte physique associé aux trois dimensions de la QDV et qu'aucun acte physique n'est prédictif de la QDV. Cela reflète des résultats antérieurs dans lesquels l'exposition à des formes non physiques de violence sur le lieu de travail était associée à des effets psychologiques délétères.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</b></li> <li>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b></li> </ul> <p>L'exposition à des formes non physiques de violence au travail a été associée à des effets psychologiques délétères</p>
<b>Recommandations &amp; suggestions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b></li> </ul>

Des soins pastoraux, des services de santé au travail ou un programme d'aide aux employés, des débriefings formels ou informels et d'autres occasions pour l'employé concerné de parler, de guérir et de recevoir le soutien dont il a besoin.

En ce qui concerne les infirmières de cet échantillon, il est intéressant de souligner que celles qui ont le plus d'expérience font état d'une plus grande satisfaction compassionnelle, d'un moindre épuisement professionnel et d'un stress traumatique secondaire que celles qui ont le moins d'expérience.

Avec moins d'expérience. Des résultats similaires ont été rapportés précédemment

▪ **De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?**

Les résultats de l'étude de l'exposition à la violence non physique pourraient indiquer que la fréquence de l'exposition est plus préjudiciable que la gravité de l'exposition, ou que ces réponses sont efficaces pour atténuer les effets négatifs de la violence non physique sur la santé et l'environnement.

Les séquelles psychologiques de l'exposition à la violence au travail. Quoi qu'il en soit, il est évident que les modes de réponse doivent changer pour mieux refléter les besoins des travailleurs de la santé exposés à la violence.

L'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) recommande les stratégies de prévention environnementales et organisationnelles suivantes : détecteurs de métaux, accès contrôlé, séparation physique, caméras, éclairage adéquat, dispositifs anti-panique, etc., des boutons, des postes de travail adéquats, des temps d'attente courts, une présence de la sécurité des politiques et des systèmes de prévention et d'intervention. La mise en œuvre de tels changements physiques et organisationnels peut accroître le sentiment de

	<p>sécurité des employés, soit directement, soit indirectement par le biais de la perception que la sécurité est importante pour les dirigeants du département.</p> <p>Caractéristiques des patients comme facteurs de risque de violence : accès aux armes à feu, consommation de substances, stress, douleur, troubles cognitifs, altération de l'état mental et antécédents de violence. Les personnes qui se rendent au service des urgences pour y recevoir des soins répondent à un ou plusieurs de ces critères =&gt; nécessité d'organiser des formations de résolution de conflits, désescalade verbale, sensibilisation aux dangers (stratégies de prévention organisationnelles mais aussi personnelles en changeant d'état d'esprit : "la violence n'est pas acceptable et ne doit pas être tolérée" à "certains patients vont être violents et voici comment nous pouvons nous y préparer et les prévenir".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b></li> </ul> <p>La généralisation de cette étude est limitée par l'inclusion de membres du personnel d'un seul centre de traumatologie et par l'utilisation d'un questionnaire d'auto-évaluation qui est sujet à des biais de réponse. L'étude est également limitée dans la mesure où elle ne recueille des informations qu'auprès des participants à un moment donné, au lieu d'explorer ces phénomènes à long terme.</p>
<p><b>Conclusions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b></li> </ul> <p>Ces résultats suggèrent que si l'exposition à la violence est réduite, ou peut-être si les réponses organisationnelles à la violence non physique s'alignent sur les réponses à la violence physique, la satisfaction de la compassion augmentera et la fatigue de la compassion diminuera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b></li> </ul>

	<p>La réduction de l'exposition à la violence sur le lieu de travail doit rester un objectif dans les environnements de soins de santé. Toutefois, cet objectif ne peut pas être le seul. Le fait que l'exposition à des formes non physiques de violence soit plus susceptible d'entraîner une symptomatologie psychologique a des implications importantes. Un deuxième objectif doit être de mener davantage de recherches pour comprendre cette relation. Enfin, et c'est peut-être le plus important, un autre objectif doit être d'accorder une plus grande attention aux victimes de violence non physique et de mettre en place des systèmes de réponse à leur intention. Il a été démontré que le soutien du manager en général est un facteur prédictif de la qualité de vie des employés (ProQOL) [17]. Il est clair que les victimes de violence non physique ne reçoivent pas les services de soutien dont elles ont besoin, et les cadres et autres dirigeants de l'organisation peuvent contribuer à changer cette situation.</p>
--	--

#### Annexe 4 :

#### Violence Against Nurses in the Triage Area: A Mixed-Methods Study. Ferri P. et al. (2020)

#### PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

##### Identification du titre et du résumé

##### *Titre*

- **Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).**

La violence contre les infirmières dans la zone de triage : Une étude à méthodes mixtes

- **Quels sont les thèmes abordés ?**

	<p>Violence au travail, service d'urgence</p> <p>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b></p> <p>Oui, le titre réfère à une population pertinente : infirmières qui dispensent des soins en zone de triage, service d'urgence</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <p>Paola Ferri : professeur associé en soins infirmiers au département des sciences biomédicales, métaboliques et neurales de l'université de Modène et Reggio Emilia</p> <p>Serena Stifani : étudiante en doctorat de pratique infirmière, Bachelor of Science in Nursing, Département des sciences biomédicales, métaboliques et neurales, Université de Modène et Reggio Emilia</p> <p>Angela Accoto : Angela Accoto est infirmière de la fondation Pia Casa Sant'Anna e Santa Luigia, Modène, Italie</p> <p>Loris Bonnetti : infirmier-chercheur, Unité de recherche et de développement en soins infirmiers, Institut d'oncologie de la Suisse à Belinzone</p> <p>Ivan Rubbi : Ivan Rubbi est maître de conférences associées au département de médecine expérimentale, diagnostique et spécialisée de l'université de Bologne, à Ravenne, en Italie</p> <p>Rosaria Di Lorenzo : médecin psychiatre, département de santé mentale et de toxicomanie, centre de traitement intensif psychiatrique, Modène, Italie</p>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p> <p>Service des urgences, Agression sur le lieu de travail, Violence sur le lieu de travail, Infirmières des urgences</p>
<b>Résumé</b>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Objectif : mieux comprendre la violence au travail vécue par les infirmières de triage.</p>

	<p>Méthodologie : Conception mixte entre étude qualitative phénoménologique et approche quantitative transversale</p> <p>Résultats : quatre thèmes principaux ont émergé de l'analyse : les facteurs favorisant de la VLT au triage, la violence est une partie intrinsèque du triage, les conséquences personnelles et professionnelles de la VLT et les solutions pour prévenir et gérer la VLT</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b><i>Pertinence</i></b>	<p>▪ <b>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).</b></p> <p>A l'heure actuelle, diverses études démontrent les VLT en milieu hospitalier, mais très peu de recherches sont axées sur la zone de triage. En somme, la littérature, à ce jour, ne présente qu'une vue partielle des expériences des infirmiers-ères qui travaillent en contexte hospitalier et plus précisément, en zone de triage. La notion de violence envers le personnel soignant est un fait. D'ailleurs, une prévention à l'encontre de ce phénomène a été mis en place par le ministère italien. De plus, la littérature existante n'identifie pas les problèmes organisationnels et environnementaux critiques de ce milieu. En effet, ce dernier est caractérisé par les activités de « front office » des infirmiers-ères et les temps d'attente des patients et de leurs proches. Les faits démontrent qu'elles sont le plus susceptibles de subir un épisode de violence.</p> <p>En termes de recension des écrits, qui est un processus qui permet d'inventorier ce qui a été publié jusqu'à maintenant sur le sujet de manière à en établir l'état de connaissance, plusieurs études établissent l'état de la question (Fortin &amp; Gagnon, 2016). Selon Liu &amp; al. (2019), la violence au travail (VLT) à l'encontre des travailleurs de la santé est considérée comme un grave problème professionnel dans le monde entier. Morphet, Griffiths,</p>

	<p>Beattie, Velasquez Reyes &amp; Innes (2018) démontrent que l'incidence réelle de la VLT dans les établissements de santé est difficile à estimer en raison de la sous-déclaration importante des incidents violents, en particulier lorsqu'il n'y a pas eu de blessure physique. La VLT constitue un risque sérieux pour la sécurité et le bien-être des patients et des professionnels de la santé (Edward, Ousey &amp; Warelou, 2014). Bien qu'en 2007, le ministère italien de la Santé ait émis une recommandation visant à prévenir la violence contre les travailleurs de la santé, la plupart des études menées dans le contexte italien des soins de santé confirment que la VLT représente aujourd'hui un phénomène important et fréquent (Ferri, Reggiani &amp; Di Lorenzo, 2011). Dans un service d'urgences où les taux d'agression sont relativement élevés, la zone de triage a été identifiée comme un cadre où ce risque est plus élevé que dans tout autre service de santé (Ferri &amp; al., 2011). De nombreux facteurs de risque de violence sont signalés dans le service des urgences : personnel inadéquat, manque d'intimité, encombrement, manque de compétences pour gérer la violence, communication inadéquate et disponibilité d'équipements non sécurisés qui peuvent potentiellement être utilisés comme arme (Cannavò, La Torre, Sestili, La Torre &amp; Fioravanti, 2019 ; Ramacciati &amp; al., 2016).</p>
<b><i>Objectifs/questions de recherche</i></b>	<p>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></p> <p>Mieux comprendre la violence au travail vécue par les infirmières de triage</p>
<b><i>Principaux concepts théoriques</i></b>	<p>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b></p> <p>Violence au travail, Infirmières des services d'urgence, Santé des professionnels de la santé</p>

## PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

### Méthodologie

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

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

L'équivalent italien du « VIF » résume les principaux aspects d'un incident violent, les caractéristiques de l'agresseur ainsi que les caractéristiques de la victime. Les composantes importantes sont donc bien définies : Les caractéristiques de l'agresseur, Les caractéristiques de l'agressé, Les caractéristiques de la VLT

- **Quels sont les buts *et/ou* questions *et/ou* objectifs de recherche ?**

Les questions de recherches ne sont pas déterminées, mais les chercheurs mettent en avant plusieurs objectifs, notamment : d'enquêter sur l'épisode le plus significatif de violence physique et/ou verbale subi par les infirmiers-ères travaillant dans une zone de triage au cours de l'année précédente, d'analyser l'association entre les épisodes violents et les variables sélectionnées

- ***Si applicable* : quelles sont les hypothèses de recherche ?**

#### ***Devis***

- **Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?**

Devis séquentiel explicatif ; Le devis est partiellement détaillé, expliquant que les chercheurs utilisent des statistiques descriptives décrire les caractéristiques des participants et des incidents violents, ainsi que l'utilisation d'une analyse bivariée. Dans l'analyse, les tests exacts de Fisher ont été utilisés pour évaluer les associations entre les incidents violents et les caractéristiques de l'agresseur pour la violence physique et verbale et le sexe de l'infirmière.  $P < 0,05$  a été accepté comme statistiquement significatif dans toutes les analyses.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</b></li> <li>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ?</b></li> </ul> <p><b>Argumenter la réponse.</b></p> <p>La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique local et a été menée selon les principes de la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale (1964). Chaque participant a reçu des informations orales et écrites sur l'étude et l'auteur du sujet de recherche, et un consentement signé a ensuite été obtenu. La participation à l'étude n'a eu aucun impact sur les situations de travail des infirmières et n'a impliqué aucun avantage ou incitation. Les participants ont été assurés de la confidentialité des données, et il a été clairement indiqué qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment. Les données des infirmières ont été dépersonnalisées après leur transcription et les infirmières ont été encouragées à préserver la confidentialité des discussions des groupes de discussion</p>
<p><b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la population visée ?</b></li> </ul> <p>La population visée est « les infirmiers-ères d'un service d'urgence travaillant en zone de triage ».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</b></li> </ul> <p>27 participants d'un service d'urgence du Nord de l'Italie à qui l'on a demandé s'ils acceptaient de participer à l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</b></li> </ul> <p>Non.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</b></li> </ul> <p>Néant</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><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 ?</b> Non</li> </ul>
<b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les instruments de mesure ?</b> Questionnaire « VIF »</li> <li>▪ <b>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).</b> Non</li> <li>▪ <b>De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</b></li> </ul> <p>Questionnaire administré 1x à tous les participants avant d'être scellés.</p> <p>Pour la collecte de données, les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon et les caractéristiques de l'incident violent (Ferri &amp; al., 2020 ; Voirol, 2021). Un équivalent du questionnaire, le « Violent Incident Form », a été administré à 27 participants afin de détecter le pire épisode de VLT physique et/ou verbale subi au cours des 12 mois précédents (Arnetz, 1998). Il contient 18 items composés de réponses binaires et de choix multiples (Appendice n°1). L'équivalent italien résume les principaux aspects d'un incident violent, les caractéristiques de l'agresseur ainsi que les caractéristiques de la victime. Les composantes importantes sont donc bien définies (Appendice n°2). Cet équivalent est d'ailleurs évalué comme fiable puisqu'il est de 0.91. En effet, le coefficient de fiabilité a été mesuré par méthode de bissection, par test-retest à une distance d'un mois (Ferri &amp; al., 2020). Il a été ensuite corrigé avec la formule de « Spearman-Brown ».</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</b></li> </ul>
<b><i>Interventions programmes applicable)</i></b>	<b><i>ou (si</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</b></li> <li>▪ <b>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</b></li> </ul>
<b><i>Méthode d'analyse des données</i></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</b></li> </ul> <p>Pour décrire les caractéristiques des participants et des incidents violents, les chercheurs ont utilisé des statistiques descriptives. L'analyse bivariée, qui permet de déterminer des associations et des différences, a été testée par le test exact de Fisher. Ce dernier a permis de mettre en évidence les associations entre les incidents violents et les caractéristiques de l'agresseur pour la violence physique et verbale et le sexe de l'infirmier-ère. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel « STATA 14 ».</p>
<b><i>Résultats</i></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?</b></li> </ul> <p>(n = 27, 15 hommes et 12 femmes) ont accepté de participer à l'étude, ont rempli le questionnaire (taux de réponse de 100 %). L'échantillon avait un âge moyen de 39,9 ans (écart-type = 7) réparti de façon similaire entre les 2 sexes (hommes 39,3 ans, fourchette 31-55 ; femmes 40,7 ans, fourchette 29-56). L'ancienneté moyenne des infirmières était de 13 ans (ET = 8,7) pour les hommes et les femmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?</b> Pas d'autres précisions</li> <li>▪ <b>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p \leq 0,05</math>) ?</b></li> </ul> <p>Les résultats statistiquement significatifs sont les suivants. Le taux de réponse est de 100%, c'est-à-dire que les 15 hommes et les 12 femmes ont accepté de remplir le « VIF ». Il y a une</p>

	<p>très forte prévalence de la VLT (96%), sachant que le « VIF » portait uniquement sur l'épisode de violence le plus significatif. Sur les 27 participants, 26 disent avoir vécu une VLT (96,3%). Les participants ont déclaré que les épisodes de violences verbales étaient les plus fréquents (92%). Les infirmiers expriment n'avoir vécu que des épisodes de violence verbales (100%), tandis que les infirmières rapportent des épisodes de violence verbale et physique (16,7%). Les auteurs de VLT sont généralement des parents ou amis des patients, statistiquement de sexe masculin dans un état de conscience lucide (87,5%). La fréquence la plus élevée de VLT se produit pendant les gardes de nuit (53,8%). Lors d'un épisode de violence verbal, 70,8% des participants n'ont pas effectué de déclaration, contre 50% lors d'un épisode verbal et physique. Enfin, la peur est l'émotion la plus fréquemment signalée à la suite d'un épisode de violence physique (50%), tandis que la colère (25%) et l'irritation (16,7%) étaient signalées à la suite de la violence verbale.</p> <p>▪ <b>Quels sont les autres résultats importants ?</b></p>
<i>Discussion</i>	<p>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b> Non</p> <p>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</b></p> <p>La recherche répond à l'objectif visé qui est de mieux comprendre les comportements de violence envers les infirmiers-ères dans un service d'urgence, en zone de triage, en utilisant une approche de méthode mixte. L'article répond donc à l'objectif initial.</p> <p>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b></p>

	<p>Les résultats sont conformes à ceux d'une étude australienne axée sur ce sujet (Pich, Kable &amp; Hazelton, 2017). Des études antérieures, ayant utilisées l'IVF, démontrent que le service d'urgence est l'un des lieux présentant le plus grand risque de comportements de violence, en particulier le triage (Magnavita &amp; Heponiemi, 2012 ; Ferri &amp; al., 2011 ; Ferri, Silvestri, Artoni &amp; Di Lorenzo, 2016). Les participants ont déclaré que la violence verbale était la forme de violence la plus fréquente, ce qui est en accord avec une revue systématique et une méta-analyse récente (Nikathil, Olaussen, Gocentas, Symons &amp; Mitra, 2017). Les résultats de la phase quantitative sont conformes à ceux de l'étude de Pich &amp; al. (2017). Les épisodes de violences sont perpétrés, statistiquement, plutôt durant les gardes de nuit, comme d'autres études l'ont également analysé (Edward &amp; al., 2014 ; Nikathil &amp; al., 2017). D'autres études explorant l'expérience des infirmiers-ères d'urgence ont reconnu que les longs temps d'attente, l'encombrement, les patients non urgents et les mauvaises compétences en communication des professionnels des soins infirmiers étaient des facteurs favorisant de la VLT (Pich &amp; al., 2017 ; Ramacciati, Ceccagnoli, Addey &amp; Rasero, 2018 ; Wolf, Delao &amp; Perhats, 2014).</p>
<p><b>Recommandations &amp; suggestions</b></p>	<p>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b></p> <p>Toutes les parties prenantes ont encore beaucoup à faire pour améliorer la sécurité et le bien-être des travailleurs de la santé, en commençant par une prise de conscience commune et en assumant davantage de responsabilités pour trouver une meilleure solution à un problème complexe. Les principales implications pour la prévention de la violence au travail dans la pratique des soins infirmiers d'urgence, conformément à cette recherche, comprennent la formation aux techniques de communication, les campagnes d'éducation, les changements</p>

	<p>organisationnels, les mesures de sécurité et une plus grande reconnaissance de l'infirmière en tant que professionnelle.</p> <p>Les chercheurs expliquent également que de mener une étude avec un échantillon plus conséquent pourrait être intéressant.</p> <p>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b></p> <p>L'importance de la formation pour assurer une communication adéquate avec les personnes qui peuvent être émotionnellement vulnérables</p> <p>Améliorer les soins de santé et mettre en place des parcours de soins cliniques spécifiques comme solution à la VLT et le besoin de campagnes d'information publique qui sensibilisent sur la façon d'utiliser de manière plus appropriée les services de santé des services d'urgence</p> <p>le concept d'"infirmière de salle d'attente" et des initiatives visant à promouvoir l'image des soins infirmiers</p> <p>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b></p> <p>Étude monocentrique (ne concerne que les infirmières de triage travaillant dans un service d'urgence)</p>
<b>Conclusions</b>	<p>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b></p> <p>La recherche a répondu à l'objectif visé qui était de mieux comprendre les comportements de violence à l'égard des infirmières de triage dans un service d'urgence</p> <p>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b></p> <p>Les résultats sont conformes à ceux d'une étude australienne axée sur ce sujet (Pich, Kable &amp; Hazelton, 2017). Des études antérieures, ayant utilisées l'IVF, démontrent que le service</p>

	<p>d'urgence est l'un des lieux présentant le plus grand risque de comportements de violence, en particulier le triage (Magnavita &amp; Heponiemi, 2012 ; Ferri &amp; al., 2011 ; Ferri, Silvestri, Artoni &amp; Di Lorenzo, 2016). Les participants ont déclaré que la violence verbale était la forme de violence la plus fréquente, ce qui est en accord avec une revue systématique et une méta-analyse récente (Nikathil, Olaussen, Gocentas, Symons &amp; Mitra, 2017). Les résultats de la phase quantitative sont conformes à ceux de l'étude de Pich &amp; al. (2017). Les épisodes de violences sont perpétrés, statistiquement, plutôt durant les gardes de nuit, comme d'autres études l'ont également analysé (Edward &amp; al., 2014 ; Nikathil &amp; al., 2017). D'autres études explorant l'expérience des infirmiers- ères d'urgence ont reconnu que les longs temps d'attente, l'encombrement, les patients non urgents et les mauvaises compétences en communication des professionnels des soins infirmiers étaient des facteurs favorisant de la VLT (Pich &amp; al., 2017 ; Ramacciati, Ceccagnoli, Addey &amp; Rasero, 2018 ; Wolf, Delao &amp; Perhats, 2014).</p>
--	--

## PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

### Méthodologie

#### *Questions de recherche*

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

Explorer les sentiments des infirmières concernant les épisodes de VPP vécus et de recueillir leurs attentes en matière de résolution avec leurs suggestions sur la façon de prévenir et de gérer les épisodes de violence

#### *Devis*

- **Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?**

Qualitatif pur : phénoménologie interprétative, devis séquentiel explicatif ; Le devis est partiellement détaillé, expliquant qu'il

permet d'enquêter sur les phénomènes subjectifs et les expériences de la vie quotidienne, propre à la phénoménologie interprétative. Cette approche permet, dans la phase qualitative, de comprendre un phénomène sur la façon dont il est vécu et perçu par les participants à la recherche. Il est donc cohérent avec la thématique étant donné que l'état actuel des connaissances sur le sujet est peu avancé. L'utilisation de cette méthode phénoménologique, dans la phase qualitative, a été jugée appropriée.

- **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.).**

Les groupes de discussion étaient dirigés par une infirmière chercheuse expérimentée dans la conduite de groupes de discussion et une assistante. Tous les participants ont rencontré le modérateur et l'assistant avant le début de la session du groupe de discussion afin d'établir une relation initiale. Le modérateur a facilité la discussion sans influencer les participants, et l'assistant a préparé le cadre et pris des notes pendant le groupe de discussion sur les caractéristiques des déclarations (c'est-à-dire les thèmes saillants, les expressions linguistiques particulières, la dynamique de groupe, etc.). Il n'y a pas eu d'interdépendance entre les chercheurs et les participants. Il n'est pas fait mention de biais bien que les éléments au cours d'une étude peuvent être nombreux ; mentionnons la subjectivité du chercheur, les participants, les méthodes de collectes de données

- **Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.**

La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique local et a été menée selon les principes de la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale (1964). Chaque participant a

	<p>reçu des informations orales et écrites sur l'étude et l'auteur du sujet de recherche, et un consentement signé a ensuite été obtenu. La participation à l'étude n'a eu aucun impact sur les situations de travail des infirmières et n'a impliqué aucun avantage ou incitation. Les participants ont été assurés de la confidentialité des données, et il a été clairement indiqué qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment. Les données des infirmières ont été dépersonnalisées après leur transcription et les infirmières ont été encouragées à préserver la confidentialité des discussions des groupes de discussion</p>
<p><b>Sélection des participants ou objet d'étude</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</b></li> <li>▪ <b>Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</b></li> </ul> <p>Seules les infirmières ayant déclaré sur le VIF avoir subi au moins un épisode de violence au cours de l'année précédente ont été invitées à participer aux groupes de discussion.</p>
<p><b>Choix des outils de collecte de données</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</b></li> </ul> <p>3 Focus group de 5 à 10 participants travaillant dans la zone de triage d'un service d'urgence ; Conversation de groupe structurée dans laquelle un modérateur sollicite de l'information sur un thème particulier ; La saturation des données a été observée lorsque les réponses des participants se répétaient et n'apportaient rien de nouveau au phénomène étudié après 3 groupes de discussion réunissant un total de 16 infirmières de triage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</b></li> </ul> <p>Tous les participants ont rencontré le modérateur et l'assistant avant le début de la session du groupe de discussion afin d'établir une relation initiale. Le modérateur a facilité la discussion sans influencer les participants, et l'assistant a</p>

	<p>préparé le cadre et pris des notes pendant le groupe de discussion sur les caractéristiques des déclarations. Les transcriptions verbatim ont été enregistrées et saisies dans Microsoft Excel. Chaque groupe de discussion a commencé par une vidéo sur la violence à l'encontre des professionnels de la santé. Après la vidéo, 5 questions ont été posées au groupe de discussion : "Qu'avez-vous vécu lors d'un épisode de violence ? Quels sont, selon vous, les éléments déclencheurs de ce phénomène ? Après un épisode de violence physique et/ou verbale, quelles ont été les sensations de votre expérience à court et à long terme ? Les épisodes que vous avez vécus ont-ils changé votre façon de vivre et de travailler ? Quelles sont vos attentes concernant la résolution du problème et/ou avez-vous des suggestions à faire pour gérer efficacement ces événements ?"</p> <p>Chaque groupe de discussion a eu lieu aux heures et aux endroits préférés des participants et ont duré entre 60 et 120 minutes. Chaque discussion de groupe a été menée par une infirmière chercheuse expérimentée dans la conduite de groupes de discussion et une assistante.</p>
<p><b><i>Méthode d'analyse des données</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</b> L'approche phénoménologique de Colaizzi a été adoptée pour interpréter les données</li> <li>▪ <b>Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</b> L'analyse des données qualitatives a été effectuée par deux chercheurs et confirmée par un troisième chercheur.</li> <li>▪ <b>Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ? Pas spécifié)</b></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</b></li> </ul> <p>Pour la rigueur, les lignes directrices suggérées par Denzin et Lincoln ont été appliquées pour assurer la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité</p>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</b></li> </ul> <p>Par type de recherches, d'abord quantitative, puis qualitative</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</b></li> </ul> <p>Pour l'analyse qualitative, 4 thèmes ont émergé à partir des données :</p> <p>les facteurs précipitants de la VLT au triage</p> <p>Les infirmières de triage ont identifié des raisons spécifiques qui, selon elles, favorisaient ou induisaient un comportement violent. La plupart des participants ont indiqué que la violence perpétrée par les patients et les proches était souvent due à des problèmes autoentretenus liés à l'activité de triage : les attentes des patients et des visiteurs concernant la résolution de leur problème de santé qu'ils jugent urgent, la mauvaise utilisation du service des urgences, l'encombrement et les longs délais d'attente</p> <p>la violence est une partie intrinsèque du triage</p> <p>En outre, les participants ont souligné que l'état émotionnel des patients et des visiteurs, comme la peur, l'insécurité et l'incertitude quant à leur état, aggravé par les mauvaises compétences de communication et les soins inadéquats des infirmières, peut déclencher des réactions agressives. Les infirmières de triage ont reconnu que leur façon de communiquer pouvait influencer le déclenchement de la violence. La plupart</p>

	<p>des participants ont exprimé un sentiment de résignation et d'impuissance lorsqu'ils ont subi un épisode de violence, et dans leurs réponses, les infirmières ont souvent eu tendance à considérer la violence comme une partie intrinsèque de leur activité de triage. La récurrence des événements violents pendant une longue période et la perception d'un manque de mesures préventives efficaces ont amené les infirmières à considérer ce phénomène comme inévitable. La difficulté de prévoir les agressions et l'incapacité qui en découle de prévenir les incidents violents font que les infirmières se sentent vulnérables et à la merci des événements. De nombreux participants ont éprouvé le sentiment de travailler seuls dans un contexte dangereux ; ils se sont perçus comme étant seuls en première ligne face à toutes les sollicitations, laissés sans protection adéquate et sans soutien de la part de la direction. Enfin, les infirmières de triage estiment que la profession d'infirmière est plus exposée à la violence en raison de la faible reconnaissance sociale du rôle de l'infirmière et de l'influence négative des médias</p> <p>les conséquences personnelles et professionnelles de la VLT</p> <p>Toutes les infirmières ont décrit les épisodes de violence comme quelque chose qui les a profondément et émotionnellement secouées. La plupart des participants ont ressenti une douleur psychologique avec une difficulté à oublier les abus subis et une tendance à ruminer une colère persistante. L'expérience de la violence a eu des conséquences professionnelles importantes, avec un impact sur la motivation, affectant la capacité ou la volonté du personnel de triage à faire son travail. Les infirmières ont le sentiment d'avoir été victimes d'une injustice non seulement envers elles, mais aussi envers leur profession et leurs collègues à cause de la VLT. Les infirmières ont déclaré que la VLT pouvait modifier leur approche envers le patient ainsi que leurs activités et leurs relations en dehors de leur lieu de travail.</p>
--	--

	<p>les solutions pour prévenir et gérer la VLT</p> <p>Les répondants ont présenté plusieurs idées qui pourraient aider à réduire les incidents violents. Par exemple, des campagnes d'éducation, des solutions et des mesures organisationnelles pour mieux comprendre et répondre aux besoins des patients et des membres de leur famille, la mise en place de formations sur la prévention et la gestion de la violence, la mise en place de mesures de sécurité ou encore la nécessité de renforcer le rôle et l'image des soins infirmiers.</p>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b> Non</li> <li>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?</b>  Le but de cette étude était d'explorer l'expérience de première main des infirmières afin de mieux comprendre la VLT dans la zone de triage en utilisant une approche de méthode mixte. Cette étude apporte une contribution unique à la littérature en se concentrant spécifiquement sur les infirmières des urgences de triage dans le contexte italien, fournissant des preuves de la sous-estimation générale actuelle de la fréquence et de l'impact du VLT sur les travailleurs de la santé qui, de plus, se sentent souvent laissés seuls en première ligne.</li> <li>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b>  Des études italiennes antérieures ayant utilisé l'IVF ont révélé qu'un service d'urgence était l'un des environnements présentant le plus grand risque de violence envers les travailleurs de la santé. En particulier, une étude a souligné que la salle d'attente et le triage dans le service d'urgence étaient les zones présentant le plus grand risque de VLT.</li> </ul> <p>Les résultats étaient conformes à ceux d'une étude australienne axée sur ce sujet. Les répondants à l'enquête ont déclaré que la</p>

	<p>violence verbale était la forme de violence la plus fréquente (92 %) dans le triage, ce qui est en accord avec une revue systématique et une méta-analyse récente.</p> <p>D'autres études explorant l'expérience des infirmières d'urgence ont reconnu que les longs temps d'attente, l'encombrement, les patients non urgents et les mauvaises compétences en communication des professionnels des soins infirmiers étaient des facteurs favorisant de la VLT</p> <p>Conformément à une méta-synthèse qualitative récente, un thème récurrent qui est ressorti de l'étude est la résignation avec laquelle les infirmières considèrent la violence comme une partie intrinsèque et inévitable de leur activité de triage.</p> <p>Comme l'ont déclaré les participants, il est nécessaire d'être conscient que de faibles compétences en communication peuvent augmenter les conflits avec les patients et leurs proches ou les soignants, contribuant ainsi au développement de la VLT, comme l'ont rapporté Ramacciati et al.</p> <p>Comme Wolf et al l'ont suggéré, la reconnaissance limitée par les infirmières des indices de violence indiquant une personne ou une situation à haut risque, associée à une culture d'acceptation de la violence, peut constituer des obstacles à la prévention et à la réduction de ce phénomène</p>
<p><b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b></p>	<p>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b></p> <p>Toutes les parties prenantes ont encore beaucoup à faire pour améliorer la sécurité et le bien-être des travailleurs de la santé, en commençant par une prise de conscience commune et en assumant davantage de responsabilités pour trouver une meilleure solution à un problème complexe. Les principales implications pour la prévention de la violence au travail dans la</p>

	<p>pratique des soins infirmiers d'urgence, conformément à cette recherche, comprennent la formation aux techniques de communication, les campagnes d'éducation, les changements organisationnels, les mesures de sécurité et une plus grande reconnaissance de l'infirmière en tant que professionnelle.</p> <p>Les chercheurs expliquent également que de mener une étude avec un échantillon plus conséquent pourrait être intéressant.</p> <p>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b></p> <p>L'importance de la formation pour assurer une communication adéquate avec les personnes qui peuvent être émotionnellement vulnérables</p> <p>améliorer les soins de santé et mettre en place des parcours de soins cliniques spécifiques comme solution à la VLT et le besoin de campagnes d'information publique qui sensibilisent sur la façon d'utiliser de manière plus appropriée les services de santé des services d'urgence</p> <p>le concept d'"infirmière de salle d'attente" et des initiatives visant à promouvoir l'image des soins infirmiers</p> <p>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b></p> <p>Étude monocentrique (ne concerne que les infirmières de triage travaillant dans un service d'urgence)</p>
<p><b>Conclusions</b></p>	<p>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b></p> <p>La recherche a répondu à l'objectif visé qui était de mieux comprendre les comportements de violence à l'égard des infirmières de triage dans un service d'urgence</p>

▪ **Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?**

Les résultats sont conformes à ceux d'une étude australienne axée sur ce sujet (Pich, Kable & Hazelton, 2017). Des études antérieures, ayant utilisées l'IVF, démontrent que le service d'urgence est l'un des lieux présentant le plus grand risque de comportements de violence, en particulier le triage (Magnavita & Heponiemi, 2012 ; Ferri & al., 2011 ; Ferri, Silvestri, Artoni & Di Lorenzo, 2016). Les participants ont déclaré que la violence verbale était la forme de violence la plus fréquente, ce qui est en accord avec une revue systématique et une méta-analyse récente (Nikathil, Olaussen, Gocentas, Symons & Mitra, 2017). Les résultats de la phase quantitative sont conformes à ceux de l'étude de Pich & al. (2017). Les épisodes de violences sont perpétrés, statistiquement, plutôt durant les gardes de nuit, comme d'autres études l'ont également analysé (Edward & al., 2014 ; Nikathil & al., 2017). D'autres études explorant l'expérience des infirmiers-ères d'urgence ont reconnu que les longs temps d'attente, l'encombrement, les patients non urgents et les mauvaises compétences en communication des professionnels des soins infirmiers étaient des facteurs favorisant de la VLT (Pich & al., 2017 ; Ramacciati, Ceccagnoli, Addey & Rasero, 2018 ; Wolf, Delao & Perhats, 2014).

## Annexe 5 :

**Factors of resilience in emergency department nurses who have experienced workplace violence in Taiwan. Hsieh H., Hung Y., Wang H. et al. (2016)**

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<p>▪ <b>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</b></p> <p>Facteurs de résilience chez les infirmières des services d'urgence ayant subi des violences au travail à Taïwan</p> <p>▪ <b>Quels sont les thèmes abordés ?</b></p> <p>Résilience, violence au travail, services d'urgence</p> <p>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b></p> <p>Les infirmières des services d'urgence ayant subi des violences au travail</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <p>Hsiu-Fen Hsieh: professeur en sciences infirmières à l'université de Kaohsiung, Taïwan</p> <p>Yu-Tung Hung: Professeur adjoint en sciences infirmières, Université médicale de Kaohsiung, Taïwan</p> <p>Hsiu-Hung Wang: Doyen et professeur, Faculté des sciences infirmières, Université médicale de Kaohsiung, Taïwan</p> <p>Shu-Ching Ma: Directeur adjoint, département des soins infirmiers, centre médical Chi-Mei, Tainan, Taïwan</p> <p>Shu-Chen Chang: Directeur et professeur adjoint, département des soins infirmiers de l'Université de Dayeh, Changhua, Taïwan</p>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p>

	Service des urgences, infirmières, résilience, intégration des réseaux sociaux, violence au travail
<b>Résumé</b>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Objectifs : examiner la relation entre les traits de personnalité, l'intégration du réseau social et la résilience chez les infirmières des services d'urgence qui ont souffert de violence physique ou verbale de la part de patients ou de leur famille</p> <p>Méthodologie : étude transversale avec échantillonnage de commodité pour explorer les facteurs liés à la résilience chez les infirmières victimes d'abus</p> <p>Résultats : Des degrés plus élevés d'extraversion et de soutien par les pairs ont été associés à une plus grande résilience chez toutes les infirmières victimes de maltraitance, tandis que le neuroticisme était inversement associé à leur résilience</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b>Pertinence</b>	<p>▪ <b>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).</b></p> <p>Oui. L'incidence de la VLT pour les travailleurs, en général, s'élève à 4.8%, tandis que la VLT pour les professionnels de la santé, il s'élève entre 8% et 38%. Les infirmières, particulièrement les infirmières de services d'urgences sont plus propices à subir de la VLT avec une incidence qui s'élève à 65.1%. Toutes les formes de VLT peuvent entraîner des conséquences psychologiques importantes. Beaucoup de personnes qui vivent de la VLT ont une résilience leur permettant de s'en remettre sans perturbation ou avec une perturbation transitoire. Une revue de la littérature a indiqué que la résilience peut être appliquée pour développer les forces personnelles des infirmières victimes d'abus grâce à des stratégies telles que l'établissement et le maintien de relations positives et professionnelles, l'amélioration de la perception émotionnelle,</p>

l'atteinte de l'équilibre de vie et de la spiritualité, et l'amélioration de la réflexion. La résilience et le SNI sont des éléments importants pour la croissance post-traumatique des victimes de violence. Certains chercheurs ont montré que la résilience est associée à des traits de personnalité spécifiques (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2005 ; Eley et al., 2013), principalement le neuroticisme et l'extraversion. Ainsi, le SNI et les traits de personnalité sont des variables importantes de la résilience chez les infirmières des services d'urgence victimes d'abus qui vivent la VLT. La résilience joue un rôle important en tant que facteur de protection qui protège les individus des traumatismes, augmente les changements positifs lorsqu'ils font face à des situations stressantes, prévient les maladies et favorise et maintient la santé (Dolbier, Jaggars, & Steinhardt, 2010 ; Kinman & Grant, 2011). Les relations sociales ou les liens sociaux d'un individu sont corrélés à son intégration dans la société. Les orientations religieuses traditionnelles taïwanaises intrinsèques et extrinsèques ont été positivement associées à la résilience (Chen, 2013), tout comme leur influence sur les attitudes et les comportements liés à la santé (Chang, 2009 ; Yee et Liu, 2004).

La violence sur le lieu de travail (VLT) est un problème de santé grave et mondial. Elle a été signalée comme un problème important pour les prestataires de soins de santé, y compris les infirmières et les autres membres du personnel directement impliqués dans les soins aux patients (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2012). Les infirmières sont encore plus nombreuses à être menacées ou exposées à des agressions verbales (OMS, 2012), en particulier les infirmières travaillant dans les services d'urgence, avec un taux d'agression de 1,5 %. Les infirmières sont encore plus nombreuses à être menacées ou exposées à des agressions verbales (OMS, 2012), en particulier les infirmières travaillant dans les services d'urgence, avec un taux allant jusqu'à 65 % (Choy & al., 2006). Toutes les formes de VLT sont des événements dévastateurs, coûteux et

émotionnellement préjudiciables qui peuvent entraîner des conséquences psychologiques importantes (Gong et al., 2014). La majorité des personnes sur le lieu de travail subissent différents types d'événements traumatisants au cours de leur vie, et la plupart d'entre elles ont une bonne résilience pour rebondir rapidement sans perturbation ou avec seulement une perturbation transitoire de leur fonctionnement professionnel (Nucifora, Langlieb, Siegal, Everly, & Kaminsky, 2007). Des études américaines ont montré que la croyance religieuse peut avoir un effet positif sur la résilience des victimes de traumatismes dans l'enfance (Brewer-Smyth & Koenig, 2014), et que les croyances religieuses peuvent avoir un effet positif sur la résilience des victimes de traumatismes dans l'enfance (Brewer-Smyth & Koenig, 2014). Le soutien religieux peut renforcer la résilience des victimes de violence domestique (Anderson, Renner et Danis, 2012). Des études taiwanaises ont également montré que les croyances religieuses avaient une influence positive sur la résilience des victimes de violences domestiques (Hsieh, 2008) et sur les traumatismes de l'enfance (Pai, 2012). La résilience a été définie comme la capacité de résister, de réguler et de faire face aux défis permanents de la vie et de réussir à maintenir l'équilibre malgré les effets négatifs (DiCorcia & Tronick, 2011 ; Schetter & Dolbier, 2011). Une revue de la littérature a indiqué que la résilience peut être appliquée pour développer les forces personnelles des infirmières victimes d'abus grâce à des stratégies telles que l'établissement et le maintien de relations positives et professionnelles, l'amélioration de la perception émotionnelle, l'atteinte de l'équilibre de vie et de la spiritualité, et l'amélioration de la réflexion (Jackson, Firtko, & Edenborough, 2007). L'utilisation de l'intégration du réseau social (SNI) a été définie comme la participation individuelle à un large éventail de relations sociales, de liens informels (par exemple, la famille, les pairs, les amis et les voisins) et d'organisations formelles (par exemple, les groupes religieux, les emplois), etc. La résilience et le SNI sont des éléments

importants pour le rétablissement post-traumatique des victimes de violence (Mace, 2012). La pratique d'une activité religieuse a été considérée comme un facteur de protection potentiel qui renforce la résilience chez les jeunes à haut risque dans une étude antérieure (Kasen, Wickramaratne, Gameroff, & Weissman, 2012). Certains chercheurs ont montré que la résilience est associée à des traits de personnalité spécifiques (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2005 ; Eley et al., 2013). La résilience peut être considérée comme un processus d'adaptation à l'adversité ou aux événements stressants, et elle aide les individus à faire face aux défis de la vie et à se remettre des échecs ou des traumatismes (McAllister & McKinnon, 2009 ; Herrman et al., 2011). La résilience joue un rôle important en tant que facteur de protection qui protège les individus des traumatismes, augmente les changements positifs lorsqu'ils font face à des situations stressantes, prévient les maladies et favorise et maintient la santé (Dolbier, Jaggars, & Steinhardt, 2010 ; Kinman & Grant, 2011). Un bon SNI renforce la capacité d'un individu à gérer le stress, à promouvoir la santé et le sentiment de bien-être (Burnett & Helm, 2013 ; Shutterstock, 2011 ; Yu et al., 2014). Le soutien familial et le soutien par les pairs peuvent renforcer la résilience pour mieux faire face au stress, réduire la morbidité et la mortalité médicales et protéger contre le développement de troubles mentaux (Southwick, Vythilingam et Charney, 2005). Le bouddhisme et le taoïsme sont censés aider les gens à résoudre leurs problèmes et à expliquer la relation entre "les gens et Dieu", "les gens et les gens", "les gens et les objectifs" et "les gens et moi" (Chang, 2009). Les Taïwanais s'attendent généralement à soulager leur détresse ou à dissiper leur confusion en recourant à des croyances religieuses ou à des rituels spécifiques (Tsai, 2014). Les orientations religieuses traditionnelles taïwanaises intrinsèques et extrinsèques ont été positivement associées à la résilience (Chen, 2013), tout comme leur influence sur les attitudes et les comportements liés à la santé (Chang, 2009 ; Yee et Liu, 2004).

	<p>Les personnes névrotiques ont tendance à éprouver des émotions négatives, telles que l'anxiété et la dépression (Campbell-Sills et al., 2005 ; Gamez, Watson, &amp; Doebbeling, 2007). En revanche, l'extraversion est positivement corrélée à la résilience, et les personnes extraverties ont tendance à ressentir des émotions plus positives, à interagir facilement avec les autres, à rechercher des ressources sociales, à avoir une plus grande efficacité personnelle et à s'adapter pour gérer le stress ou les émotions négatives (Campbell-Sills et al., 2005). Les domaines de la psychiatrie, de la psychologie et de la psychothérapie ont également étudié les relations entre la résilience et les dimensions de la personnalité pour comprendre ce qui détermine les styles d'adaptation sains et les comportements adaptatifs (Cloninger &amp; Zohar, 2011). Certains chercheurs ont montré que la résilience est associée à l'adaptation aux traumatismes antérieurs et aux traits de personnalité favorables à la santé (Campbell-Sills et al., 2005).</p>
<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<p>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></p> <p>Objectifs : les objectifs de cette étude sont d'examiner et de confirmer que (a) deux formes de SNI (le soutien social et la croyance religieuse) affectent la résilience des individus, et (b) les traits de personnalité sont des facteurs prédictifs de la résilience chez les infirmières des services d'urgence victimes de maltraitance</p>
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<p>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b></p> <p>neuroticisme, extraversion, résilience, religion, VLT (verbales ou physiques)</p>

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE	
Méthodologie	
<b>Questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?</b> Non Variables continues Variables dichotomiques Variables confondantes</li> <li>▪ <b>Quels sont les buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche ?</b> Déterminer les facteurs de résilience (ou de non résilience) des infirmières ayant subi de la VLT dans un service d'urgence</li> <li>▪ <b><i>Si applicable</i> : quelles sont les hypothèses de recherche ?</b> a) les infirmières victimes de maltraitance qui bénéficient d'un niveau plus élevé de soutien social sont plus résilientes, (b) les infirmières maltraitées qui ont des croyances religieuses ont un niveau de résilience plus élevé, et (c) les infirmières maltraitées qui ont une tendance plus faible au névrosisme et plus élevée à l'extraversion ont un niveau de résilience plus élevé.</li> </ul>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b> Oui, il s'agit d'un devis transversal</li> <li>▪ <b><i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</b></li> <li>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</b> Cette étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel (IRB No. 130612) d'un hôpital général avant d'être réalisée. Les participants ont été informés que leur participation était volontaire et qu'ils avaient le droit d'y mettre fin à tout moment et sans raison. Tous les participants ont été assurés de la confidentialité et de l'anonymat dans l'utilisation</li> </ul>

	des données. Un consentement écrit a été obtenu de chaque participant.
<b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b>	<p>▪ <b>Quelle est la population visée ?</b></p> <p>Oui, infirmières dans un service d'urgence ayant travaillé au moins 3 mois ayant subi des violences verbales ou physiques sur leur lieu de travail au cours des 12 derniers mois.</p> <p>▪ <b>Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</b></p> <p>A été réalisée à l'aide d'un échantillonnage de proximité et de questionnaires structurés. 187 participants au total répondaient aux critères d'inclusion et ont rempli tous les questionnaires, entre juin 2013 et février 2014. Échantillonnage de proximité et de questionnaires structurés. Un total de 265 participants étaient éligibles pour l'étude ; ils provenaient d'un centre médical et de trois hôpitaux régionaux de Taïwan.</p> <p>▪ <b>Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</b></p> <p>Oui : Les critères d'inclusion des participants étaient les infirmières qui (a) avaient travaillé pendant au moins 3 mois aux urgences et (b) avaient subi des violences verbales ou physiques sur leur lieu de travail au cours des 12 derniers mois. Les critères d'exclusion des participants étaient les infirmiers qui (a) avaient connu un événement de vie significativement stressant au cours des 12 derniers mois et (b) avaient été victimes de violence verbale ou physique sur leur lieu de travail au cours des 12 derniers mois, (b) présenter des troubles psychiatriques préexistants.</p> <p>▪ <b>Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</b></p>

	<p>Trente-six participants ont refusé de participer à cette étude et 42 autres ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Par conséquent, 187 participants au total répondaient aux critères d'inclusion et ont rempli tous les questionnaires.</p> <p>▪ <b><i>Si applicable: y a -t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ?</i></b> Non</p>
<p><b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b></p>	<p>▪ <b>Quels sont les instruments de mesure ?</b></p> <p>Oui. Questionnaire : Échelle de résilience, le SNI (qui comprenait l'échelle de soutien social [SSS] et les croyances religieuses) et le questionnaire de personnalité d'Eysenck (EPQ)</p> <p>▪ <b>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).</b></p> <p>Échelle de résilience (RS) : échelle de 29 éléments mesure les ressources protectrices intrapersonnelles et interpersonnelles qui facilitent la tolérance et l'adaptabilité aux facteurs de stress ou aux événements négatifs de la vie. L'échelle se compose de cinq dimensions : force personnelle, compétence sociale, style structuré, cohésion familiale et ressources sociales. Chaque item a été noté sur une échelle sémantique différentielle en 7 points, avec les différentiels positifs vers la droite pour la moitié des items afin de réduire les problèmes de biais d'acquiescement. Les scores totaux du RS vont de 29 à 203, les scores les plus élevés indiquant un niveau de résilience plus élevé. Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach du RS était de 0,88.</p> <p>Intégration des réseaux sociaux (SNI) : Basé sur la sociologie de Durckheim, le SNI comprend trois composantes et a été divisé en deux mesures pour le soutien familial et le soutien par</p>

les pairs (première mesure) et les croyances religieuses (deuxième mesure). La première mesure est en 10 points. Chaque item comprend une échelle de Likert allant de 1 à 5. Un score total pour les 10 items a été obtenu avec une fourchette de 10 à 50. Les scores les plus élevés indiquent un niveau plus élevé de soutien social. La deuxième mesure concernait les croyances religieuses. Tous les participants ont été classés dans le groupe religieux ou non religieux selon qu'ils répondaient "oui" ou "non" à la question "Avez-vous des croyances religieuses ». Cette mesure a été notée 0 si les infirmières maltraitées n'exprimaient aucune croyance religieuse et ne participeraient pas à des activités religieuses, ou 1 si elles exprimaient des croyances religieuses et participeraient à des activités religieuses.

Questionnaire de personnalité d'Eysenck (EPQ). Questionnaire d'auto-évaluation de 25 questions permettant d'évaluer les traits de personnalité d'une personne. Il contient 11 items d'extraversion mesurant la sociabilité d'un individu et 14 items de neuroticisme mesurant le dysfonctionnement émotionnel d'un individu. Les participants ont été invités à répondre à chaque item par "oui" ou "non", avec des scores de 0 et 1, respectivement. Des scores plus élevés dans les dimensions de neuroticisme ou d'extraversion indiquaient que le participant était plus névrosé ou extraverti.

- **De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).**

Les données ont été collectées de juin 2013 à février 2014.

Fréquence de passation : 1x

- **Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?**

<b><i>Interventions programmes applicable)</i></b>	<b><i>ou (si</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</b></li> <li>▪ <b>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</b></li> </ul>
<b><i>Méthode d'analyse des données</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</b></li> </ul> <p>Statistiques descriptives pour décrire les caractéristiques sociodémographiques des participants. Tous les participants ont été divisés en deux groupes selon la présence ou l'absence de croyances religieuses ; des tests t ont été utilisés pour les variables continues, des tests chi-carré pour les variables dichotomiques. Les hypothèses ont été testées par des analyses de régression linéaire hiérarchique multivariée. Tout d'abord, les variables confusionnelles ont été contrôlé, notamment l'âge, le niveau d'éducation, la situation matrimoniale et l'ancienneté. Deuxièmement, ils ont quantifié la mesure dans laquelle le SNI et les traits de personnalité ont été pris en compte dans l'analyse de régression multiple pour identifier les facteurs de protection de la résilience chez les infirmières des services d'urgence victimes d'abus. Dans tous les tests, les valeurs p inférieures à 0,05 ont été considérées comme statistiquement significatives.</p>
<b><i>Résultats</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?</b></li> </ul> <p>L'âge moyen des infirmières des urgences maltraitées était de <math>30,53 \pm 5,55</math> ans, la majorité d'entre elles avaient obtenu une licence en quatre ans (67,9 %), <math>n = 127</math>, et l'ancienneté moyenne des infirmières maltraitées était de <math>7,11 \pm 5,12</math> ans. La plupart des participants étaient célibataires (64,2 %, <math>n = 102</math>).</p> <p>Les données sociodémographiques entre le groupe religieux (<math>n = 78</math>, 41,71 %) et le groupe non religieux (<math>n = 109</math>, 58,29 %) ont été analysé et les résultats du test t ou du test chi-carré</p>

ont montré qu'il n'y avait pas de différence statistique entre les deux groupes.

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

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

Dans cette étude, parmi tous les SNI, le soutien des pairs a renforcé la résilience des participants. En outre, dans cette étude, il a été constaté que les infirmières maltraitées présentant des niveaux d'extraversion plus élevés et des niveaux de neuroticisme plus faibles avaient une résilience significativement plus élevée.

Au total, 187 infirmières ont répondu aux critères d'inclusion et ont rempli les questionnaires. L'âge moyen des infirmières des urgences maltraitées était de  $30,53 \pm 5,55$  ans, la majorité d'entre eux avaient obtenu une licence en quatre ans (67,9 %,  $n = 127$ ), et l'ancienneté moyenne des infirmières maltraitées était de  $7,11 \pm 5,12$  ans. La plupart des participants étaient célibataires (64,2 %,  $n = 102$ ). Nous avons comparé les données sociodémographiques entre le groupe religieux ( $n = 78$ , 41,71 %) et le groupe non religieux ( $n = 109$ , 58,29 %), et les résultats du test t ou du test chi-carré ont montré qu'il n'y avait pas de différence statistique entre les deux groupes. Les différences sociodémographiques entre les deux groupes sont significatives (tableau 1). Les scores des mesures des participants sont présentés dans le tableau 2.

Une analyse de régression linéaire hiérarchique a été utilisée pour déterminer les facteurs associés à la résilience. Les variables des caractéristiques démographiques, des traits de personnalité et du SNI ont été introduites comme prédicteurs, et 46,3% de la variance de la résilience a pu être expliquée par l'extraversion, le neuroticisme et le soutien des pairs (tableau

	<p>3). Sans changement dans les autres variables, une augmentation de 1 dans l'indice d'extraversion, de neuroticisme et de soutien par les pairs a pu être expliquée. Une augmentation de 1 du score de traversion équivalait à une augmentation de 1,929 de la résilience (<math>\beta = 1,929</math>, <math>p &lt; .001</math>) ; une augmentation de 1 du score de neuroticisme équivalait à une diminution de 2,762 de la résilience (<math>\beta = -2,762</math>, <math>p &lt; .001</math>) ; et une augmentation de 1 du score de soutien par les pairs équivalait à une augmentation de 1,738 de la résilience (<math>\beta = 1,738</math>, <math>p &lt; .001</math>).</p> <p>▪ <b>Quels sont les autres résultats importants ?</b></p> <p>Dans cette étude, parmi tous les SNI, le soutien des pairs a renforcé la résilience des participants, alors que les croyances religieuses et le soutien familial n'ont pas eu le même effet.</p>
<p><i><b>Discussion</b></i></p>	<p>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b></p> <p>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</b></p> <p>Contrairement à l'hypothèse de base qui stipulait que les croyances religieuses seraient un facteur de résilience, les résultats ne sont pas significatifs. L'étude a, en revanche, répondu à l'interrogation de base : facteurs de résilience sont le soutien des pairs ainsi que les traits de personnalités (neuroticisme/extraversion) influencent directement la résiliences des infirmières.</p> <p>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b></p> <p>Les croyances religieuses pourraient jouer un rôle important dans le renforcement de la résilience, et de tels résultats ont été documentés dans de nombreuses études (Bennett, Chepnogeno- Langat, Evandrou, &amp; Falkingham, 2015 ; Breno &amp;</p>

Galupo, 2007 ; Hsieh, 2008 ; Pai, 2012). Dans cette étude, la plupart des participants ont été accidentellement attaqués ou menacés verbalement sur le lieu de travail ; cependant, dans d'autres études, les participants ont été victimes de violences physiques ou de traumatismes psychologiques pendant plus longtemps (Bennett et al., 2015 ; Breno & Galupo, 2007). En outre, dans cette étude, nous avons constaté que les infirmières maltraitées présentant des niveaux d'extraversion plus élevés et des niveaux de neuroticisme plus faibles avaient une résilience significativement plus élevée. Ces résultats sont similaires à ceux d'études antérieures selon lesquelles les traits de personnalité sont le principal facteur prédictif de la résilience. Selon l'étude de Campbell-Sills et al. (2005), la résilience était négativement corrélée au névrotisme, mais positivement corrélée à l'extraversion. Les personnes atteintes de neuroticisme avaient plus d'émotions négatives inattendues avec de moins bonnes performances au travail, et ce neuroticisme avait une influence négative sur la santé mentale, la satisfaction au travail et la résilience, alors que les personnes atteintes d'extraversion s'entendaient mieux avec les autres, avaient de meilleures stratégies d'adaptation et compétences en matière de résolution de problèmes, et étaient plus à même de rechercher des ressources (Cloninger & Zohar, 2011 ; Melnyk, Hrabec, & Szalacha, 2013). Les résultats de cette étude soutiennent l'affirmation selon laquelle les personnes très extraverties se perçoivent comme capables de faire face au stress, alors que les personnes névrosées ont davantage besoin de l'aide des autres (Cloninger & Zohar, 2011 ; Melnyk et al., 2013). Les personnes névrotiques sont plus vulnérables aux symptômes associés au burnout (Bakker, Van der Zee, Lewig, & Dollard, 2006). Fayombo (2010) a constaté qu'une personnalité saine renforce et favorise la résilience. Les traits de personnalité ne peuvent pas être modifiés facilement, mais les prestataires de soins de santé peuvent intervenir plus tôt pour améliorer la résilience.

	<p>Enfin, nous avons constaté que pour les infirmières victimes de maltraitance, le soutien des pairs peut renforcer leur résilience, et ce résultat est similaire à celui d'une étude précédente selon laquelle un soutien plus élevé des pairs est associé à une plus grande résilience (Howell &amp; Miller-Graff, 2014). Dans une autre étude, les infirmières ont déclaré qu'elles se sentaient soutenues par leurs pairs et qu'elles étaient en mesure de soutenir personnellement les membres du groupe, et qu'elles obtenaient une résilience émotionnelle de la part de leurs pairs (Rice, Bennett, &amp; Billingsley, 2014).</p>
<p><b>Recommandations &amp; suggestions</b></p>	<p>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b></p> <p>À l'avenir, nous aurons besoin d'une approche qualitative pour recueillir des informations plus nombreuses et plus approfondies, pour comprendre ce dont les infirmières victimes de violence ont réellement besoin et pour suivre leur résilience et leur santé mentale à long terme.</p> <p>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b></p> <p>Les directeurs d'hôpitaux devraient encourager les infirmières des urgences à signaler les événements violents, en leur offrant des récompenses administratives ou des prix. Les responsables des soins de santé devraient fournir des services de santé mentale en cas de catastrophe plus complets, avec des ressources individuelles et environnementales qui instaurent la confiance et satisfont les besoins des infirmières maltraitées avec une détérioration minimale de leur fonction professionnelle. Les responsables des soins de santé devraient aider les infirmières maltraitées présentant des niveaux plus élevés de traits de personnalité névrotiques à acquérir des pensées positives, à leur enseigner des compétences en</p>

	<p>matière de résolution de problèmes et à leur fournir un soutien de la part de leurs pairs afin d'améliorer leur résilience</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b></li> </ul> <p>Quelques infirmières maltraitées éligibles n'ont pas participé à cette étude, ce qui a pu conduire à une sous-estimation des taux de violence dans cette étude.</p>
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b></li> </ul> <p>Les traits de personnalité névrotiques ont entraîné une moindre résilience chez les infirmières maltraitées ; les croyances religieuses n'impactent pas significativement la résilience ; le soutien des pairs impacte significativement la résilience</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b></li> </ul> <p>Les traits de personnalité névrotiques ont entraîné une moindre résilience chez les infirmières maltraitées</p>

#### Annexe 6 :

**Facilitators, barriers and opportunities in workplace wellbeing : a national survey of emergency department staff. Anderson, N., et al. (2021)**

#### PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

##### Identification du titre et du résumé

<b>Titre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</b></li> </ul> <p>Facilitators, barriers and opportunities in workplace wellbeing : a national survey of emergency department staff</p>
--------------	---

	<p>Facilitateurs, obstacles et opportunités en matière de bien-être au travail : une enquête nationale auprès du personnel des services d'urgence</p> <p>▪ <b>Quels sont les thèmes abordés ?</b> Le bien-être au travail, service d'urgences</p> <p>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b> Le titre se réfère aux professionnels travaillant dans un service d'urgences</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <p>Natalie Anderson<sup>a,b,*</sup>, Fofoa Pio<sup>c</sup>, Peter Jones<sup>a,b</sup>, Vanessa Selak<sup>a</sup>, Eunicia Tan<sup>a,d</sup>, Sierra Beck<sup>e,f</sup>, Suzanne Hamilton<sup>g,h</sup>, Alice Rogan<sup>g,e</sup>, Kim Yates<sup>i,a</sup>, Mark Sagarin<sup>j</sup>, Adam McLeay<sup>k</sup>, Alistair MacLean<sup>l</sup>, Eugene Fayerberg<sup>m</sup>, Luke Hayward<sup>n</sup>, Arthur Chiang<sup>o,e</sup>, Alastair Cadzow<sup>o</sup>, Natalie Cadzow<sup>o</sup>, Suzanne Moran<sup>p</sup>, Mike Nicholls<sup>a, b</sup></p> <p><sup>a</sup> <i>Faculty of Medical &amp; Health Sciences, University of Auckland, New Zealand</i></p> <p><sup>b</sup> <i>Emergency Department, Auckland City Hospital, Auckland District Health Board, New Zealand</i></p> <p><sup>c</sup> <i>Malatest International, Auckland, New Zealand</i></p> <p><sup>d</sup> <i>Emergency Department, Middlemore Hospital, Counties Manukau Health, New Zealand</i></p> <p><sup>e</sup> <i>Division of Health Sciences, University of Otago, New Zealand</i></p> <p><sup>f</sup> <i>Emergency Department, Dunedin Hospital, Southern District Health Board, New Zealand</i></p> <p><sup>g</sup> <i>Emergency Department, Christchurch Hospital, Canterbury District Health Board, New Zealand</i></p> <p><sup>h</sup> <i>Emergency Department, Wellington Hospital, Capital &amp; Coast</i></p>

	<p><i>District Health Board, New Zealand</i></p> <p><sup>i</sup> <i>Emergency Departments, North Shore &amp; Waitakere Hospitals, Waitematā District Health Board, New Zealand</i></p> <p><sup>j</sup> <i>Emergency Department, Taranaki Base Hospital, Taranaki District Health Board, New Zealand</i></p> <p><sup>k</sup> <i>Emergency Department, Southland Hospital, Southern District Health Board, New Zealand</i></p> <p><sup>l</sup> <i>Emergency Department, Tauranga Hospital, Bay of Plenty District Health Board, New Zealand</i></p> <p><sup>m</sup> <i>Emergency Department Whangarei Hospital, Northland District Health Board, New Zealand</i></p> <p><sup>n</sup> <i>Emergency Department, Hutt Hospital. Hutt Valley District Health Board, New Zealand</i></p> <p><sup>o</sup> <i>Emergency Department, Timaru Hospital, South Canterbury District Health Board, New Zealand</i></p> <p><sup>p</sup> <i>Emergency Department, Rotorua Hospital, Lakes District Health Board, New Zealand</i></p>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p> <p>Bien-être au travail, service d'urgences, recherche qualitative, sondage, burnout (épuisement professionnel)</p>
<b>Résumé</b>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Cette étude vise à connaître la prévalence du burnout au niveau des employés d'un service d'urgences et de déterminer quels sont les facilitateurs et obstacles au bien-être au travail.</p> <p>Pour ce faire, un sondage anonyme a été rempli par 1372 participants (infirmières, médecins, autres professions paramédicales ou non cliniques) de 22 services d'urgences différents de Nouvelle-Zélande. Ce sondage contenait six questions ouvertes.</p> <p>Trois thèmes ont été émergents : avoir une culture d'équipe favorable, pouvoir fournir d'excellents soins centrés sur le patient et avoir des possibilités de développement professionnel.</p>

**Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques**
***Pertinence***

- **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).**

De nombreuses études avaient déjà démontré que le mal-être au travail avait des conséquences sur la santé des professionnels (Salvagioni DAJ) en plus du fait que les soignants ont un taux plus important de burnout que les autres professions et particulièrement les soignants des urgences. (Woo T, Ho R, Tang A, Tam W ; Adrienness J et al. ; Li H, Cheng B, Zhu XP). Ceci réduit la qualité des soins et la sécurité des patients (Shanafelt TD ; Wallace JE ; Salyers MP).

Les recherches ont souvent tenté de démontrer quelles étaient les causes du burnout chez les soignants. D'après les auteurs, une étude basée sur les solutions est nécessaire. Etant donné que le travail aux urgences est interdisciplinaire, les auteurs ont trouvé plus pertinent d'analyser cela auprès de tous les intervenants des urgences, et pas uniquement les infirmières et médecins.

***Objectifs/questions de recherche***

- **Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?**

Cette étude vise à déterminer quels sont les facilitateurs et les obstacles au bien-être au travail, auprès de professionnels d'un service d'urgences. Elle s'est également intéressée à connaître les besoins des participants afin de favoriser le bien-être au travail.

***Principaux concepts théoriques***

- **Quels sont les concepts les plus importants ?**

- Le bien-être au travail
- Environnement de travail sain
- Burnout

## PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

### Méthodologie

#### *Questions de recherche*

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

Cette étude vise à déterminer quels sont les facilitateurs et les obstacles au bien-être au travail chez des professionnels travaillant dans un service d'urgences de Nouvelle-Zélande.

#### *Devis*

- **Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?**

Il s'agit d'un devis concomitant imbriqué, mais seules les données qualitatives sont traitées dans cet article. Des données quantitatives issues de la même collecte de données existent sous forme d'une autre étude.

Cette étude respecte la Standards for Reporting Qualitative Research.

- **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.).**

Fofea Pio, l'une des chercheuses, a une bonne expérience dans l'analyse de données qualitatives et une expérience antérieure en santé publique. C'est la seule des chercheuses qui ne travaille pas aux urgences, ce qui a permis de maintenir un certain équilibre.

- **Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.**

L' « Auckland Health Research ethics Committee » a approuvé cette étude. Des approbations locales ont été données, et ce, pour les 22 services d'urgences concernés.

Par ailleurs, les données ont été anonymisées avant d'être partagées et discutées avec l'équipe de chercheurs.

<p><b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b></p>	<p>▪ <b>Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</b> L'étude s'adresse aux professionnels travaillant dans un service d'urgences de Nouvelle-Zélande. Tous les départements d'urgences de Nouvelle-Zélande, pour autant qu'ils soient ouverts 24h/24h, soient publics, ont été invités à participer à l'étude.</p> <p>▪ <b>Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</b> Inclusion : départements d'urgences de Nouvelle-Zélande, service public, ouvert 24h/24h. Les participants devaient travailler au moins un shift (un horaire) sur 15 jours pour pouvoir participer à l'étude. Toutes les professions, pour autant qu'elles concernaient le département des urgences, étaient invitées à participer à l'étude.</p>
<p><b><i>Choix des outils de collecte de données</i></b></p>	<p>▪ <b>Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</b> L'outil de collecte de données consiste en un sondage composé de questions ouvertes ainsi que fermées quant au bien-être, aux données démographiques et aux rôles. Une autre partie du sondage consistait en le « Copenhagen Burnout Inventory », outil de diagnostic et de prévention du burnout.</p> <p>▪ <b>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</b> Les participants remplissaient le sondage anonyme en ligne. Une seule fois entre le 9 mars 2020 et le 3 avril 2020. Certains hôpitaux ont été amenés à promouvoir ce sondage au travers de posters, présentations, promotion via les réseaux sociaux, e-mails...</p>
<p><b><i>Méthode d'analyse des données</i></b></p>	<p>▪ <b>Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</b> La méthode d'analyse utilisée est le positionnement épistémologique pragmatique avec une approche inductive.</p>

	<p>Les données ont été introduites dans Excel (Microsoft) afin de pouvoir en ressortir les thèmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</b> Il s'agit de Fofoa Pio, car elle ne travaille pas dans un département d'urgences.</li> <li>▪ <b>Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?)</b> Microsoft Excel</li> <li>▪ <b>Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</b> Non précisé</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</b> Les résultats sont présentés en thèmes et sous-thèmes, illustrés par des exemples de phrases citées par les participants.             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Facilitateurs : qu'est-ce qui compte le plus ?                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Travailler dans une équipe saine, soutenante et inclusive.</li> <li>1.2 Prodiguer des soins de haute qualité et centrés sur le patient</li> <li>1.3 Possibilités d'apprentissage et de développement</li> </ol> </li> <li>2. Obstacles : qu'est-ce qui entrave ?                 <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Le travail en équipe et les difficultés de leadership</li> <li>2.2 Ressources limitées</li> <li>2.3 Possibilités de développement professionnel insuffisantes</li> </ol> </li> <li>3. Opportunités : qu'est-ce qui peut être réalisé ?                 <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Encourager et renforcer des équipes soutenantes</li> <li>3.2 Augmenter les ressources</li> </ol> </li> </ol> </li> </ul>

	<p>3.3 Augmenter les possibilités d'apprentissage et de développement de nouvelles compétences</p> <p>3.4 Fournir un lieu de travail résilient</p> <p>▪ <b>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</b></p> <p>1372 employés de 22 sites d'urgences différents de Nouvelle-Zélande ont répondu au sondage. La majorité étaient des femmes (63%) et plus de la moitié de la cohorte étaient des infirmières (52%).</p> <p><b>1. Facilitateurs : qu'est-ce qui facilite le bien-être au travail ?</b></p> <p>Le premier aspect le plus important pour le bien-être au travail est celui des relations entre collègues et de leur importance. Les comportements des collègues a également de l'importance, notamment au travers du fait de pouvoir soutenir les autres, leur enseigner des choses, avoir de l'humour, être fier de faire partie de l'équipe.</p> <p>En second temps, les participants ont jugé important de prodiguer des soins de qualité et centrés sur le patient. Les participants mentionnent apprécier avoir le temps, les ressources et le soutien des collègues lors de soins, afin de pouvoir fournir une prise en charge efficace et holistique.</p> <p>Le troisième aspect facilitant le bien-être au travail concerne les opportunités de développement professionnel et de formation.</p> <p><b>2. Obstacles : qu'est-ce qui entrave le bien-être au travail ?</b></p> <p>Les résultats des participants quant au travail d'équipe ont été divergents : certains avaient l'impression d'avoir des équipes</p>
--	---

soutenantes et inclusives, alors que d'autres ont cité des problèmes d'incivilités et d'exclusion. Par ailleurs, il a été relevé que les cadres supérieurs seraient déconnectés de la réalité du travail, sur le terrain, et qu'ils mettent toujours davantage de pression sans connaître ce qu'il se passe dans le département des urgences.

Un autre aspect abordé est celui des ressources limitées ; les participants ressentent de la frustration, car ils ne peuvent pas exercer leur travail selon les normes, et ce, par manque de ressources (matérielles et humaines). Cela affecte la qualité des soins, augmente la négligence et le sentiment de devoir se précipiter. Un participant a notamment relevé le fait de ne jamais avoir le temps de correctement créer une relation avec le patient et trouver quelle est la cause de sa venue ; il faut faire l'admission au plus vite, évaluer, tester et libérer le patient au plus vite.

D'autre part, les opportunités de développement professionnel au travers de formations sont très recherchées, mais rares, et d'après les participants, et ne seraient pas toujours accordés/soutenus de manière équitable. De plus, ces projets ne peuvent souvent pas se réaliser/sont repoussés en raison du nombre d'employés insuffisant et de l'importante charge de travail. Il a également été relevé un manque de supervision de qualité, ce qui entrave le fait de se former « sur le terrain ».

### **3. Opportunités : qu'est-ce qui peut être réalisé ?**

Cette partie a été la partie la plus dense à laquelle les participants ont répondu parmi les trois.

L'importance du soutien de l'équipe a été l'un des thèmes dominants. Les participants ont mentionné l'envie d'être reconnus et de travailler dans un environnement sûr et avec

	<p>du respect mutuel, pouvoir poser des questions ou s'exprimer sans prendre le risque d'avoir des représailles ou d'être exclu. Il a été cité que l'un des contextes dans lesquels les équipes souhaiteraient avoir davantage de soutien de la hiérarchie est lors de violence ou d'abus verbaux. Selon les participants, davantage d'actions devraient être entreprises. Un participant (infirmière, level 4 = le plus haut) a mentionné ne pas se sentir en sécurité au travail, et que cela pourrait être la raison qui le ferait démissionner des urgences.</p> <p>Par ailleurs, de nombreux participants ont relevé le fait qu'il faut augmenter les effectifs, en particulier en ce qui concerne les médecins et les infirmières. Les participants ont cité l'augmentation de la charge de travail et se sont sentis frustrés, car il est devenu plus important de travailler rapidement et efficacement que de fournir des soins de haute qualité.</p> <p>En ce qui concerne la formation et le développement professionnel, les participants ont recommandé de donner la priorité à cet axe, notamment à l'orientation des nouveaux membres du personnel, à la supervision, aux retours d'expérience des seniors, aux débriefings, aux opportunités de promotion et à la formation via la simulation.</p> <p>Nombreux des participants ont signifié se considérer comme étant déjà résilient ; selon eux, ce qui manque n'est pas des interventions sur le bien-être personnel, mais une meilleure organisation, incluant tout le système, ainsi qu'un meilleur soutien au sein de l'équipe. La problématique pour eux réside en la pression attribuée au service des urgences, et cette pression ne diminuera pas avec de simples interventions sur la résilience personnelle et le bien-être ; selon eux, des interventions à la source (au niveau du système) seraient plus pertinentes.</p>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b></li> </ul>

Les résultats identifient les principaux facilitateurs, obstacles et opportunités liés au bien-être du personnel des services d'urgence. On observe une convergence des thèmes dans ces trois domaines. Le personnel des services d'urgence de cette étude souhaitait fournir des soins de haute qualité, travailler en collaboration et améliorer leurs compétences et leurs connaissances, mais se sentait frustré et dépassé dans des environnements de travail qui ne soutenaient pas cela.

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

Elle y répond en ayant pu identifier quels sont les facilitateurs, obstacles et opportunités au bien-être auprès du personnel de certains services d'urgences de Nouvelle-Zélande.

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

Les résultats de cette étude s'appuient sur ceux d'autres études qui avaient démontré que les facteurs contextuels et sociaux pouvaient être des déterminants du bien-être au travail. (Staempfli S. (2020) et Elder E. (2020)).

Selon De Simone S. (2019), des interventions programmées et dirigées par le personnel des urgences lui-même pourraient être plus efficaces pour lutter contre le burnout.

De très nombreux participants ont mentionné les possibilités de développement professionnel comme étant important pour eux. Staempfli S. (2020) mentionne dans une étude que l'auto-réalisation est un facteur de satisfaction au travail chez les infirmières travaillant dans un service d'urgences.

Un thème important a été celui de l'importance du travail d'équipe et du leadership. Shanafelt TD (2017) mentionne qu'un

	<p>travail d'équipe efficace a un impact positif sur la sécurité des patients et le bien-être du personnel soignant.</p> <p>Concernant le sentiment de résilience, les résultats de cette étude stipulant que les interventions devraient plutôt s'adresser au système de manière générale, d'autres auteurs ont démontré qu'agir sur la résilience personnelle pouvait être utile et efficace auprès des professionnels débutants, des stagiaires, ou de ceux qui ont vécu des événements difficiles dans un contexte professionnel. Cependant, il est important d'accorder davantage d'importance aux améliorations englobant tout le système et pas uniquement la résilience personnelle. Ceci favoriserait le bien-être au travail en réduisant le stress et la violence au travail, en améliorant les dynamiques d'équipe, l'environnement du service des urgences et la nature du travail aux urgences.</p>
<p><b>Recommandations &amp; suggestions</b></p>	<p>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b></p> <p>Elles sont citées par les auteurs : Soutenir une bonne dynamique d'équipe, agir contre les violences et les abus des patients et leurs proches, assurer au personnel des urgences suffisamment de ressources afin de pouvoir prodiguer des soins de haute qualité et centrés sur le patient, prioriser les formations et le développement professionnel en considérant cela comme un investissement essentiel au bien-être des patients et du personnel des urgences.</p> <p>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b></p> <p>Elles peuvent être appliquées par des chefs d'équipe de soins/chefs d'équipe médicale/directeur d'établissement, ...</p> <p>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b></p>

	<p>La majorité des participants était des infirmières et médecins. Il y avait des divergences entre les différents hôpitaux et professions. L'échantillon est hétérogène et a été sélectionné par les chercheurs. L'étude a été réalisée durant le premier confinement de COVID-19, ce qui a pu affecter le nombre de réponses ainsi que les réponses en elles-mêmes.</p>
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b> Elle y répond en ayant pu identifier quels sont les facilitateurs, obstacles et opportunités au bien-être auprès du personnel de certains services d'urgences de Nouvelle-Zélande.</li> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b> Les facteurs sociaux, organisationnels et les stratégies personnelles sont essentiels pour que le personnel des urgences soit résilient. De plus, le personnel des urgences a besoin d'avoir une bonne dynamique d'équipe et de se sentir soutenu, d'avoir des opportunités de développement professionnel et d'avoir assez de ressources matérielles et humaines pour prodiguer des soins de qualité.</li> </ul>

## Annexe 7 :

**How psychology might alleviate violence in queues: Perceived future wait and perceived load moderate violence against service providers. Efrat-Treister D., et al. (2019)**

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<p>▪ <b>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</b></p> <p>How psychology might alleviate violence in queues: Perceived future wait and perceived load moderate violence against service providers</p> <p><i>Comment la psychologie peut atténuer la violence dans les files d'attente : La perception de l'attente future et de la charge modèrent la violence à l'encontre des prestataires de services</i></p> <p>▪ <b>Quels sont les thèmes abordés ?</b></p> <p>Psychologie, violence aux urgences, violence à l'encontre des soignants</p> <p>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b></p> <p>Le titre se réfère aux prestataires de services de soins et aux violences à leur encontre. Cet article cherche à examiner comment l'attente et la queue influencent la violence des patients à l'encontre des prestataires de soins</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <p>Dorit Efrat-Treister<sup>1</sup>, Arik Cheshin<sup>2</sup>, Dana Harari<sup>3</sup>, Anat Rafaeli<sup>4</sup>, Shira Agasi<sup>4</sup>, Hadar Moriah<sup>4</sup>, Hanna Admi<sup>5</sup></p> <p>1 Department of Management, Ben-Gurion University of the Negev, Beersheba, Israel,</p>

	<p>2 Department of Human Services, University of Haifa, Haifa, Israel,</p> <p>3 Scheller College of Business, Georgia Institute of Technology, Atlanta, Georgia, United States of America,</p> <p>4 Faculty of Industrial Engineering and Management, Technion-Israel Institute of Technology, Haifa, Israel,</p> <p>5 Department of Nursing, The Max Stern Yezreel Valley College, Yezreel Valley, Israel</p>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p> <p>Non précisés.</p>
<b>Résumé</b>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Objectifs : Traiter les aspects opérationnels des files d'attente (encombrement et temps d'attente) comme des facteurs de stress, ou des contraintes opérationnelles qui empêchent d'atteindre les objectifs souhaités. Étudier comment ces facteurs de stress entraînent des émotions qui peuvent se manifester sous forme de violence. Dans ce contexte, les auteurs proposent deux aspects psychologiques des files d'attente : le temps d'attente futur prévu et la charge perçue. Ces derniers peuvent modérer les effets des facteurs de stress liés aux files d'attente. Les auteurs étudient les effets séparés et combinés de ces facteurs sur l'agression envers le personnel de service.</p> <p>Méthode : combinaison de données objectives sur l'encombrement, les rapports de violence et les durées d'attente, avec des mesures psychologiques de la charge perçue et de l'attente future perçue. Ceci a été recueilli auprès de 226 personnes dans un service d'urgences.</p> <p>Résultats : l'augmentation de l'affluence augmente les signalements de violence auprès de la sécurité. L'affluence est associée à un plus grand nombre d'incidents violents, alors qu'une charge perçue élevée et une faible attente future perçue sont associées à un moins grand nombre d'incidents violents.</p>

## Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques

### ***Pertinence***

- **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).**

Jong TD (2014) relève que les services d'urgences hospitaliers sont souvent la source de longues attentes et de l'affluence et ces deux facteurs ont un impact sur la violence dont font preuve les patients. La fréquence de ces actes de violence aux urgences est particulièrement élevée (Jong TD, 2014). Aux USA, 82% des prestataires de services auraient subi des actes de violence à leur rencontre durant la dernière année (Harris LC, 2003).

Les queues peuvent créer une sensation de l'affluence qui peuvent augmenter les agressions envers les prestataires (Anderson CA, 2000), et dans de cas extrêmes, peuvent aller jusqu'à la violence (Bourn J., 2003 ; Rippon TJ, 2000 ; Rose RL, 1999).

La violence affecterait négativement l'efficacité des équipes, mènerait à des erreurs, augmenterait les taux d'épuisement, de burnout et de turnover chez les employés.

L'affluence augmenterait le stress et le temps d'attente la frustration. L'attente perçue comme courte peut réduire le stress et la frustration tout comme le fait d'agir violemment.

La charge perçue comme importante fait augmenter l'attente perçue. L'attente perçue combinée à la charge perçue par les patients diminuent les agressions à l'encontre des équipes.

### ***Objectifs/questions de recherche***

- **Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?**

Au-delà des objectifs cités précédemment, les auteurs ont émis quatre hypothèses :

1. L'affluence est associée à l'augmentation de la violence
2. L'attente future perçue modère la relation entre l'affluence et la violence

	<p>3. La charge (de travail) perçue modère la relation entre l'affluence et la violence</p> <p>4. L'attente perçue combinée à la charge perçue par les patients diminuent les agressions à l'encontre des équipes.</p>
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<p>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b></p> <p>Affluence comme stresser, temps d'attente comme stresser, l'attente perçue comme amortisseur/réducteur de la violence, la charge perçue comme amortisseur/réducteur de la violence</p>

## PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

### Méthodologie

<b>Questions de recherche</b>	<p>▪ <b>Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'attente future perçue</li> <li>- La charge perçue</li> <li>- L'affluence</li> <li>- La violence</li> </ul> <p>▪ <b>Quels sont les buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche ?</b></p> <p>Traiter les aspects opérationnels des files d'attente (encombrement et temps d'attente) comme des facteurs de stress, ou des contraintes opérationnelles qui empêchent d'atteindre les objectifs souhaités. Étudier comment ces facteurs de stress entraînent des émotions qui peuvent se manifester sous forme de violence. Dans ce contexte, les auteurs proposent deux aspects psychologiques des files d'attente : le temps d'attente futur prévu et la charge perçue. Ces derniers peuvent modérer les effets des facteurs de stress liés aux files d'attente. Les auteurs étudient les effets séparés</p>
-------------------------------	---

	<p>et combinés de ces facteurs sur l'agression envers le personnel de service.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><i>Si applicable</i> : quelles sont les hypothèses de recherche ?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'affluence est associée à l'augmentation de la violence</li> <li>2. L'attente future perçue modère la relation entre l'affluence et la violence</li> <li>3. La charge (de travail) perçue modère la relation entre l'affluence et la violence</li> <li>4. L'attente perçue combinée à la charge perçue par les patients diminuent les agressions à l'encontre des équipes.</li> </ol> </li> </ul>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b> Il s'agit d'un devis expérimental, de type quantitatif.</li> <li>▪ <b><i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</b> Les auteurs ont triangulé trois sources de données : les dossiers hospitaliers sur le nombre de patients aux urgences, les registres de sécurité sur le nombre d'incidents violents signalés, ainsi que les réponses aux enquêtes menées auprès des personnes attendant aux urgences. Les données collectées sont objectives et subjectives (psychologiques). Les données objectives sur le terrain comprenaient l'affluence (nombre de patients dans les urgences à un moment donné), l'attente antérieure (temps d'attente d'une personne, utilisé comme contrôle) et les rapports de violence (nombre d'appels d'urgence passés à la sécurité par le personnel). Les données psychologiques (autodéclarées) comprenaient la perception de l'attente future et la perception de la charge.</li> <li>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</b> Le comité d'examen institutionnel du Rambam Medical Center (comité d'Helsinki) et le comité d'éthique du Technion-Israel's</li> </ul>

	Institute of Technology ont spécifiquement approuvé cette étude.
<b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b>	<p>▪ <b>Quelle est la population visée ?</b></p> <p>Les patients et les accompagnateurs d'un département d'urgences générales d'un hôpital universitaire public au nord d'Israël.</p> <p>Les patients de ce service d'urgences ne sont pas hospitalisés et sont capables de se tenir debout et de marcher/se déplacer.</p> <p>▪ <b>Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</b></p> <p>Les patients et les proches de ce service d'urgences ont été abordés au hasard dans la salle d'attente, par des assistants de recherche. Un bon pour une collation leur était proposé en échange de leur réponse à l'enquête.</p> <p>▪ <b>Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</b></p> <p>Non précisé.</p> <p>▪ <b>Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</b></p> <p>Non précisé.</p> <p>▪ <b>Si applicable: y a-t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ?</b></p> <p>Non applicable</p>
<b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b>	<p>▪ <b>Quels sont les instruments de mesure ?</b></p> <p>Un sondage (enquête) rempli par les patients/accompagnateurs.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).</b></li> </ul> <p>Oui, dans le sondage concernant les perceptions psychologiques, l'item concernant la charge perçue est évalué avec une échelle à Likert à 7 points (1 = tout à fait d'accord / 7 = pas du tout d'accord)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</b></li> </ul> <p>Les données (enquêtes) ont été collectées durant 19 visites entre le 6 décembre 2009 et le 4 octobre 2010. Les assistants de recherches ont collecté les données à toutes les heures de la journée et tous les jours de la semaine (prédéfini). Il n'y a eu aucune collecte de données réalisée durant les week-ends en raison des effectifs diminués, des niveaux d'affluence, populations et atmosphères différents, qui auraient influencé les résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</b></li> </ul> <p>VI : affluence, attente antérieure, charge perçue, attente future perçue  VD : nombre d'actes de violence</p>
<b><i>Interventions programmes applicable)</i></b>	<b><i>ou (si</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</b></li> <li>▪ <b>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</b></li> </ul> <p>Pour ces deux points : cf « Devis ».</p>
<b><i>Méthode d'analyse des données</i></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</b></li> </ul>

	<p>Affluence : N patients sont entrés (pris en charge) aux urgences jusqu'à X heure – N patients ont quitté les urgences jusqu'à X heure</p> <p>Attente antérieure : temps écoulé entre la réponse au sondage et l'entrée (prise en charge) aux urgences</p> <p>Violence : nombre d'appels à l'aide de la part des soignants 30 minutes avant et après le moment où les patients remplissent le sondage → les données extraites ont été considérées comme représentative par l'hôpital (143 sur 8 mois)</p> <p>Mesure des perceptions psychologiques, sondage/enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Charge perçue : likert 7 points</li> <li>- Attente future perçue : les participants exprimaient combien ils pensaient devoir attendre avant d'être pris en charge</li> </ul> <p>Les données démographiques des participants ont été recueillies également : âge, genre, niveau d'étude, statut socio-économique, raison médicale de la consultation aux urgences, nombre des visites antérieures réalisées aux urgences.</p> <p>Les données ont été analysées avec le PROCESS method Model 3, qui teste les équations de régression linéaire et les relations complexes entre les variables, comme la modération et la médiation. Le résultat est la violence et les indicateurs sont l'affluence, la charge perçue, l'attente future perçue. L'attente passée (antérieure) est considérée comme une variable contrôle.</p>
<b>Résultats</b>	<p>▪ <b>Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?</b></p> <p>226 participants, 56% de femmes, 44% d'hommes, moyenne d'âge = 33.99 ans (= 34 ans), moyenne d'année d'étude/formation = 13.31 ans.</p>

	<p>Taux de réponse = 95%</p> <p>▪ <b>Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?</b></p> <p>226 participants, 56% de femmes, 44% d'homme, moyenne d'âge = 33.99 ans (= 34 ans), moyenne d'année d'étude/formation = 13.31 ans.</p> <p>▪ <b>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p \leq 0,05</math>) ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'affluence est associée à une augmentation des actes de violence envers le personnel (<math>p = 0.004</math>) (Hypothèse 1)</li> <li>- L'attente future perçue atténue les effets de l'affluence sur les actes de violence. Donc plus l'attente perçue est faible, plus la relation entre l'affluence et la violence s'affaiblit/n'est pas significatif (<math>p &lt; 0.001</math>) (Hypothèse 2)</li> <li>- La charge perçue atténue les effets de l'affluence sur les actes de violence. Donc plus la charge perçue est importante (beaucoup de patients), plus la relation entre l'affluence et les actes de violence s'affaiblit (<math>p = 0.01</math>). Donc les actes de violence s'atténuent lorsque la charge perçue est importante et que l'affluence est faible. (Hypothèse 3)</li> <li>- Les actes de violence sont diminués lorsque l'attente future perçue est faible et la charge perçue est importante (<math>p &lt; 0.001</math>). Les résultats démontrent une interaction entre les 3 facteurs sur la violence (affluence, charge perçue, attente future perçue) ; l'affluence est associée à de plus hauts taux d'actes de violence, et la charge perçue importante et attente future perçue faible sont associées à moins d'actes de violence.</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les autres résultats importants ?</b> Les variables démographiques n'ont pas eu d'influence sur les variables étudiées.</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b> Lorsque les clients qui attendent dans un service d'urgence bondé perçoivent leur temps d'attente futur comme court et la charge dans le service d'urgence comme élevée, l'association entre l'affluence et la violence est plus faible. Une interaction tripartite montre en outre qu'une charge perçue élevée et un temps d'attente futur perçu comme faible sont associés à moins d'incidents violents.</li> <li>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</b> L'étude montre que l'association entre l'affluence et la violence est modérée par les évaluations psychologiques de l'attente future et de la charge perçue sur le système. Ces variables opérationnelles ont été influencées par les mesures psychologiques de la perception de l'attente future et de la charge perçue.</li> <li>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b> Des études ont démontré, tout comme celle-ci, que lorsque les personnes (clients/patients) perçoivent une charge de travail importante, ils sont plus enclins à supporter de l'attente (Buell RW, 2011). Ceci diminue leur tendance à être violents envers le personnel.</li> </ul>
<b>Recommandations &amp; suggestions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b></li> </ul>

	<p>Examiner les effets de l'espoir dans les files d'attente et examiner dans quelle mesure les établissements peuvent donner de l'espoir à leurs clients/patients/... lorsqu'il y a de l'attente.</p> <p>Examiner comment le fait de voir les employés travailler avec acharnement, car la charge de travail est importante, influence les actes de violence des clients/patients.</p> <p>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b></p> <p>Au travers d'expérimentations/d'études.</p> <p>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les liens de causalité ne peuvent pas s'appliquer, car cette étude n'a été réalisée que dans une salle d'attente des urgences, qui est un environnement stressant et non-représentatif de tous les établissements/entreprises/magasins où il peut y avoir de l'attente (magasins, etc).</li> <li>- Les actes de violence apparus durant la période de collecte de données ne proviennent pas forcément des personnes ayant répondu à l'enquête.</li> <li>- Le nombre de patients dans le service des urgences a été calculé sans tenir compte de leurs accompagnants, alors que les mesures psychologiques de la charge perçue ont tenu compte des accompagnants.</li> </ul>
<p><b>Conclusions</b></p>	<p>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b></p> <p>Les résultats suggèrent que la violence dans les files d'attente est liée à l'affluence et que le potentiel d'amélioration de la violence est lié aux évaluations psychologiques. La violence est plus faible lorsque les gens pensent qu'ils ont une courte attente devant eux et lorsqu'ils pensent que le système est</p>

	<p>occupé, ce qui indique que les prestataires de services travaillent avec attention. Ces évaluations psychologiques peuvent avoir un effet synergique qui peut potentiellement offrir un remède pour réduire la violence dans les files d'attente.</p> <p>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b></p> <p>Voir « Résultats ».</p>
--	--

#### Annexe 8 :

**Situational factors associated with burnout among emergency department nurses. Rozo J. A., et al. (2015)**

#### PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

##### Identification du titre et du résumé

<b>Titre</b>	<p>▪ <b>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</b></p> <p>Situational factors associated with burnout among emergency department nurses  <i>Facteurs situationnels associés à l'épuisement professionnel chez les infirmières des services d'urgence</i></p> <p>▪ <b>Quels sont les thèmes abordés ?</b></p> <p>Burnout (épuisement professionnel), infirmières du service d'urgences</p> <p>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b></p> <p>Le titre se réfère aux infirmières de services d'urgences</p>
--------------	---

<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jose Andres Rozo : infirmier en soins intensifs, Parkland Hospital, USA</li> <li>- DaiWai M. Olson : associé à la faculté de l'University of Texas Southwestern Medical Center (USA) et infirmier en soins intensifs de neurologie.</li> <li>- Hlaing (Sue) Thu: infirmière en imagerie, University of Texas Southwestern Medical Center, USA</li> <li>- Sonja E. Stutzman: responsable de la recherche clinique, University of Texas Southwestern Medical Center, USA</li> </ul>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p> <p>intervention d'urgence, risques professionnels, équipe de santé et de sécurité au travail, amélioration continue de la qualité, gestion</p>
<b>Résumé</b>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Objectifs : cette étude vise à comprendre les expériences et identifier les facteurs associés au burnout chez les infirmières travaillant aux urgences.</p> <p>Méthode : il s'agit d'une étude qualitative prospective. L'approche est phénoménologique. Cinq entretiens ont eu lieu : lors du 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup>, aucune nouvelle information était émise par les participants, ils sont alors arrivés à la saturation et se sont arrêtés de collecter des données.</p> <p>Résultats : répartis en 4 thèmes : environnement de travail, perception (interne et externe), violence au travail, détresse morale. L'environnement de travail était le thème le plus conséquent.</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b>Pertinence</b>	<p>▪ <b>La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou</b></p>

	<p><b>des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).</b></p> <p>Le burnout des soignants est l'une des problématiques avec la plus haute prévalence dans le système de la santé (Adriaenssens et al., 2015).</p> <p>D'après Hooper et al. (2010), les infirmières travaillant aux urgences sont à haut risque de développer un épuisement professionnel. Garcia-Izquierdo (2012) et Maslach (1982) mentionnent que cela peut causer d'autres pathologies et problématiques, en plus du burnout : hypertension, dépression, anxiété, abus de substances, erreurs médicales, diminution des effectifs, problématiques sociales, ...</p>
<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<p>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></p> <p>Cette étude vise à comprendre les expériences et identifier les facteurs associés au burnout chez les infirmières travaillant aux urgences.</p>
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<p>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b></p> <p>Burnout (épuisement professionnel), infirmières des urgences,</p>

## PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

### Méthodologie

<b>Questions de recherche</b>	<p>▪ <b>Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.</b></p> <p>Cette étude vise à comprendre les expériences et identifier les facteurs associés au burnout chez les infirmières travaillant aux urgences.</p>
<b>Devis</b>	<p>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b></p>

	<p>Il s'agit d'une étude qualitative prospective utilisant une approche phénoménologique et un échantillonnage raisonné, avec la technique snowball effect pour le recrutement de participants.</p> <p>▪ <b>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.).</b></p> <p>Le codage des données a été réalisé par un seul chercheur, ce qui présente autant des bénéfices que des biais.</p> <p>Les chercheurs n'ont pas été rémunérés pour cette étude.</p> <p>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</b></p> <p>Une dispense de consentement a été approuvée par l'Institutional Review Board; par conséquent, le consentement verbal a été donné par chaque infirmière, ce qui a permis de mieux protéger la confidentialité et l'anonymat. Tous les noms des participants ont été modifiés pour protéger leur identité.</p>
<b>Sélection des participants ou objet d'étude</b>	<p>▪ <b>Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</b></p> <p>La population visée est les infirmières travaillant aux urgences</p> <p>▪ <b>Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</b></p> <p>Inclusion : avoir de l'expérience aux urgences, déclarent ressentir du stress au travail, parlent anglais, ont plus de 18 ans.</p>
<b>Choix des outils de collecte de données</b>	<p>▪ <b>Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</b></p> <p>Entretiens individuels et formulaire d'auto-évaluation.</p> <p>▪ <b>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</b></p> <p>Les données ont été collectées auprès d'infirmières en poste et d'anciennes infirmières des urgences au moyen d'un formulaire</p>

	<p>d'auto-évaluation démographique et d'entretiens individuels. Avant chaque entretien, une brève description de l'étude, des procédures, du protocole d'entretien et du concept d'épuisement professionnel a été discutée avec chaque participant. Les entretiens ont duré environ une heure et ont été enregistrés. Les questions de l'entretien portaient sur l'expérience des infirmières en matière d'événements traumatiques liés au travail au sein du service d'urgence et d'autres questions d'approfondissement ont été posées si cela était nécessaire.</p>
<p><b>Méthode d'analyse des données</b></p>	<p>▪ <b>Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</b></p> <p>La méthode d'analyse utilisée est l'approche herméneutique (« recherche orientée vers les expériences vécues » Creswell, 2007)</p> <p>L'analyse des données a été réalisée à la fin de chaque entretien. L'interviewer a tenu un journal avec des notes de chaque entretien. La retranscription a été réalisée par un membre de l'équipe de recherche. Pour le codage, le chercheur a lu la transcription sans prendre de notes ni coder. Il a ensuite relu la transcription et mis en évidence les citations importantes susceptibles d'être identifiées comme des codes. Le chercheur a lu les codes et les a regroupés en trois ou quatre thèmes. L'analyse des données s'est achevée par la composition d'un tableau utilisant les codes et les thèmes identifiés. Les notes de terrain ont été mises en correspondance avec les thèmes et ajoutées au tableau d'analyse des données. En guise de dernière étape de l'analyse des entretiens individuels, le chercheur a identifié trois ou quatre citations remarquables susceptibles d'être utilisées pour étayer les thèmes dans la présentation finale des données. Une fois l'analyse des données de tous les entretiens individuels terminée, le chercheur a entamé une analyse croisée des codes des entretiens en compilant les codes et les thèmes de tous les entretiens, en créant un tableau d'analyse des données combiné et en déterminant les thèmes généraux qui ont émergé au cours du processus d'analyse des données.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</b> On ne sait pas exactement qui, mais plusieurs des auteurs.</li> <li>▪ <b>Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?)</b> Non précisé</li> <li>▪ <b>Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</b> La validation des données s'est fait avec la triangulation des données, la révision par les pairs (autres infirmières d'autres régions) et des descriptions riches et détaillées par le biais du journal de l'intervieweur (qui permettait d'avoir l'entièreté des récits)</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</b> Les résultats sont présentés en thèmes et sous-thèmes.</li> <li>▪ <b>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude) ?</b></li> <li>- <b>Environnement de travail</b> : l'environnement de travail aux urgences est décrit comme chaotique. La surcharge de patients serait le facteur le plus stressant et une des causes principales de burnout. Des équipes inadéquates (heures supplémentaires, responsabilités accordées en plus, pénurie de personnel) accentuent la charge de travail. Les participants ont également mentionné les symptômes d'alarme de fatigue liés à l'environnement des urgences (marcher davantage, car la taille du département est grande et éloignée des autres services comme la radiologie, sons). Sur les 5 infirmières interrogées, 3 avaient quitté les urgences à cause d'importants niveaux de burnout.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Perceptions (internes et externes) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Internes : les infirmières des urgences ont le sentiment de ne pas être appréciées, souffrent de dépersonnalisation, car il y a une charge de travail et un flux de patient importants, se sentent incapables de répondre aux attentes professionnelles et manquent de temps pour accomplir leur travail correctement, ont l'impression de ne pas interagir pleinement avec les patients.</li> <li>○ Externes : les infirmières ont vécu des situations désagréables de la part de patients à leur rencontre, elles ont le sentiment que les patients veulent tout selon leur emploi du temps à eux, qu'ils ne comprennent pas le processus de triage, entraînant de l'insatisfaction. Cette insatisfaction est ensuite projetée sur les infirmières des urgences.</li> </ul> </li> <li>- <b>Violence au travail :</b> les expériences de violence, la peur de l'inconnu, le manque de soutien sont des contributeurs au burnout d'après les participants. Les séquelles physiques et psychologiques de ces événements de violence contribuent aussi au burnout.</li> <li>- <b>Détresse morale :</b> selon les infirmières interrogées, la détresse morale fait partie du processus de burnout. Plus en détails, elles ont mentionné la tristesse causée par des décès, la prise en charge de patients qui revienne aux urgences à la suite de tentatives de suicide, le manque de moyens pour décompresser. Elles se demandent souvent si elles n'aimeraient pas changer de département ou même de métier.</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b></li> </ul> <p>Cette étude a révélé que l'épuisement professionnel continue de se produire et que les infirmières continuent de quitter les urgences en raison de facteurs tels que la violence au travail, la</p>

	<p>charge de travail et la dotation en personnel, et la perception du soutien administratif.</p> <p>Dans cet échantillon, la communication et l'interaction avec les médecins n'étaient pas associées à l'épuisement professionnel.</p> <p>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?</b></p> <p>Cette étude a mis en évidence l'importance de la détresse morale et des perceptions des infirmières. Elle a également mis en évidence une relation entre la détresse morale et le burnout.</p> <p>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b></p> <p>Les résultats se rattachent à ceux d'autres études (Garcia 2012 ; Adriaenssens 2015) stipulant que les infirmières des urgences sont plus susceptibles de souffrir de burnout.</p> <p>Cette étude se rattache également à une étude (Van Bogaert et al., 2017) sur la communication médecins-infirmières, jugée comme plutôt positive et pas associée au burnout.</p>
<p><b>Recommandations &amp; suggestions</b></p>	<p>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b></p> <p>L'identification de stratégies pour aider les infirmières à faire face aux facteurs favorisant le burnout (environnement de travail, violence, détresse morale). Les auteurs mentionnent notamment des groupes de soutien afin qu'elles puissent échanger leurs expériences. Les auteurs proposent également la pleine conscience pour augmenter le sentiment de bien-être et par conséquent, diminuer le sentiment d'épuisement professionnel. L'étude a également démontré que les infirmières ont besoin de repos/pauses, groupes de soutien, temps à part de l'unité et des patients, et un temps de « sursis » des urgences.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b> Applicables dans tout contexte d'urgences.</li> <li>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b> Le but était de générer des hypothèses, les résultats ne sont donc pas généralisables. Les questions étaient posées sur le burnout spécifiquement, malgré que pas toutes les infirmières en dehors des participants, souffrent de burnout. Le codage des données a été réalisé par un seul chercheur, ce qui présente autant des bénéfices que des biais.</li> </ul>
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b> Cette étude sensibilise au risque d'épuisement professionnel et peut générer des idées pour atténuer l'épuisement professionnel et améliorer la qualité des soins prodigués aux patients des urgences et à leurs familles.</li> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b> Les résultats de cette étude qualitative ont révélé que les infirmières des urgences souffrent d'épuisement professionnel en raison d'environnements malsains, stressants et parfois violents.</li> </ul>

## Annexe 9 :

**The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. Hassankhani H., et al. (2018)**

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<p>▪ <b>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</b></p> <p>The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study  <i>Les conséquences de la violence à l'encontre des infirmières travaillant dans un département d'urgences : une étude qualitative</i></p> <p>▪ <b>Quels sont les thèmes abordés ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Souffrance au travail vécue par les infirmières travaillant aux urgences</li> <li>- Violence vécue par les infirmières travaillant aux urgences</li> </ul> <p>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b></p> <p>Se réfère aux infirmières travaillant aux urgences. Veut chercher à connaître quelles sont les conséquences de la violence qu'elles vivent au travail.</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>H. Hassankhani :</b> Department of Medical-Surgical Nursing, Center of Qualitative Studies, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>N. Parizad</b> : Department of Medical-Surgical Nursing, Center of Qualitative Studies, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran</li> <li>- <b>J. Gacki-Smith</b> : Joint Commission International, Oakbrook, IL, USA</li> <li>- <b>A. Rahmani</b> : Department of Medical-Surgical Nursing, Center of Qualitative Studies, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran</li> <li>- <b>E. Mohammadi</b> : Faculty of Medical Sciences, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran</li> </ul>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmières, infirmières travaillant aux urgences, violence au travail, département des urgences, souffrance, Iran</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Cette étude vise à comprendre quelles sont les conséquences de la violence vécue au travail par les infirmières des urgences, sur la vie desdites infirmières, mais aussi sur les soins prodigués aux patients. Cette étude s'est focalisée sur l'Iran, car il y a peu d'études concernant ce pays.</p> <p>Le devis de l'étude est qualitatif : des interviews semi-structurés ont été conduits auprès de 16 infirmières des urgences travaillant dans 5 hôpitaux en Azerbaïdjan et en Iran. Le thème « infirmières en souffrance » a été émergent et serait la conséquence principale de la violence qu'elles vivent. Les autres thèmes sont les risques sur la santé mentale, les risques sur la santé physiques, les menaces quant à l'intégrité professionnelle et les menaces quant à l'intégrité sociale.</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b>Pertinence</b>	<p>▪ <b>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).</b></p>

	<p>Environ 25% des incidents violents surviennent au sein du système de santé, d'après Fute M. et al. (2015).</p> <p>D'autre part, les soignants ont 16 fois plus de risque d'être exposés à de la violence, comparé à d'autres professions (Elliott PP, 1997).</p> <p>Différentes études démontrent que la violence au travail existe dans chaque pays, à des taux différents, par exemple 30% pour les Etats-Unis et 91.4% pour la Jordanie. Des études plus récentes ont démontré que ces taux ne cessent d'augmenter.</p> <p>Par ailleurs, la violence vécue par les infirmières aurait des conséquences telles que des états de stress post-traumatique. Les départements des urgences seraient à haut risque de subir des comportements de violence à l'encontre de leurs infirmières, tout comme ceux de psychiatrie et de soins intensifs.</p> <p>Par ailleurs, des études antérieures ont démontré que les hôpitaux ne mettaient pas toujours tout en œuvre dans le but de prévenir les agressions envers le personnel soignant. Les études qui ont déjà été réalisées en Iran concernent les causes de ces agressions, ce qui a mené les patients à avoir des comportements violents, mais aucun aspect concernant les conséquences de ces derniers chez les infirmières n'ont été étudiés.</p>
<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<p>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></p> <p>Le but de cette étude est de déterminer les suites et conséquences de la violence vécue au travail par des infirmières des urgences, en explorant leurs perspectives et expériences.</p>
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<p>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b></p> <p>Workplace violence : la violence au travail</p>

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE	
Méthodologie	
<b>Questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.</b></li> </ul> <p>Pas de question de recherche précise.</p> <p>Le but de cette étude est de déterminer les suites et conséquences de la violence vécue au travail par des infirmières des urgences, en explorant leurs perspectives et expériences.</p>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b></li> </ul> <p>Il s'agit d'un devis qualitatif : interviews semi-structurés effectué auprès de seize infirmières de cinq hôpitaux différents en Azerbaïdjan et en Iran.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>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.).</b></li> </ul> <p>Les auteurs mentionnent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt. L'étude a été financée par le Research council of Tabriz Medical Science University. Cependant, trois d'entre eux sont affiliés à un département de soins infirmiers (recherches en sciences infirmières) et l'un d'entre eux fait partie de la Joint Commission International qui est une association à but non lucratif aux Etats-Unis, chargée d'agir quant à la sécurité et qualité des soins au niveau international.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</b></li> </ul> <p>Le protocole de recherche a été approuvé par le comité éthique de l'Université en Sciences Médicales de Tabriz. Par ailleurs, les recherches sont conformes à la déclaration d'Helsinki de 1995. Tous les participants ont été informés du but de l'étude et de son déroulement. Dans un but de maintenir la confidentialité des</p>

	données, aucun nom n'a été utilisé dans les enregistrements audios ou les retranscriptions.
<b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b>	<p>▪ <b>Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</b> La population visée est les infirmières travaillant dans un département d'urgences en Iran ou en Azerbaïdjan.</p> <p>▪ <b>Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</b> Critères d'inclusion : expérience professionnelle d'au moins une année aux urgences, volonté de participer à l'étude, avoir expérimenté de la violence (physique ou verbale) en travaillant aux urgences, la capacité de parler Azari ou Persan.</p>
<b><i>Choix des outils de collecte de données</i></b>	<p>▪ <b>Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</b> La collecte des données a été réalisée sous forme d'entretiens semi-structurés, en face-à-face, avec l'investigateur principal.</p> <p>▪ <b>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</b> La collecte des données a duré 11 mois : de février à décembre 2015. Les entretiens débutaient avec des questions générales et se précisaient selon la réponse des participants. La durée des entretiens était de 38 minutes à 104 minutes.</p>
<b><i>Méthode d'analyse des données</i></b>	<p>▪ <b>Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</b> Les données ont été retranscrites verbatim et analysées avec le logiciel MAXQDA 10. Une approche contenant six étapes d'analyse de contenu a été utilisée. Les données ont été analysées durant la même période que la collecte des données (février à décembre 2015)</p> <p>▪ <b>Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</b></p>

	<p>Les données ont été analysée par le chercheur principal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?)</b> MAXQDA 10</li> <li>▪ <b>Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</b></li> </ul> <p>Une partie des données a été transmise aux participants, qui ont pu donner leur point de vue sur ce qui avait été retranscrit.</p> <p>Par ailleurs, les critères de fiabilité, crédibilité, transférabilité et conformabilité ont été appliqués à cette étude et ont permis de confirmer l'absence de biais de la part des auteurs.</p>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</b></li> </ul> <p>Seize infirmières ont été retenues : 9 hommes et 7 femmes ayant entre 26 et 44 ans. Leurs années d'expérience varient de 2 à 18 ans. L'une d'entre elle avait un doctorat, six un master et les 9 restantes un bachelor.</p> <p><b>Le thème principal est « les infirmières en souffrance ».</b></p> <p>Ce thème contient quatre sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les risques pour la santé mentale,</li> <li>- les risques pour la santé physique,</li> <li>- les menaces pour l'intégrité professionnelle</li> <li>- les menaces pour l'intégrité sociale.</li> </ul> <p>De ces quatre sous-thèmes émergent onze concepts : souffrir de dépression, anxiété et stress, émotions désagréables, dommages physiques, les maladies chroniques liées au stress, troubles du sommeil perte d'intérêt pour son travail, peu d'interactions entre les infirmières, perturbations dans les soins infirmiers, perturbations dans la famille, déficience de l'activité quotidienne (temps libre).</p>

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

Les infirmières ont expérimenté du stress, de l'anxiété, de la dépression, des troubles émotionnels et du comportements après avoir subi des agressions sur leur lieu de travail.

La plupart des infirmières ayant vécu de la dépression étaient désormais sous traitement depuis plusieurs années. Elles ont également relevé une perte de motivation, un sentiment de perte d'espoir et un sentiment d'isolement. Elles ont souligné le fait qu'avant de subir une dépression, elles ont vécu un mal-être durant plusieurs mois.

La peur est également extrêmement mise en avant : peur suite à des cris, peur d'être suivi.

Certaines évoquent un sentiment d'humiliation, de tristesse, d'insécurité.

Les hommes (71.4% des hommes de l'étude), comparé aux femmes (11.1% des femmes de l'étude) sont plus à risque d'avoir des blessures physiques suite à des agressions sur leur lieu de travail (notamment des traumatismes ortho/ostéo).

Les participants ont rapporté avoir des troubles digestifs, des difficultés respiratoires, des migraines, une perte d'appétit, liées selon eux au stress ou faisant suite à des agressions qu'ils ont vécues.

Les troubles du sommeil est la problématique qui touche le plus grand nombre de participants. Parmi ceux-ci sont évoqués les cauchemars (77.8% pour les femmes, 28.6% pour les hommes), le manque de sommeil ou le sommeil excessif.

Les participants décrivent que vivre de la violence au travail leur fait perdre leur intérêt à aller au travail, l'envie de changer d'environnement de travail, appauvrissement des relations entre les soignants, et les risques courus par les patients qui sont causés par un manque de concentration des infirmières.

	<p>Par ailleurs, les participants ont décrit que cela affectait leurs relations sociales et familiales, car ils ont des comportements agressifs envers leurs proches.</p> <p>D'autre part, le temps que les infirmières prennent pour dénoncer ces agressions (police, tribunal) empiète sur leur temps libre. L'une d'entre elle exprime que pour cette raison, elle ne dénonce plus les violences qu'elle subit au travail de la part des patients.</p>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b></li> </ul> <p>Les résultats de cette étude démontrent que les infirmières ayant vécu des violences au travail de la part des patients ou leur entourage, souffraient de problématiques mentales et physiques et décrivaient des conséquences négatives sur leur vies professionnelles et sociales. Par ailleurs, cette étude démontre que la violence au travail affecte les relations familiales et entre collègues, et impacte également le temps que les infirmières ont de libre (congrés, repos).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?</b></li> </ul> <p>Elle y répond en démontrant les conséquences vécues par les infirmières qui ont subi des comportements de violence sur leur lieu de travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b></li> </ul> <p>Les résultats démontrent que les conséquences de la violence sur le lieu de travail affectent les participants au niveau psychologique, physique, émotionnel, professionnel, fonctionnel, social et financier, tout comme le démontre l'étude de Lanctôt et Guay. Par ailleurs, les résultats concordent avec l'étude de Mahoney au niveau du changement de comportement des infirmières avec leurs proches. De manière générale, les résultats se rattachent aux études récentes qui ont été faites sur le sujet.</p>

<p><b>Recommandations &amp; suggestions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b> Étudier l'impact sur les autres professionnels de santé et professionnels du département des urgences : accueil, sécurité. Interroger des infirmières qui ont quitté (démissionné) les urgences suite à des violences.</li> <li>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b> Il est recommandé (dans la conclusion) de mettre en place des programmes pour les soignants des urgences ayant vécu de la violence au travail. Il est nécessaire également de faire de la prévention et de soutenir les personnes concernées afin de favoriser la sécurité au travail, mais aussi la sécurité des patients.</li> <li>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b> Limites : seules des infirmières ont été interviewées, ce qui ne donne pas une vision de tous les professionnels des urgences.</li> </ul>
<p><b>Conclusions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b> En démontrant que les infirmières sont affectées de manière multidimensionnelle lorsqu'elles vivent de la violence au travail.</li> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b> Les infirmières ayant vécu de la violence physique ou verbale sur le lieu de travail souffrent de conséquences multidimensionnelles. Ces dernières ont un impact sur la santé et le bien-être des infirmières, mais également des patients.</li> </ul>

## Annexe 10 :

**Violence in hospitals and burnout among nursing staff. Grinberg K., Revach G., Lipsman. (2022)**

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<p>▪ <b>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</b></p> <p>Violence in hospitals and burnout among nursing staff  <i>Violence dans les hôpitaux et épuisement professionnel du personnel infirmier</i></p> <p>▪ <b>Quels sont les thèmes abordés ?</b></p> <p>La violence dans un département d'urgences, le burnout</p> <p>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b></p> <p>Le titre se réfère aux infirmiers et s'intéresse au lien entre la violence dans les hôpitaux et l'épuisement professionnel chez les infirmiers.</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <p>K. Grinberg, C. Revach, G. Lipsman. Les trois auteurs sont issus du <i>Nursing Sciences Department, Faculty of Social and Community Sciences, Rupin Academic Centre, Emek-Hefer 402500, Israel</i></p>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p> <p>Infirmières urgentistes, département des urgences, violence sur le lieu de travail, personnel infirmier, épuisement professionnel (burnout), violence professionnelle</p>

<p><b>Résumé</b></p>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Cette étude vise à déterminer les différences au niveau de l'épuisement professionnel entre les infirmières travaillant aux urgences et les infirmières travaillant dans d'autres services, ainsi que les liens de cet épuisement professionnel avec la violence. Cette étude a été menée dans différents hôpitaux d'Israël.</p> <p>Il s'agit d'une étude transversale avec un questionnaire divisé en trois parties.</p> <p>Les infirmières travaillant aux urgences avaient expérimenté des niveaux plus importants de burnout. Ces burnout avaient un lien avec la violence physique et verbale.</p>
<p><b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b></p>	
<p><b>Pertinence</b></p>	<p>▪ <b>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).</b></p> <p>Les comportements de violence des patients et leur famille est l'une des plus grosses problématiques à laquelle les hôpitaux sont confrontés (Timmins F, 2022). En Israël, la violence est en hausse, ce qui péjore ce phénomène de violence intra-hospitalière (Shafran-Tikva S, 2017). Il y aurait 3500 incidents par années, dont environ 25% de violence physique (Ministry of Health, 2018). Cette violence à l'encontre des soignants a un impact sur l'épuisement professionnel, la qualité des soins, la satisfaction des patients et les résultats de santé bénéfiques pour les patients (Hogarth KM, 2016 ; Berlanda S, 2019 ; OMS, 2016), et une hausse des coûts de la santé (Camerino D, 2008).</p> <p>La violence peut être la cause de perturbations émotionnelles à long terme, par exemple le stress, l'anxiété, la dépression (Elroi and Gross).</p> <p>Ce phénomène mène à des départs et un turnover, ce qui complique l'organisation du recrutement de nouveaux employés (Efrat-Teister D, 2019).</p>

	<p>Aux USA, 88.3% des infirmières urgentistes auraient subi de la violence physique ou verbale. Ces incidents seraient en hausse, comparé à la décennie passée (Hsieh HF, 2016).</p> <p>Selon Aksakal et al., les infirmières ayant subi de la violence et des humiliations seraient significativement plus enclines à changer de travail, d'établissement ou de profession si elles en avaient l'opportunité. D'après l'American Nurses Association (2019), 20 à 60% des incidents ne seraient pas signalés.</p> <p>Les infirmières seraient plus à risque que les médecins, car elles interviennent en premier lieu et sur une plus longue durée (Edward KL, 2014). Par ailleurs, les infirmières du triage seraient encore plus à risque de subir des violences. Ces dernières se calment lorsque le médecin arrive (Pich and colleagues).</p>
<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<p>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></p> <p>L'objectif de cette étude est d'examiner les différences entre les niveaux de burnout des infirmières des urgences comparées aux infirmières d'autres département, et d'examiner les liens entre ces burnout et l'exposition à de la violence.</p> <p>Trois hypothèses ont été émises et examinées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un niveau plus élevé de burnout sera retrouvé chez les infirmières travaillant aux urgences, comparé aux infirmières travaillant dans d'autres départements.</li> <li>- Il y a un lien entre le niveau d'épuisement professionnel des infirmières et leur exposition à de la violence physique au travail. Donc, plus elles sont exposées à de la violence physique au travail, plus leur niveau de burnout est important.</li> <li>- Il y a un lien entre le niveau d'épuisement professionnel des infirmières et leur exposition à de la violence verbale au travail. Donc plus elles sont exposées à de la violence</li> </ul>

	verbale, plus leur niveau d'épuisement professionnel est important.
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<p>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b></p> <p>Épuisement professionnel, violence physique et violence verbale, violence professionnelle</p>

## PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

### Méthodologie

#### Questions de recherche

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

- Sexe
- Age
- Niveau de formation
- Profession
- Ancienneté en années
- Temps plein/partiel
- Département de l'hôpital
- Travaille autre part ?
- Sentiment d'épuisement professionnel
- Fréquence de la violence physique
- Fréquence de la violence verbale

▪ **Quels sont les buts *et/ou* questions *et/ou* objectifs de recherche ?**

L'objectif de cette étude est d'examiner les différences entre les niveaux de burnout des infirmières des urgences comparées aux infirmières d'autres département, et d'examiner les liens entre ces burnout et l'exposition à de la violence.

▪ ***Si applicable*: quelles sont les hypothèses de recherche ?**

Trois hypothèses ont été émises et examinées :

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un niveau plus élevé de burnout sera retrouvé chez les infirmières travaillant aux urgences, comparé aux infirmières travaillant dans d'autres départements.</li> <li>- Il y a un lien entre le niveau d'épuisement professionnel des infirmières et leur exposition à de la violence physique au travail. Donc, plus elles sont exposées à de la violence physique au travail, plus leur niveau de burnout est important.</li> <li>- Il y a un lien entre le niveau d'épuisement professionnel des infirmières et leur exposition à de la violence verbale au travail. Donc plus elles sont exposées à de la violence verbale, plus leur niveau d'épuisement professionnel est important.</li> </ul>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b> Il s'agit d'un devis transversal</li> <li>▪ <b><i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</b> Un questionnaire contenant trois parties a été rempli par des infirmières des urgences et d'autres départements.</li> <li>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ?</b> <b>Argumenter la réponse.</b> Oui, le consentement éclairé a été obtenu et l'étude a été approuvée par le comité d'éthique du centre universitaire Ruppin.</li> </ul>
<b>Sélection des participants ou objet d'étude</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la population visée ?</b> Les infirmières travaillant aux urgences et les infirmières travaillant dans d'autres départements de trois hôpitaux publics en Israël.</li> </ul>

	<p>▪ <b>Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</b></p> <p>Un questionnaire en ligne sur la plateforme Google Forms a été diffusé sur les réseaux sociaux et les forums Internet d'infirmières parmi les infirmières travaillant dans trois hôpitaux publics généraux en Israël, en utilisant un échantillonnage en boule de neige. La collecte des données a eu lieu de novembre 2020 à mars 2021.</p> <p>▪ <b>Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</b></p> <p>Inclusion : infirmières travaillant aux urgences ou autres départements des trois hôpitaux publics, infirmières travaillant en santé communautaire ou lieu de vie (homes).</p> <p>▪ <b>Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</b></p> <p>Non précisé.</p> <p>▪ <b>Si applicable : y a-t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ?</b></p> <p>Comparaison : infirmières travaillant dans un département d'urgences – infirmières travaillant dans d'autre départements.</p>
<p><b>Choix des outils de collecte des données</b></p>	<p>▪ <b>Quels sont les instruments de mesure ?</b></p> <p>Il s'agit d'un questionnaire contenant trois parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- données sociodémographiques : sexe, âge, profession, taux d'occupation, ancienneté, département.</li> <li>- Burnout Inventory : épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissements professionnels</li> <li>- Fréquence des incidents violents (questionnaire de Dalal, 14 items) : violence physique (5 items), violence</li> </ul>

	<p>verbale/émotionnelle (5 items), les conséquences d'être exposé à de la violence (4 items)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).</b>          Pour le Burnout Inventory, utilisation d'échelle de Likert à 7 points (1 = jamais / 7 = tous les jours)          Pour le questionnaire de Dalal, échelle de Likert à 5 points (1 = pas du tout / 5 = beaucoup)</li> <li>▪ <b>De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</b>          La collecte des données a eu lieu de novembre 2020 à mars 2021. Les infirmières remplissaient le questionnaire via Google Forms.</li> <li>▪ <b>Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</b>          Par hypothèse :         <ol style="list-style-type: none"> <li>1. VD : travailler aux urgences/travailler dans un autre département            VI : niveau de burnout</li> <li>2. VD : exposition à de la violence physique au travail            VI : niveau de burnout</li> <li>3. VD : exposition à de la violence verbale au travail            VI : niveau de burnout</li> </ol> </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>▪ <b>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</b></li> <li>▪ <b>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</b></li> </ul> <p>Non applicable</p>

<b>Méthode d'analyse des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</b></li> </ul> <p>Les données ont été analysées avec le logiciel IBM SPSS Statistics V21.0. Par ailleurs, un t-test a été effectué afin de déterminer les différences au niveau du burnout entre les infirmières des urgences et celles d'autres départements.</p> <p>Un coefficient de corrélation de Pearson a été effectuée afin de connaître les liens entre l'épuisement professionnel des infirmières et leur exposition à de la violence (physique et verbale).</p>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?</b></li> </ul> <p>150 infirmières ont répondu au questionnaire : 75 des urgences et 75 d'autres départements.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?</b></li> </ul> <p>50% travaillaient dans un département d'urgences, 50% au sein d'autres départements</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p \leq 0,05</math>) ?</b></li> </ul> <p>Les trois hypothèses ont été confirmées, leurs p-value étant inférieures à 0.05.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les autres résultats importants ?</b></li> </ul> <p>Il y a une corrélation entre le sentiment d'épuisement professionnel chez les infirmières et leur ancienneté : plus elles avaient d'années d'ancienneté, plus elles étaient sujettes à un épuisement professionnel.</p>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b></li> </ul> <p>Les résultats indiquent que la prévalence d'épuisement professionnel est plus importante chez les infirmières</p>

travaillant aux urgences. Par ailleurs, il y a une corrélation entre l'exposition à la violence physique ou verbale et le degré d'épuisement professionnel.

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

Les trois hypothèses ont été confirmées ;

- Un niveau plus élevé de burnout sera retrouvé chez les infirmières travaillant aux urgences, comparé aux infirmières travaillant dans d'autres départements.
- Il y a un lien entre le niveau d'épuisement professionnel des infirmières et leur exposition à de la violence physique au travail. Donc, plus elles sont exposées à de la violence physique au travail, plus leur niveau de burnout est important.
- Il y a un lien entre le niveau d'épuisement professionnel des infirmières et leur exposition à de la violence verbale au travail. Donc plus elles sont exposées à de la violence verbale, plus leur niveau d'épuisement professionnel est important.

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

Hooper et al. ont trouvé dans leur étude que les infirmières travaillant aux urgences avaient les niveaux les plus importants de fatigue et burnout, environ 82% souffrant de burnout moyen à sévère et 86% de fatigue moyenne à sévère. A contrario, une étude menée en Espagne démontrait que les infirmières de soins intensifs étaient plus sujettes à la fatigue compassionnelle que les infirmières des urgences (Gascon et al., 2009).

	<p>Concernant la seconde hypothèse, les résultats vont dans le sens des études antérieures, et également dans le sens d'une étude allemande récente qui démontrait que les agressions physiques avaient un lien avec le burnout chez les infirmières (Vincent-Höper S, 2020).</p> <p>La troisième hypothèse a été confirmée par la littérature internationale qui démontre que les infirmières sont sujettes à des violences, partout dans le monde.</p> <p>Les études concernant l'ancienneté et le niveau d'épuisement professionnel sont quant à elles variables, et ne vont pas toujours dans le sens des résultats de cette étude-là. Par exemple, Hooper C. (2010) et Roche A. (2017) ont démontré dans leurs études que l'ancienneté avait un effet bénéfique sur le degré d'épuisement professionnel, car cette composante permet à l'infirmière d'avoir plus de compétences et de moyens pour gérer la pression et prévenir l'épuisement professionnel.</p>
<p><b><i>Recommandations suggestions</i></b></p>	<p><b>&amp;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b></li> <li>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b></li> </ul> <p>Pour la pratique : d'après les auteurs, il est important de reconnaître la sévérité d phénomène de violence envers les infirmières et de le réduire ou du moins, le prévenir. Prévenir la violence dans les départements des urgences devrait être la priorité des hôpitaux et systèmes de santé.</p> <p>Par ailleurs, il est important d'identifier systématiquement les facteurs qui ont un impact sur le burnout chez les infirmières. Il est également important d'identifier les besoins des infirmières concernées. Les organisations de santé (systèmes de santé) ne devraient pas uniquement prévenir la violence,</p>

	<p>mais également reconnaître les effets néfastes de la violence verbale sur l'épuisement professionnel des infirmières.</p> <p>Pour la recherche : une étude plus approfondie, avec un échantillon plus important et varié devrait être menée.</p> <p>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b></p> <p>L'échantillon est petit et pas représentatif de toutes les équipes d'infirmières, les résultats ne peuvent donc pas être considérés comme une généralité. Le fait qu'il s'agisse d'une étude transversale ne peut pas déterminer qu'il y a une relation de cause à effet entre le burnout et l'exposition à de la violence physique, verbale, émotionnelle sur le lieu de travail. De plus, les liens étant statistiquement faibles, il est conseillé par les auteurs de tirer des conclusions de cette étude avec prudence. Cette étude a été menée durant la pandémie de COVID-19, ce qui a pu fausser les perceptions des infirmières lorsqu'elles répondaient au questionnaire. De plus, les infirmières ont rempli le questionnaire par elles-mêmes, ce qui peut avoir une forte influence sur les résultats. D'autre part, les infirmières ayant répondu au questionnaire avaient un niveau d'études académique. Par conséquent, le degré d'études pourrait avoir eu une influence sur les résultats.</p>
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b></li> </ul> <p>Les trois hypothèses ont été confirmées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un niveau plus élevé de burnout est retrouvé chez les infirmières travaillant aux urgences, comparé aux infirmières travaillant dans d'autres départements.</li> <li>- Il y a un lien entre le niveau d'épuisement professionnel des infirmières et leur exposition à de la violence physique au travail. Donc, plus elles sont</li> </ul>

	<p>exposées à de la violence physique au travail, plus leur niveau de burnout est important.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y a un lien entre le niveau d'épuisement professionnel des infirmières et leur exposition à de la violence verbale au travail. Donc plus elles sont exposées à de la violence verbale, plus leur niveau d'épuisement professionnel est important.</li> <li>- L'ancienneté a un impact sur le degré d'épuisement professionnel. Les résultats de cette étude ont démontré que plus l'on a de l'ancienneté, plus le degré d'épuisement est important.</li> </ul>
--	---

#### Annexe 11 :

**Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. Adriaenssens J., De Gucht V., Maes S. (2015)**

#### PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

##### Identification du titre et du résumé

##### Titre

- **Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).**

Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study.  
*Causes et conséquences du stress professionnel chez les infirmières d'urgence, une étude longitudinale.*

- **Quels sont les thèmes abordés ?**

Stress professionnel, infirmières d'urgences

- **Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?**

	Oui. Aux infirmières d'urgences
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <p><b>Adriaenssens, Jef.</b> : doctorant</p> <p><b>De Gucht, Véronique.</b> : Maître de conférences, Unité de psychologie de la santé, Institut de psychologie, Université de Leiden</p> <p><b>Maes, Stan.</b> : Professeur titulaire en psychologie de la santé, psychologie médicale et de la santé, Institut de psychologie et Centre médical de l'Université de Leiden, Leiden, Pays-Bas.</p>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p> <p>Épuisement professionnel, infirmières des urgences, satisfaction au travail, conception longitudinale, stress professionnel, engagement au travail</p>
<b>Résumé</b>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Cette étude longitudinale examine l'influence de l'évolution des caractéristiques professionnelles et organisationnelles sur la satisfaction au travail, l'engagement professionnel, l'épuisement émotionnel, l'intention de rotation et la détresse psychosomatique chez les infirmières des services d'urgence. Mené dans 15 services d'urgence d'hôpitaux généraux belges une première fois en 2008 et une deuxième fois 18 mois plus tard. Le taux de rotation entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> fois étaient élevés. Les changements dans les exigences du travail, le contrôle et le soutien social ont prédit la satisfaction au travail, l'engagement au travail et l'épuisement émotionnel.</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b>Pertinence</b>	<p>▪ <b>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).</b></p>

	<p>Oui sur des constats théoriques. Phénomène de pénurie de personnel infirmier dans plusieurs pays, étroitement liés à la satisfaction professionnelle, aux conditions de travail, au stress professionnel, au conflit, etc.</p> <p>Les infirmières d'urgence sont confrontées à davantage de facteurs de stress que d'autres infirmiers en soins généraux, entraînant un risque plus élevé d'épuisement professionnel.</p> <p>En outre, les infirmiers des urgences doivent faire face à des conditions de travail en constante évolution, trépidantes et difficilement prévisibles</p>
<b><i>Objectifs/questions de recherche</i></b>	<p>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></p> <p>Il s'agit de mieux comprendre les déterminants et les conséquences du stress professionnel chez les infirmières des urgences.</p> <p>Cette étude a été réalisée selon un modèle longitudinal afin de répondre à la question principale de la recherche : Dans quelle mesure l'évolution dans le temps (1) des caractéristiques du travail (exigences du travail, contrôle et soutien social) et (2) des facteurs organisationnels (harcèlement social, accords de travail, ressources matérielles, ressources en personnel et récompenses) permet-elle de prédire les effets de la détresse (satisfaction au travail, engagement au travail, épuisement émotionnel, intention de roulement et détresse psychosomatique) au moment du suivi ?</p>
<b><i>Principaux concepts théoriques</i></b>	<p>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b></p> <p>Épuisement professionnel, stress professionnel, satisfaction</p>

## PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

### Méthodologie

#### *Questions de recherche*

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

Les variables sont l'âge, le sexe, l'état civil, le niveau d'éducation, le diplôme, les années de service, le nombre d'heures de travail et l'horaire de travail posté.

- **Quels sont les buts *et/ou* questions *et/ou* objectifs de recherche ?**

Non définies

- ***Si applicable* : quelles sont les hypothèses de recherche ?**

Néant

#### *Devis*

- **Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?**

Devis quantitatif longitudinal utilisant un panel complet à deux vagues pour l'échantillonnage

- ***Si applicable* : préciser la procédure expérimentale**

Néant

- **Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.**

L'approbation du conseil d'administration de l'établissement a été obtenue pour cette étude. En Belgique, l'approbation du conseil d'administration de l'hôpital est requise et a été accordée, mais un numéro IRB n'est pas fourni pour ce type d'étude.

À T1, tous les sujets éligibles ont reçu une lettre d'invitation contenant des informations sur l'étude et une lettre de consentement éclairé. Pour garantir la confidentialité, un

	<p>code d'identification a été utilisé sur les questionnaires. Seul l'un des chercheurs avait accès à la liste des codes d'identification. Des formulaires de consentement éclairé signés ont été obtenus des participants avant la collecte des données pour les deux mesures. La participation à T1 et T2 était volontaire.</p>
<p><b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la population visée ?</b> Infirmières de 15 départements d'urgences dans des hôpitaux généraux de Belgique.</li> <li>▪ <b>Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</b> Chaque répondant potentiel (T1, n = 308 ; T2, n = 204) a reçu une lettre d'invitation à T1 et T2 contenant des informations sur l'étude et un formulaire de consentement éclairé. 1 mois après le début de la collecte des données. Les questionnaires remplis ont été renvoyés dans une boîte aux lettres scellée dans le service des urgences. À T1, 308 infirmières travaillant depuis au moins 1 mois dans le service des urgences et ayant des contacts directs avec les patients ont été interrogées. 254 questionnaires remplis ont été retournés à T1 (taux de réponse de 82,5 %). De cet échantillon, 204 infirmières, 18 mois plus tard dans le même service d'urgence, étaient éligibles pour l'enquête. À T2, 170 questionnaires remplis ont été renvoyés (taux de réponse de 83,3 %). Ces répondants ont été inclus dans la présente étude.</li> <li>▪ <b>Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</b> Exclusion : Superviseurs et cadres infirmiers</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</b> 15 des 56 hôpitaux généraux non universitaires ont été sélectionnés au hasard dans toute la Flandre, afin d'obtenir un échantillon représentatif répondant aux critères d'une taille d'échantillon optimale (n = 297), calcul par le logiciel Raosoft Inc. Sample Size Calculator</li> <li>▪ <b><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 ?</b> Non précisée</li> </ul>
<p><b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les instruments de mesure ?</b> Toutes les variables ont été mesurées au moyen d'une enquête structurée auto-administrée</li> <li>▪ <b>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).</b> Le questionnaire de Leiden sur la qualité du travail des infirmières (LQWQ-N) a été utilisé aux stades T1 et T2. Le LQWQ-N se compose de 15 sous-échelles mesurant six caractéristiques professionnelles, sept caractéristiques organisationnelles et deux variables de résultats ("satisfaction professionnelle" et "intention de rotation"). Tous les éléments sont formulés sous forme d'affirmations qui doivent être évaluées sur une échelle de Likert à quatre points, allant de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord). En raison de scores alpha de Cronbach trop faibles, les dimensions de deux variables organisationnelles, la communication interne et la collaboration infirmière-médecin, ont été exclues de la suite de l'analyse.</li> </ul>

**L'intention de démissionner** a également été évaluée au moyen du LQWQ-N.

**L'engagement au travail** a été évalué au moyen de l'échelle d'engagement au travail d'Utrecht (UWES). Les éléments de l'UWES sont regroupés en trois sous-échelles : vigueur, dévouement et absorption. Toutes les questions sont notées sur une échelle de sept points, allant de 0 (jamais) à 6 (tous les jours).

**L'épuisement émotionnel**, qui reflète la principale dimension de l'épuisement professionnel, a été mesuré au moyen de la version néerlandaise du Maslach Burnout Inventory (MBI). Le MBI se compose de trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement personnel) et présente une cohérence interne, une fiabilité et une validité adéquates. Les items sont notés sur une échelle de Likert en sept points, allant de 0 (jamais) à 6 (toujours). Dans le cadre de la présente étude, seule la dimension de l'épuisement émotionnel a été utilisée.

**La détresse psychosomatique** était la somme des sous-échelles "anxiété", "dépression" et "somatisation" de la version néerlandaise validée du Brief Symptom Inventory (BSI). Le BSI s'est avéré avoir une cohérence, une fiabilité et une validité adéquates et est considérée comme une bonne alternative, plus courte, au Symptom-Checklist. Les items sont notés sur une échelle de Likert en cinq points allant de 0 (pas du tout) à 4 (beaucoup).

- **De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).**

S'est déroulé en plusieurs temps de collecte : T1 en décembre 2007 à mars 2008 et T2 en avril 2009 à juillet 2009. L'intervalle moyen entre la première et la deuxième

		<p>évaluation était de 18 mois, ce qui est suffisant pour permettre des recherches sur l'impact des changements organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</b></li> </ul> <p>Variables dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Satisfaction au travail</li> <li>▪ Engagement professionnel</li> <li>▪ Épuisement émotionnel</li> <li>▪ Intention de quitter l'emploi</li> <li>▪ Détresse psychosomatique</li> </ul> <p>Variables indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caractéristiques du travail</li> <li>▪ Caractéristiques organisationnelles</li> </ul>
<b><i>Interventions programmes applicable)</i></b>	<b><i>ou (si</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</b></li> </ul> <p>Néant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</b></li> </ul> <p>Néant</p>
<b><i>Méthode d'analyse des données</i></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</b></li> </ul> <p>Le logiciel Statistical Package for the Social Sciences version 20.0 a été utilisé pour analyser les données.</p> <p>Des statistiques descriptives (moyennes, écarts types, distributions de fréquences, asymétrie et aplatissement) ont été calculées. Les corrélations de Pearson ont été calculées entre les prédictors et les résultats pour T1 et T2. Un score de changement standardisé a été calculé en utilisant le delta de Cohen (différence entre T2 et T1, divisée par l'écart type regroupé).</p>
<b><i>Résultats</i></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?</b></li> </ul>

	<p>À T2, 57,4% des 170 répondants étaient des femmes. L'âge moyen est de 39,64 ans. Environ 75% étaient mariés ou vivaient en concubinage. Plus de 85% étaient titulaires d'une licence et 82% étaient infirmière spécialisée en urgences. Parmi les infirmières des urgences échantillonnées, 87,6 % travaillaient par roulement, y compris la nuit, et 54,3 % à temps plein, de nuit et 54,3 % travaillaient à temps plein.</p> <p>L'expérience professionnelle moyenne en tant qu'infirmière était de 16,26 ans (écart-type 8,83 ans) et l'expérience professionnelle moyenne en tant qu'infirmière urgentiste était de 13,57 ans (écart-type 7,64 ans).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?</b> Citées ci-dessus</li> <li>▪ <b>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p \leq 0,05</math>) ?</b> Satisfaction au travail : Le sexe féminin est significativement associé à une plus grande satisfaction au travail (<math>P = 0,03</math>). Cela indique que la différence de satisfaction au travail entre les hommes et les femmes est statistiquement significative.  Engagement au travail : Le sexe féminin est significativement associé à un plus grand engagement au travail (<math>P = 0,004</math>). Cela signifie qu'il y a une différence significative dans l'engagement au travail entre les hommes et les femmes.  Épuisement émotionnel : Le sexe féminin est significativement associé à un épuisement émotionnel plus faible (<math>P = 0,04</math>). Cela suggère qu'il y a une différence</li> </ul>
--	---

significative dans l'épuisement émotionnel entre les hommes et les femmes.

▪ **Quels sont les autres résultats importants ?**

Évolution dans le temps des caractéristiques de l'emploi, des variables organisationnelles et des résultats

Caractéristiques du travail :

Le soutien social a connu une amélioration pour 29,7% des participants, ce qui peut être bénéfique en termes de collaboration et de soutien entre collègues.

Variables organisationnelles :

- Le harcèlement social a connu une détérioration pour 25% des participants, ce qui est préoccupant en termes de climat de travail.

- Les ressources en personnel ont connu une amélioration pour 28,2% des participants, ce qui peut être bénéfique en termes de charge de travail et de soutien.

Variables de résultat :

- La satisfaction au travail a connu une détérioration pour 28,1% des participants, ce qui peut être préoccupant en termes de bien-être et de motivation.

- L'intention de rotation a connu une détérioration pour 39,5% des participants, ce qui suggère une possible augmentation du désir de quitter l'emploi.

- La détresse psychosomatique a connu une amélioration pour 25,6% des participants, ce qui suggère une possible réduction du stress et des symptômes physiques et émotionnels.

- L'épuisement émotionnel a connu une détérioration pour 27,3% des participants, ce qui peut indiquer une augmentation de l'épuisement professionnel.

	<p><b>Relations entre les variables prédictives et les résultats</b></p> <p>Si on en ressort les données significatives :</p> <p><u>Engagement au travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'engagement au travail à T1 est un prédicteur fort de l'engagement au travail à T2.</li> <li>- Une perception plus positive des récompenses au fil du temps est significativement associée à une augmentation de l'engagement au travail à T2.</li> </ul> <p><u>Épuisement émotionnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'épuisement émotionnel à T1 est un prédicteur fort de l'épuisement émotionnel à T2.</li> <li>- Une perception plus positive du soutien social au fil du temps est significativement associée à des niveaux plus faibles d'épuisement émotionnel à T2.</li> <li>- Une perception plus positive du harcèlement social au fil du temps est significativement associée à une diminution de l'épuisement émotionnel à T2.</li> </ul> <p><u>Intention de rotation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intention de rotation à T1 est un prédicteur fort de l'intention de rotation à T2.</li> <li>- Un changement positif dans les accords de travail au fil du temps est significativement associé à une diminution de l'intention de rotation à T2.</li> </ul> <p><u>Détresse psychosomatique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La détresse à T1 est fortement liée à la détresse à T2.</li> <li>- Un changement positif dans la perception du harcèlement social au fil du temps est significativement associé à une diminution de la détresse psychosomatique à T2.</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b></li> </ul>

Oui. L'étude a montré que près de 20 % des personnes interrogées au début de l'étude avaient quitté leur poste de travail 18 mois plus tard. En outre, le taux de rotation dans les 15 services d'urgence de notre échantillon variait considérablement, allant de 5 à 36 %. Les taux de rotation les plus élevés. Cela signifie que les conditions de travail changent considérablement dans un laps de temps relativement court.

39 à 69% des personnes interrogées ont connu une aggravation ou une amélioration substantielle d'un problème de santé lié à l'emploi au cours d'une période de 18 mois.

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

Concernant la principale question de recherche, les changements dans le temps des caractéristiques de l'emploi (exigences de l'emploi, contrôle et soutien social) sont significativement liés à la satisfaction au travail, à l'engagement professionnel ainsi qu'à l'épuisement émotionnel, mais pas à l'intention de rotation et à la détresse psychosomatique à T2

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

Cette étude est unique par rapport aux études précédentes sur le stress professionnel chez les infirmières d'urgence en raison de sa conception longitudinale.

Cependant, des études antérieures démontrent des résultats similaires. Le Texas Hospital Nurse Staffing Survey (2004) a révélé des taux de rotation annuels dans les services d'urgence de 17,1 % en 2004 et de 22,2 % en 2006 (Kishi et al. 2006), tandis que Gillespie, en 2008, a constaté que plus de la moitié des services d'urgence aux

	<p>États-Unis présentaient des taux de rotation annuels de plus de 20 %.</p> <p>Une étude réalisée auprès d'infirmières ambulancières a démontré qu'elles étaient exposées à des facteurs de stress similaires à ceux des infirmières. Le manque de soutien social et d'esprit d'équipe ainsi qu'une mauvaise communication à T1 se sont avérés être des prédicteurs forts du bien-être au travail.</p> <p>Van der Ploeg et Kleber (2003) ont souligné l'importance de bonnes relations interpersonnelles et ont donc recommandé des interventions sur le lieu de travail afin d'améliorer la cohésion du groupe et la communication sur le lieu de travail et ainsi d'éviter des effets négatifs.</p>
<p><b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b></p>	<p><b>▪ Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b></p> <p>Néant</p> <p><b>▪ De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b></p> <p>Pas d'informations</p> <p><b>▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b></p> <p>L'une des limites de l'étude est qu'elle ne comporte qu'une seule mesure de suivi. Il serait certainement intéressant de suivre les professionnels des urgences sur une plus longue période.</p> <p>Une autre limite est que les variables institutionnelles, telles que la taille et la localisation (rurale, urbaine) du service d'urgence, n'ont pas été mesurées, principalement parce que tous les services étaient situés dans des villes plus petites dans un pays densément peuplé et ne différaient donc pas de manière substantielle à cet égard.</p>

<p><b>Conclusions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b>  <p>Le taux élevé de rotation du personnel infirmier des urgences, constaté dans cette étude, doit être une source d'inquiétude pour la direction des hôpitaux, en raison de la pénurie croissante de personnel infirmier dans le monde.</p> <p>Il est donc possible d'intervenir sur ces facteurs prédictifs afin d'améliorer les conditions de travail et les résultats, et de réduire les taux de rotation.</p> <p>Les changements dans les caractéristiques du travail (exigences du travail, contrôle du travail et soutien social) se sont avérés prédictifs de la satisfaction au travail, de l'engagement au travail et de l'épuisement émotionnel. En revanche, les variables organisationnelles n'ont eu que des effets faibles, mais significatifs, sur les résultats à court terme.</p> </li> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b>  <p>Explicitées ci-dessus</p> </li> </ul>
---------------------------	---

## Annexe 12 :

**Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA : results from a qualitative study. Vrablik M. et al. (2019)**

### PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

#### Identification du titre et du résumé

##### **Titre**

##### ▪ **Quel est le titre?**

Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA: results from a qualitative study.

*Identification des processus médiateurs de l'impact de la violence au travail sur le personnel soignant des services d'urgence aux États-Unis : résultats d'une étude qualitative*

##### ▪ **Quels sont les thèmes abordés ?**

La violence au travail dans un service d'urgences, l'épuisement professionnel, l'utilisation des mécanismes d'adaptation

##### ▪ **Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?**

Se réfère aux infirmiers d'un service d'urgences aux États-Unis et s'intéresse au lien entre la violence dans les hôpitaux et l'épuisement professionnel chez les infirmiers.

##### **Auteurs-es**

##### ▪ **Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).**

**Marie C. Vrablik, Anne K. Chipman, Elizabeth D. Rosenman et Ly Huynh** : Département de médecin d'urgences, Université de Washington, Seattle, Washington, États-Unis

	<p><b>Nancy J. Simcox</b> : Département des sciences de la santé environnementale et professionnelle, École de santé publique de l'Université de Washington, Seattle, Washington, États-Unis</p> <p><b>Megan Moore</b> : École de travail social de l'Université de Washington, Seattle, Washington / Centre de recherche et de prévention des blessures de Harborview, Seattle, Washington, USA</p> <p><b>Rosemarie Fernandez</b> : Médecine d'urgences, Centre des Sciences de la Santé de l'Université de Floride à Jacksonville, Jacksonville, Florida, USA</p>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p> <p>Aucun</p>
<b>Résumé</b>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Cette étude vise à identifier les processus cognitifs et comportementaux face à la violence au travail afin de comprendre l'impact variable de celle-ci sur le personnel de santé.</p> <p>Étude qualitative par entretien avec devis phénoménologique pour l'analyse initiale et thématique secondaire</p> <p>Cinq thèmes ont émergé des données. Plusieurs thématiques affirment un lien entre la violence au travail dans le secteur de la santé et l'épuisement professionnel. Trois autres thématiques ont identifié les processus cognitifs et comportements comme étant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La variabilité des évaluations cognitives primaires de la violence au travail</li> <li>▪ La variabilité des évaluations cognitives secondaires de la violence au travail</li> <li>▪ L'utilisation déclarée de mécanismes d'adaptation d'évitement et d'approche.</li> </ul>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	

<p><b><i>Pertinence</i></b></p>	<p>▪ <b>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).</b></p> <p>Repose sur des faits et des données statistiques.</p> <p>La violence aux urgences touche plus d'un million de personnes, et plus de 78 % des soignants des urgences aux Etats-Unis ont déclaré avoir été victimes d'au moins une agression physique de la part d'un patient ou d'un visiteur au cours de leur carrière.</p> <p>Une étude réalisée en 2006 a démontré que 67 % des infirmières, 63 % des assistants médicaux et 51 % des médecins dans un service d'urgences ont été agressés par un patient au moins une fois au cours des six mois précédents. La violence dans un service d'urgences est influencée par plusieurs facteurs tels que les troubles psychiatriques, les troubles cognitifs, mais également des facteurs environnementaux comme le délai d'attente dans les salles d'urgence, les recensements élevés. Tout ceci rendant les services vulnérables à la violence au travail.</p> <p>La plupart des recherches publiées ainsi que les programmes d'amélioration ont été concentré sur des interventions visant à diminuer la violence au travail. Cependant, un récent rapport de l'American College of Emergency Physicians dévoile que sur une période d'un an, plus de 60 % des médecins déclarent avoir été agressés durant leur service.</p>
<p><b><i>Objectifs/questions de recherche</i></b></p>	<p>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></p> <p>Les objectifs de cette étude qualitative sont de comprendre l'évaluation que fait le personnel des urgences face à la violence au travail, mais également de savoir quels mécanismes d'adaptation qu'ils mettent en place face à cela et la relation entre la violence au travail et l'épuisement professionnel.</p>

<b><i>Principaux concepts théoriques</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b> Épuisement professionnel, violence au travail, mécanismes d'adaptation mis en place</li> </ul>
--	--

## PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

### Méthodologie

<b><i>Questions de recherche</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.</b> Pas de question de recherche définie.</li> </ul>
<b><i>Devis</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b> Devis qualitatif phénoménologique. Réalisé au moyen d'entretiens semi-structurés auprès de professionnels de la santé de trois services d'urgence représentant des hôpitaux urbains, universitaires et communautaire de l'État de Washington.</li> <li>▪ <b>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.).</b> Marie C Vrablik (MVC), Anne K Chipman (AKC) en sont les premiers auteurs. MCV et Rosemarie Fernandez (RF) ont conçu l'étude et le plan d'analyse. Tous les auteurs ont participé à l'élaboration des outils d'entretien. MCV, EDR, AKC, LH, MM et RF ont effectué les analyses. MCV, AKC et RF ont rédigé la première version du manuscrit. RF et AKC ont rédigé le modèle conceptuel présenté dans le manuscrit. Tous les auteurs ont rédigé le modèle</li> </ul>

	<p>conceptuel présenté dans le manuscrit. RF a contribué à l'interprétation des données, a édité en grande partie le manuscrit et a approuvé la version finale. RF assume la responsabilité finale de l'ensemble du manuscrit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</b> Ce travail a été approuvé par le comité d'examen institutionnel de l'université de Washington</li> </ul>
<b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</b> Professionnels de la santé du département des urgences par échantillonnage étant victimes de violence au travail</li> <li>▪ <b>Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</b> Étaient exclus les employés n'étant pas disponibles pour un entretien dans les 24h après avoir subi des violences.</li> </ul>
<b><i>Choix des outils de collecte de données</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</b> Se réalise par entretiens semi-structurés. Les participants ont alors été interrogé par un coordinateur de recherche qualifié et ont été enregistré.</li> <li>▪ <b>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</b> Un coordinateur de recherche qualifié, présent aux urgences en semaine de 14h00 à 22h00, a identifié les employés victimes d'une agression verbale ou physique telle que définie par le National Institute of Occupational Safety and Health. Les entretiens ont été menées de janvier à mai 2017</li> </ul>

	<p>A la suite d'une violence observée, le coordinateur de la recherche a contacté les employés concernés. Les employés étaient considérés comme éligibles s'ils étaient disponibles pour un entretien dans les 24 heures suivantes. Tous les participants ont donné leur accord pour la participation et l'enregistrement audio.</p> <p>Le coordinateur de la recherche a recueilli des informations démographiques auprès de chaque participant ayant donné son consentement. Dans deux sites, les participants ont été indemnisés par une carte-cadeau de 10 dollars américains. Le troisième site a exigé une participation volontaire en vertu des règlements de l'établissement.</p>
<p><b>Méthode d'analyse des données</b></p>	<p>▪ <b>Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</b></p> <p>Utilisation d'un processus itératif (visant à créer, affiner et améliorer un projet dans le but d'en être satisfait.</p> <p>Ils ont développé un guide d'entretien pour obtenir le point de vue du participant sur l'événement de violence et la façon dont il/elle a été affecté(e). Ils se sont d'abord renseigné sur la violence faite au travail, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur des soins de santé dans le but d'orienter l'élaboration des questions.</p> <p>Un comité multidisciplinaire de sécurité des urgences de l'Université de Washington a ensuite revu les questions. Le guide d'entretien révisé a été testé auprès de deux employés du service des urgences (une infirmière et une assistante médicale) qui avaient été victimes d'un événement récent de VLT. Deux membres de l'équipe d'étude ont examiné la transcription de l'entretien et ont affiné le guide d'entretien. Le guide d'entretien a fait l'objet d'une autre série de tests avec un travailleur social et un assistant médical afin d'évaluer les nouveaux changements.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</b>  L'équipe de codage primaire était composée de trois médecins urgentistes certifiés et d'une assistante sociale ayant une grande expérience des urgences et de la recherche qualitative. Les quatre premières transcriptions ont été examinées par tous les codeurs. L'équipe de recherche s'est réunie périodiquement pour développer et affiner le livre de codes et discuter du processus de codage. Toutes les transcriptions ont ensuite été codées en double à l'aide d'un logiciel  Les codes ont été comparés et les désaccords ont été discutés.  Si les premiers codeurs ne parvenaient pas à un consensus, une troisième personne se chargeait de trancher.</li> <li>▪ <b>Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?)</b>  Dedoose V.8.2.14 (SocioCultural Research Consultants, Los Angeles, Californie, États-Unis).</li> <li>▪ <b>Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</b>  Deux membres de l'équipe ont revu la collecte et l'analyse des données jusqu'à ce que la saturation soit atteinte et qu'aucun thème supplémentaire ne soit identifié.  Après l'analyse de toutes les transcriptions, l'équipe de recherche s'est réunie pour identifier les thèmes et les sous-thèmes qui résumaient avec précision les déclarations codées.</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</b></li> </ul>

	<p>Ils sont présentés en thèmes et sous -thèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</b></li> </ul> <p>Étude faite auprès de 23 participants composés de 9 infirmières, 5 assistants médicaux, 5 agents de sécurité, 2 médecins, un infirmier en pratique avancée et un travailleur social.</p> <p>5 thématiques ont émergé des données relatives au vécu de violence au travail :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La violence au travail en tant que risque professionnel fréquent et inévitable</li> <li>2. Les manifestations d'épuisement</li> <li>3. La variabilité des évaluations cognitives primaires de la violence au travail</li> <li>4. La variabilité des évaluations cognitives secondaires de la violence au travail</li> <li>5. L'utilisation de mécanismes d'adaptation d'évitement ou d'approche</li> </ol> <p>Les deux premières thématiques confirment les résultats d'autres études démontrant que la violence au travail est omniprésente et favorisent l'épuisement.</p> <p><b>1. La violence au travail en tant que risque professionnel fréquent et inévitable</b></p> <p>Professionnel de la santé décrit la violence comme un phénomène faisant partie de leur travail. Alors que la violence verbale très courante, la violence physique (coups de poing, crachats, objets lancés, ...) n'est pas rare et constitue une menace constante pour le personnel de santé d'un service d'urgences. Elle est ainsi perçue comme un risque inévitable auquel le personnel s'adapte et fait face en se disant que cela fait partie du travail.</p>
--	---

## **2. Manifestations d'épuisement**

État de burnout chez les participants en raison de leur exposition fréquente à de la violence au travail.

Définition du burnout selon Maslach et al.

Phénomène psychologique composé d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'une diminution du sentiment d'accomplissement personnel qui a un impact négatif sur la capacité d'une personne à fournir des soins efficaces et de qualité.

Le burnout augmente ainsi les erreurs médicales ainsi que des soins de moins bonnes qualités. Cela diminue le sentiment de bien-être émotionnel et psychique favorisant l'absentéisme et un turnover au sein de l'équipe.

Participants se sentent usés, stressés après avoir subi des violences répétées.

Cela représente une charge mentale pas seulement présente au travail, mais également lorsque chacun rentre chez soi, affectant la vie personnelle.

Certains décrivent un sentiment de déshumanisation. Si on se réfère au modèle de Maslach cela correspond au développement d'attitudes et de sentiments négatifs et cynique à l'égard des bénéficiaires de soins.

Les professionnels de la santé ayant subi de la violence se sent parfois blasés, froids et moins empathiques.

Sentiment d'impuissance aux capacités de traiter de manière adéquate les problèmes mentaux et physiques des patients, peu d'outils pour y faire face si ce n'est la contention

## **3. Variabilité des évaluations cognitives primaires de la violence au travail**

Le modèle transactionnel du stress et de l'adaptation est un cadre permettant d'évaluer les processus d'adaptation aux facteurs de stress. Lorsqu'un individu

est confronté à un facteur de stress ou à un événement stressant, il s'engage dans un processus d'évaluation cognitive en deux étapes au cours duquel il interprète d'abord la signification personnelle de l'événement (évaluation cognitive primaire) et détermine ensuite s'il dispose des ressources nécessaires pour surmonter ou traiter l'événement (évaluation secondaire).

*Appréciations négatives :*

Les évaluations de préjudice se sont manifestées par des émotions négatives telles que la tristesse et la colère. Ces émotions s'accompagnaient de reconnaissance dans le sens où leur travail consiste à aider le patient, mais ressentent de la frustration.

Personnel de la santé ressent aussi une menace pour leur sécurité alors que ce n'est pas censé faire partir de leur travail.

*Appréciations positives :*

Sentiment de grandir /s'améliorer après avoir fait face à un événement stressant. Expérience éducative pour préparer les prochaines violences au travail en acquérant un sentiment de confiance

#### **4. Variabilité des évaluations cognitives secondaires de la violence au travail**

Certains participants déclarent avoir eu les ressources nécessaires pour surmonter la violence subie tandis que d'autres participants ne les possédaient pas.

Ceux déclarants avoir les ressources évoquent comme facteur leur expérience dans des emplois similaires, à leurs traits personnels, à leur stature physique ou à leur formation spécialisée (arts martiaux, ou armée).

Certains disent se sentir moins sensibles à l'impact négatif de la violence.

Le personnel de santé ne possédant pas les ressources indiquent se sentir sous-représentés et incapable de

	<p>gérer un événement de violence, sous par manque de contrôle des comportements des patients</p> <p><b>5. L'utilisation de mécanismes d'adaptation d'évitement ou d'approche</b>  Ils existent de nombres stratégies d'adaptation que ce soit d'évitement ou d'approche.</p> <p>Concernant les stratégies d'évitement, les participants indiquent prendre du recul sur la situation pour se détacher physiquement et émotionnellement.</p> <p>Certains ont recours à l'alcool en rentrant chez eux face à une situation de violence.</p> <p>Les stratégies d'approche se manifestent quant à elle pour une rationalisation du comportement du patient.</p> <p>Ils leur arrivent de passer en revue l'événement avec les collègues afin d'apprendre des autres et de se préparer en cas de nouvelles violences</p>
<p><b>Discussion</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b>  Oui. Relève que la violence est omniprésente dans les services d'urgence engendrant un épuisement professionnel. 3 nouveaux termes émergent par rapport à d'autres littérature : variabilité de la façon dont les professionnels de la santé évaluent les événements de violence au travail et les mécanismes d'adaptation qu'ils emploient pour y faire face.</li> <li>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?</b>  Elle y répond en démontrant les conséquences vécues par les infirmières qui ont subi des comportements de violence sur leur lieu de travail ainsi que les stratégies d'adaptation mises en place.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b>  Plusieurs études confirment le lien entre le vécu de violence au travail et l'épuisement professionnel chez les professionnels de la santé.  Démontrent également que la violence impacte différemment chaque individu.</li> </ul>
<b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b>  De telles interventions justifient des recherches supplémentaires, car elles ont le potentiel de réduire les effets délétères de la violence et de promouvoir le bien-être des professionnels de la santé.</li> <li>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b>  Néant</li> <li>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b>  Biais quant à l'échantillon composé uniquement de 23 professionnels exerçant dans une seule ville des Etats-Unis. Ils seraient donc intéressants de s'intéresser aux mécanismes et modèles proposés dans d'autres pays et contexte de soins.  La plupart des participants travaillent dans un hôpital urbain présentant un nombre élevé de patients psychiatriques.  Pas de données recueillies sur l'ethnie des participants pouvant potentiellement déséquilibrer et influencer les données.</li> </ul>

<p><b>Conclusions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b> Les processus cognitifs et comportements des infirmières face à la violence ont pu être identifié.</li> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b> Les établissements de santé doivent s'efforcer de réduire la violence à l'égard des professionnels de santé. Les recherches menées dans d'autres domaines où la violence est élevée peut éclairer et donner des interventions visant à réduire le stress chronique et l'épuisement professionnel.</li> </ul>
---------------------------	--

### Annexe 13 :

**Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries :  
a retrospective observational study. Aiken et al. (2014)**

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<p><b>Titre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</b> Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study  Recrutement et formation du personnel infirmier et mortalité infirmière dans neuf pays européens : une étude observationnelle rétrospective</li> <li>▪ <b>Quels sont les thèmes abordés ?</b></li> </ul>

	<p>Recrutement et niveau de formation du personnel infirmier. Mortalité post chirurgie</p> <p>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b></p> <p>Oui, patients et personnel infirmier dans neuf pays européens</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <p><b>Prof L.H Aiken, D.M Sloane, M.D McHugh</b> : Center for Health Outcomes and Policy Research, University of Pennsylvania School of Nursing, Philadelphia, PA, USA</p> <p><b>L.Bruyneel, K. Van den Heede, W. Sermeus</b> : Centre for Health Services and Nursing Research, Catholic University Leuven, Leuven, Belgium</p> <p><b>Prof P. Griffiths</b> : Faculty of Health Sciences, University of Southampton, Southampton, UK</p> <p><b>Prof R. Busse MD</b> : Department of Health Care Management, WHO Collaborating Centre for Health Systems, Research and Management, Berlin University of Technology, Berlin, Germany</p> <p><b>M. Diomidous</b> : Faculty of Nursing, University of Athens, Athens, Greece</p> <p><b>Prof J Kinunen</b> : Department of Health Policy and Management, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland</p> <p><b>Prof M Kozka</b>: Institute of Nursing and Midwifery, Faculty of Health Science, Jagiellonian University Collegium Medicum, Krakow, Poland</p> <p><b>Prof E Lessafre</b> : Leuven Biostatistics and Statistical Bioinformatics Centre, KU Leuven, Leuven, Belgium</p> <p><b>M.T Moreno – Casbas</b>: Nursing and Healthcare Research Unit, Institute of Health Carlos III, Madrid, Spain</p> <p><b>Prof A.M Rafferty</b>: Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, King's College, London</p>

<b>Mots-clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b> Aucuns mot-clés précisés</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b> Voir dans quelle mesure la dotation infirmière ainsi que la formation infirmières est un prédicteur de la mortalité. Analyser les dépenses hospitalières afin d'observer si elles vont affecter négativement les résultats des patients. Pour cela, ils ont obtenu les données de 422 730 patients âgés de 50 ans ou plus ayant subi des chirurgies dans un des 300 hôpitaux de 9 pays européens. Des enquêtes ont également été réalisées auprès de 26516 infirmières.  Une augmentation de la charge de travail des infirmières d'un patient augmente de 7 % la probabilité qu'un patient décède dans les 30 jours suivant son admission. Ils observent moins de mortalité dans les hôpitaux où les infirmières sont formées et s'occupent en moyenne de 6 patients que dans les hôpitaux où les infirmières sont moins formées et s'occupent en moyenne de 8 patients</li> </ul>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b>Pertinence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>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).</b> Elle est justifiée par des faits, des observations et enquêtes menés dans plusieurs pays européens. Mais également des statistiques. La mortalité diminue si les infirmières ont peu de patients. Et que leur niveau de formation influence la mortalité. Peu de formations, plus la mortalité augmente</li> </ul>
<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></li> </ul>

	Non définis
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b></li> </ul> <p>La formation et le recrutement des infirmières afin d'améliorer le taux de décès de patients ayant subi une chirurgie</p>

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE	
Méthodologie	
<b>Questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?</b></li> </ul> <p>Le recrutement infirmier et l'éducation pour prédire la mortalité</p> <p>Variable indépendante (sont utilisé pour être expliqué) : dotation infirmière et l'éducation</p> <p>Variable dépendante (doivent être expliqués) : mortalité à 30 jours</p> <p>Tout le reste des variables de contrôle</p> <p>Oui elles sont bien définies.</p> <p>Variable de contrôle : l'environnement de travail des infirmières de l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche ?</b></li> <li>▪ <i>Si applicable</i> : quelles sont les hypothèses de recherche ?</li> </ul> <p>Le recrutement infirmier va influencer la mortalité. Mais l'éducation va également influencer la mortalité.</p>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b></li> </ul> <p>Transversal rétrospectif</p>

	<p>Car l'étude utilise des observations à un seul moment dans le temps.</p> <p>Ne permet pas de démontrer de lien causal, car les causes et les effets sont mesurés en même temps.</p> <p>Collecte de données provenant de sources administratives et questionnaires remplis par les infirmières</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</b></li> <li>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ?</b> <b>Argumenter la réponse.</b></li> </ul> <p>Protocole de l'étude européenne a reçu l'approbation éthique de l'université principale, l'Université catholique de Louvain, en Belgique.</p> <p>Chaque organisation subventionnée dans les neuf pays participants a reçu l'approbation éthique au niveau institutionnel pour réaliser des enquêtes auprès des infirmières et analyser les données administratives relatives aux résultats des patients.</p> <p>Nous avons également obtenu l'autorisation au niveau national d'acquérir et d'analyser les données relatives aux résultats des patients.</p>
<p><b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la population visée ?</b></li> </ul> <p>Oui. Personnes de 50 ans ou plus, hospitalisées pendant au moins quelques jours ayant subi une chirurgie générale, orthopédique ou vasculaire commune.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</b></li> </ul> <p>Ils ont choisi les hôpitaux pratiquant ce genre de chirurgie et ensuite on fait avec les patients devant se faire opérer. Donc un échantillonnage de commodité</p>

	<p>Ont choisi d'étudier les chirurgies les plus courantes. Ils ont limité le choix des hôpitaux à ceux qui comptaient au moins 100 patients ciblés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</b> Exclusion : Oui, pas de personnes de moins de 50 ans, il faut qu'ils soient hospitalisés</li> <li>▪ <b>Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</b> Non, aucune information</li> <li>▪ <b><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 ?</b> Néant</li> </ul>
<p><b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les instruments de mesure ?</b> Pas d'écrit, car collecte de données</li> <li>▪ <b>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).</b> Aucunes</li> <li>▪ <b>De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</b> Analyse rétrospective de données administratives collectées. Collecte faite de 2007 à 2009.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</b> Nommées plus haut</li> </ul>
<b><i>Interventions programmes applicable)</i></b>	<b><i>ou (si</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</b> Néant</li> <li>▪ <b>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</b> Néant</li> </ul>
<b><i>Méthode d'analyse des données</i></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</b> Analyses hiérarchiques. Régression, on essaye de voir comment certaines variables indépendantes sont capables d'expliquer la variable dépendante. La régression calcule une équation.</li> </ul>
<b><i>Résultats</i></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?</b> Seuls les hôpitaux comptant plus de 100 sorties de patients opérés ont été inclus dans les analyses. Les données présentées concernent les patients sortis pour lesquels les informations sur la mortalité à 30 jours, l'âge, le sexe, le type d'intervention chirurgicale et les comorbidités étaient complètes. Les données manquaient pour ces caractéristiques pour moins de 4 % de tous les patients.  Le pourcentage de patients ayant subi une intervention chirurgicale et décédés à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission était de 1 à 3 % dans les neuf pays combinés.  Les taux de réponse aux enquêtes auprès du personnel infirmier a été de 40 % en Angleterre, 84% en Espagne. En moyenne 62% de réponses, ce qui est significatif.</li> </ul>

	<p>En Espagne et en Norvège, toutes les infirmières étaient titulaires d'un Bachelor. L'âge moyen de l'échantillon de patients était de 68 ans (écart-type = 10)</p> <p>Plus de 50 % d'entre eux ont subi une orthopédiques.</p> <p>Les comorbidités les plus fréquentes étaient le diabète sans complications, maladie pulmonaire chronique, carcinome métastatique et cancer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?</b> Explicitées ci-dessus</li> <li>▪ <b>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (<math>p \leq 0,05</math>) ?</b> Après avoir pris en compte la gravité de la maladie des patients et les caractéristiques des hôpitaux (statut d'enseignement et technologie) dans le modèle ajusté, la dotation en personnel infirmier et la formation des infirmières étaient toutes deux significativement associées à la mortalité. En effet, les odds ratios (OR) suggèrent que chaque augmentation d'un patient par infirmière est associée à une augmentation de 7% de la probabilité de décès d'un patient chirurgical dans les 30 jours. (P value = 0.0002). <p>D'autre part, une augmentation de 10 % du pourcentage d'infirmières Bachelor dans un hôpital est associée à une diminution de 7 % de la probabilité qu'un patient décède. P value= 0.002).</p> <p>Ces résultats sont significatifs notamment grâce à la taille de l'échantillon qui n'est pas moindre.</p> <li>▪ <b>Quels sont les autres résultats importants ?</b> Néant</li> </li></ul>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b> Oui.</li> </ul>

	<p>Une augmentation de la charge de travail des infirmières augmente la probabilité de décès de patients hospitalisés, et qu'une augmentation du nombre d'infirmières titulaires d'un Bachelor est associée à une diminution des décès de patients hospitalisés.</p> <p>Le but de standardiser les qualifications des professionnels poursuivi par le processus de Bologne (visant à reconnaître les titres où qu'on aille en Europe) est en cours. Mais il faut que dans les institutions, on oblige la mise en place de formations générales dans le domaine infirmier. Il faut donc que les institutions versent un salaire à la hauteur des qualifications Bachelor et veillent à ne pas sous-payer celles-ci.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</b> On constate que la dotation infirmière ainsi que leur niveau de formation influence grandement la mortalité.</li> <li>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b> Cette étude est l'enquête la plus vaste et la plus rigoureuse sur les résultats des soins infirmiers et des hôpitaux en Europe jusqu'à présent, et ses résultats sont robustes. Les conclusions renforcent celles d'études plus modestes menées en Europe et d'un grand nombre de travaux internationaux publiés.</li> </ul>
<p><b>Recommandations suggestions</b></p>	<p><b>&amp; Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ?</b></p> <p>Les données suggèrent qu'un niveau sûr de staffing infirmier hospitalier pourrait contribuer à réduire la mortalité chirurgicale, comme le préconise l'étude européenne sur les résultats de la chirurgie.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b> Néant</li> <li>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b> Un seul résultat étudié, la mortalité et seulement chez les patients subissant des chirurgies générales courantes. La mesure globale du personnel infirmier montre la charge de travail des infirmières pour toutes les équipes, et peut être faussée dans certains hôpitaux si les infirmières travaillant la nuit (lorsque les ratios patients/infirmières sont plus élevés que dans la journée) ont répondu à l'enquête. Enfin, nos données sont transversales et ne fournissent que des informations limitées sur la causalité.</li> </ul>
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b> Non définie</li> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b> Non définis</li> </ul>

## Annexe 14 :

**The relationship between intention to leave the hospital and coping methods of emergency nurses after workplace violence. Jeong I., Kim J., (2018)**

**PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS**
**Identification du titre et du résumé**
**Titre**

- **Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).**

The relationship between intention to leave the hospital and coping methods of emergency nurses after workplace violence.  
La relation entre l'intention de quitter l'hôpital et les méthodes d'adaptation des infirmières d'urgence après la violence sur le lieu de travail.

- **Quels sont les thèmes abordés ?**

Stratégies d'adaptation du personnel infirmier des urgences, violence au travail, turnover

- **Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?**

Oui, aux infirmières des urgences

**Auteurs-es**

- **Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).**

**In-Young Jeong MSN, RN, Infirmière aux urgences :** Département des urgences, Service national d'assurance maladie Ilsan, Goyang-si, Corée

**Ji-Soo Kim PhD, RN, Professeur associé :** Collège d'infirmières, Université de Gachon, Incheon, Corée

**Mots-clés**

- **Quels sont les mots-clés ?**

	Coping, département des urgences, infirmières, violence au travail
<b>Résumé</b>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>Identifier la relation entre l'intention des infirmières urgentistes de quitter l'hôpital et leurs méthodes d'adaptation à la suite de violences sur le lieu de travail. 214 infirmières ayant plus d'un an d'expérience dans un service d'urgences ont donné leur consentement et ont répondu à un questionnaire. La violence verbale est l'expérience la plus fréquente rencontrée par les infirmières.</p> <p>Parmi les infirmières victimes de violence, 61% ont envisagé de quitter l'hôpital. Elles ont alors essayé de s'adapter en se centrant sur le problème afin d'identifier l'origine de la violence. D'autres quant à elle ont pris sur elles et ont supporté la situation</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b>Pertinence</b>	<p>▪ <b>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).</b></p> <p>Oui sur d'autres études La forme la plus courante de violence subie par les infirmières est la violence non physique, suivie de la violence physique (Spector et al., 2014). Selon une étude récente (AlBashtawy &amp; Aljezawi, 2016), sur les 75 % d'infirmières d'urgence ayant subi des violences au cours de l'année écoulée, 63,9 % ont subi des violences verbales et 48 % des violences physiques.</p>
<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<p>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b></p>

	Identifier la relation entre l'intention des infirmières urgentistes de quitter l'hôpital et leurs méthodes d'adaptation à la suite de violences sur le lieu de travail.
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b> Stratégies d'adaptation du personnel infirmier des urgences, violence au travail, turnover</li> </ul>

## PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

### Méthodologie

<b>Questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?</b> Les variables sont : l'âge, le sexe, l'état civil, le niveau d'éducation, le salaire, l'expérience en soins infirmiers, le poste et s'il avait suivi une formation liée à la violence au travail</li> <li>▪ <b>Quels sont les buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche ?</b> Non définies</li> <li>▪ <b><i>Si applicable</i> : quelles sont les hypothèses de recherche ?</b></li> </ul>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b> Devis quantitatif descriptif transversale. Cette étude a été conçue comme une enquête descriptive et a été réalisée en deux phases. Tout d'abord, une étude pilote a été menée pour tester la faisabilité et la fiabilité des outils de mesure. Ensuite, l'enquête principale a été menée pour déterminer comment les méthodes d'adaptation à la VMP influençaient</li> </ul>

	<p>l'intention des infirmières des urgences de quitter l'hôpital après avoir été confrontées à la violence au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><i>Si applicable</i> : préciser la procédure expérimentale</b> Néant</li> <li>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</b> A été approuvé par le comité d'examen institutionnel de l'université de Göteborg. Les infirmières ont toutes participé volontairement et ont donné leur consentement. L'anonymat a été garanti.</li> </ul>
<b><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la population visée ?</b> 214 infirmières dans des services d'urgences de sept hôpitaux de Séoul.</li> <li>▪ <b>Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).</b> Echantillonnage de commodité. 260 questionnaires ont été distribué afin de prévoir les questionnaires nuls. 32 questionnaires incomplets ont été exclus et il en est donc resté 214.</li> <li>▪ <b>Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?</b> Inclusion : être une infirmière ayant plus d'un an d'expérience aux urgences et ayant subi des violences aux urgences. Exclusion : les infirmières-chefs ou infirmières gestionnaires</li> <li>▪ <b>Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).</b></li> </ul>

	<p>Oui. La taille minimale requise de l'échantillon, calculée à l'aide de G*POWER version 3.1 avec un niveau alpha de 0,05, une puissance de 0,80 et le rapport de cotes le plus bas de 1,5, était de 208 participants. En tenant compte des abandons, les questionnaires ont été distribués à 260 infirmières aux urgences.</p> <p>▪ <b><i>Si applicable: y a-t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ?</i></b></p> <p>Pas d'informations</p>
<p><b><i>Choix des outils de collecte des données</i></b></p>	<p>▪ <b>Quels sont les instruments de mesure ?</b></p> <p>Un questionnaire d'enquête comprenant une section démographique (contenant 10 items) et quatre sections variables : la violence au travail (18 items), l'adaptation après la violence (17 items), la satisfaction au travail (8 items) et l'intention de rester ou de quitter l'hôpital (1 item).</p> <p>▪ <b>Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).</b></p> <p><b>Echelle de mesure de la violence au travail :</b></p> <p>Chaque item a été configuré pour évaluer la violence des patients et de leurs proches. L'indice de validité de contenu (CVI) de l'échelle totale en coréen était de 0,95, selon l'évaluation d'une infirmière en chef des urgences, d'une infirmière praticienne des urgences et d'un professeur en sciences infirmières. L'échelle a également été testée dans le cadre d'une enquête préliminaire auprès de 15 infirmières d'urgence, après quoi la formulation de deux questions a été corrigée.</p> <p>Les réponses à chaque question ont été données sur une échelle de Likert en quatre points : 0 (aucune), 1 (plusieurs</p>

	<p>fois par an), 2 (plusieurs fois par mois), 3 (plusieurs fois par semaine) et 4 (environ une fois par jour).</p> <p>La fiabilité (coefficient de Cronbach) de l'échelle était de 0,75 dans l'enquête préliminaire et de 0,82 dans l'enquête principale. La fréquence de l'expérience de la VLT a été évaluée en additionnant les scores des infirmières aux sous-échelles de la violence verbale, de la menace physique et de la violence physique, puis en divisant cette somme par le nombre d'items.</p> <p><b>Adaptations face à la violence :</b></p> <p>Echelle coréenne se compose de deux sous-échelles correspondant à la conceptualisation du coping de Lazarus (1999) : le coping centré sur le problème (neuf items) et le coping centré sur l'émotion (sept items).</p> <p>Chaque item a été répondu sur une échelle de Likert en cinq points allant de 1(=jamais) à 5 (=toujours).</p> <p><b>Echelle de satisfaction professionnelle :</b></p> <p>La réponse à chaque item est donnée sur une échelle de Likert en cinq points de 1 (pas du tout) à 5 (absolument oui).</p> <p><b>Intention de quitter l'hôpital :</b></p> <p>Mesuré à l'aide d'un seul item. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu l'intention de quitter l'hôpital après avoir été victime d'une violence au travail ?" Les choix de réponses dichotomiques étaient les suivants : "Oui, j'avais l'intention de partir" ou "Non, je n'avais pas l'intention de partir".</p> <p>▪ <b>De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).</b></p> <p>Les données ont été récoltées de fin février à mai 2016. Les infirmières ont reçu un questionnaire prenant environ 10min à remplir</p>
--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?</b> Dépendantes : intention de quitter l'hôpital, épuisement professionnel Indépendantes : exposition à la violence au travail, coping</li> </ul>
<b>Interventions programmes applicable)</b>	<b>ou (si</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</b> Néant</li> <li>▪ <b>De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?</b> Néant</li> </ul>
<b>Méthode d'analyse des données</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?</b> Les données ont été analysé à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences version 21.0. Les caractéristiques générales des participants, leur expérience de la violence au travail, leurs méthodes d'adaptation et leur satisfaction professionnelle ont été analysées à l'aide de fréquences et de pourcentages ou de moyennes et d'écarts types. La fiabilité des variables a été évaluée à l'aide du test de Cronbach. Ils ont ensuite comparé les participants qui avaient l'intention de partir après avoir été victimes de violence et ceux qui n'avaient pas l'intention de partir à l'aide d'un test t indépendant, d'un test du chi carré ou d'un test exact de Fisher. Afin d'identifier les facteurs indépendants influençant l'intention de partir, ils ont introduit les variables dans une analyse de régression logistique multiple de type forward-entry. Le niveau de signification de l'analyse de régression logistique était de 0,05, et nous avons calculé les Odds-ratios et les intervalles de confiance (IC) à 95 % pour chaque facteur.</li> </ul>

**Résultats**

▪ **Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?**

L'âge moyen des participants était de 28,7 ans et 186 participants étaient des femmes. Le 86% des participants étaient des infirmières et 58,9% exerçaient depuis au moins 5 ans.

72,4% travaillaient dans des centres d'urgences régionaux et 51,4% ont indiqué avoir reçu une formation liée à la violence au travail.

Le score moyen de satisfaction au travail des participants était de 24,37 sur 40, tandis que leurs scores d'adaptation axée sur les problèmes et sur les émotions après avoir subi de la violence étaient respectivement de 29,98 sur 45 et de 22,63 sur 35.

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

Expliqué ci-dessus

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

D'après l'analyse effectuée sur les 214 participants, il a été constaté que 61,0% d'entre eux ont envisagé de quitter l'hôpital. Les différences significatives concernant l'intention de quitter ont été observées en fonction des variables suivantes :

- Sexe : Les infirmières avaient davantage l'intention de quitter que les infirmiers, avec une différence statistiquement significative ( $p = 0,013$ ).
- Satisfaction au travail : Les participants insatisfaits de leur travail avaient une intention de quitter plus élevée que ceux qui étaient satisfaits, avec une différence statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).

- Adaptation centrée sur les émotions : Les participants ayant obtenu des scores élevés en termes d'adaptation centrée sur les émotions avaient une intention de quitter plus élevée que ceux avec des scores plus faibles, avec une différence statistiquement significative ( $p = 0,005$ ).

Une analyse de régression logistique multiple (en utilisant les valeurs  $p$  du chi-carré du modèle) a été réalisée pour identifier les facteurs influençant l'intention de quitter après violence au travail. Après avoir ajusté les autres variables, les résultats ont montré que :

- Les infirmières avaient 2,52 fois plus de chances d'avoir l'intention de quitter leur lieu de travail après avoir été confrontées à la violence par rapport aux infirmiers masculins.
- Pour chaque augmentation d'un point du score d'adaptation centrée sur les émotions, la probabilité d'avoir l'intention de quitter augmentait de 1,11.
- Pour chaque augmentation d'un point de la satisfaction au travail, la probabilité d'avoir l'intention de quitter augmentait de 1,09.

Ces résultats suggèrent que le sexe, la satisfaction au travail et l'adaptation centrée sur les émotions sont des facteurs importants à prendre en compte lorsqu'on étudie l'intention de quitter le lieu de travail après avoir été confronté à la violence au poste de travail.

▪ **Quels sont les autres résultats importants ?**

**Discussion**

- **Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?**

Cette étude indique que la violence verbale est plus fréquemment subie par les infirmières parmi les différents types de violence. Ces violences sont souvent perpétrées par les proches du patient, car ce sont eux qui entrent en contact avec le personnel soignant pour avoir des nouvelles de leur proche soigné. Les infirmières sont en première ligne et il est donc important d'élaborer des mesures visant à prévenir la violence dans les services d'urgences.

Les méthodes d'adaptation mis en place par les infirmières victimes de violence sont diverses. Soit les infirmières signalaient à leur chef, soit elles demandent de l'aide à des collègues ou alors elles supportaient ou évitaient la situation. Selon des études antérieures (Emergency Nurses Association 2008, Hogarth et al., 2016), les infirmiers d'urgence ont tendance à ne pas savoir s'il faut mettre en avant les droits des infirmiers ou ceux des patients après avoir subi des violences.

Cette tendance peut être expliquée par une administration hospitalière plutôt centrée sur le patient et à un manque de soutien aux infirmières, deux facteurs qui peuvent amener les infirmières à considérer la violence comme faisant partie de leur travail.

Concernant l'intention de quitter l'hôpital après une violence, plus de la moitié des infirmières ayant subi des violences l'ont envisagé. Le stress professionnel est augmenté à la suite de violences et conduit ainsi à un découragement et une baisse de la productivité chez les infirmières. Un taux de rotation élevé a des effets conséquents sur la qualité de soins, car les infirmières restantes se retrouvent débordées mais il faut également former de nouvelles infirmières ce qui prend du temps. Les infirmiers semblent utiliser davantage l'adaptation centrée

	<p>sur le problème pour gérer leur stress que les infirmières (Sasaki, Kitaoka-Higashiguchi, Morikawa, &amp; Nakagawa, 2009), ce qui pourrait contribuer à une plus grande réduction du stress et réduit ainsi leur envie de quitter l'hôpital.</p> <p>Il est évident que les infirmières chefs des urgences doivent prêter attention aux méthodes d'adaptation utilisées par leurs employés après avoir été confrontées à la violence. Ils doivent également encourager les infirmières à communiquer leurs sentiments avec leurs collègues plutôt que de recourir à des méthodes d'adaptation centrées sur les émotions, telles que le repli sur soi ou l'endurcissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</b>        Ils ont pu identifier la corrélation entre les mécanismes d'adaptation mis en place par les infirmières après avoir subi des violences au travail et leur intention de quitter leur poste dans un service d'urgences</li> <li>▪ <b>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].</b>        Une étude récente (Kang &amp; Park, 2015) a montré que les perturbations au travail dues à la violence des patients ou de leurs proches augmentaient chaque année. Les incidents violents ne peuvent pas être complètement évités.        Des études antérieures sur la rotation du personnel infirmier ont rapporté que les infirmières ont davantage exprimé leur intention de partir que les infirmiers.        D'autres études démontrent que la satisfaction au travail influence l'intention de quitter le service.</li> </ul>
--	--

	<p>Concernant la santé mentale, les recherches antérieures ont montré que l'adaptation centrée sur les émotions ou l'évitement était négativement associés à celle-ci.</p>
<p><b>Recommandations &amp; suggestions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b> Néant</li>   <li>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b>  <p>Les présents résultats pourraient aider les infirmières cadres des urgences à éviter d'utiliser certaines méthodes d'adaptation axées sur les émotions, telles que l'endurance ou l'évasion, après une violence.</p> <p>Les infirmières-chefs devraient également encourager les infirmières des urgences à signaler la violence au service administratif plutôt que de recourir à la violence physique. Bien que les organisations de soins de santé aient besoin de politiques de protection pour prévenir ou réduire efficacement la violence au service des urgences, il est tout aussi nécessaire d'informer et de former les infirmières pour prévenir la violence au travail (Occupational Safety and Health Administration 2016)</p> </li>   <li>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b>  <p>Les résultats représentent qu'un seul pays. Les participants ont été recruté par le biais d'un échantillonnage de commodité, impliquant de choisir des individus qui sont facilement disponibles pour participer à l'étude. Ce n'est donc pas aléatoire et pourrait donc ne pas représenter la population ciblée.</p> <p>Il a été demandé aux infirmières de se souvenir et d'enregistrer leurs expériences et leurs façons de faire face</p> </li> </ul>

	<p>à la violence au cours de l'année précédente. Il pourrait donc y avoir des problématiques de mémorisation</p> <p>Le harcèlement sexuel n'est pas considéré comme un type de violence au travail dans cette étude.</p> <p>Enfin, ils n'ont pas pu contrôler toutes les variables susceptibles d'influer sur l'intention de quitter le lieu de travail, ce qui signifie que les résultats de l'étude doivent être interprétés avec prudence.</p>
<b>Conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b> <p>Les infirmières doivent se voir garantir des conditions de travail sûres et les droits fondamentaux de l'homme pour bien faire leur travail.</p> <p>Afin de réduire la violence aux urgences, il est nécessaire de prévenir la violence non seulement des patients ainsi que de leurs proches, mais aussi des soignants.</p> </li> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b> <p>Les résultats sont significatifs parce qu'ils élargissent leur compréhension des relations entre l'intention de partir et les méthodes d'adaptation après une violence au travail chez le personnel infirmier des urgences.</p> </li> </ul>

## Annexe 15 :

## Violence against emergency department nurses ; can we identify the perpetrators

? Spelten E. et al., (2020)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<b>Titre</b>	<p>▪ <b>Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français).</b></p> <p>Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators ?</p> <p>Violence à l'encontre des infirmières des services d'urgence : peut-on identifier les responsables ?</p> <p>▪ <b>Quels sont les thèmes abordés ?</b></p> <p>Violence dans un service d'urgences, risque pour le personnel de santé, mécanismes d'adaptation</p> <p>▪ <b>Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b></p> <p>Oui. Aux infirmières des services d'urgence</p>
<b>Auteurs-es</b>	<p>▪ <b>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</b></p> <p><b>Evelien Spelten</b> : Département de psychologie et de santé publique, École de santé rurale, Université La Trobe, Melbourne, Australie</p> <p><b>Brodie Thomas</b> : La Trobe École de santé rurale, La Trobe University, Mildura, Australie</p> <p><b>Peter O'Meara</b> : Département de santé communautaire d'urgence et de pratique paramédicale, Université Monash, Melbourne, Australie</p>

	<p><b>Julia van Vuuren</b> : Département de psychologie et de santé publique, École de santé rurale, Université La Trobe, Melbourne, Australie</p> <p><b>Anthony McGillion</b> : École d'infirmières et de sages-femmes, Collège des sciences, de la santé et de l'ingénierie, Université La Trobe, Melbourne, Australie</p>
<b>Mots-clés</b>	<p>▪ <b>Quels sont les mots-clés ?</b></p> <p>Aucuns mots-clés définis</p>
<b>Résumé</b>	<p>▪ <b>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats.</b></p> <p>L'objectif de cette étude était d'identifier et de discuter des perceptions des infirmières des services d'urgence concernant les auteurs de violence et d'agression au travail. Deux groupes de discussion ont été organisés avec des infirmières du service des urgences d'un grand hôpital métropolitain d'Australie. Dans les groupes de discussion, les perceptions des infirmières sur les auteurs de violence contre les professionnels de la santé ont été identifiées et discutées. Cette étude a confirmé que la violence est un problème majeur pour les infirmières des services d'urgence et qu'elle a un impact considérable sur elles.</p> <p>Les participants ont reconnu avoir tendance à se concentrer sur les mécanismes d'adaptation. Les</p> <p>Les infirmières ont identifié six groupes de responsables de la violence.</p> <p>Les résultats ont mis en évidence d'autres facteurs ayant un impact sur l'apparition et la gestion de la violence, tels que la présence de la sécurité, les temps d'attente et le système de triage.</p>
<b>Introduction &amp; Recension des écrits scientifiques &amp; concepts théoriques</b>	
<b>Pertinence</b>	<p>▪ <b>La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou</b></p>

**des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).**

La violence à l'encontre des professionnels de la santé est un problème majeur dans les organisations de soins de santé et on estime qu'elle touche 95 % des travailleurs, ce qui représente un risque énorme pour les travailleurs et les employeurs. La violence impacte au niveau personnel pouvant entraîner des blessures, voire des décès, mais également augmenter le risque de stress post-traumatique.

La violence peut avoir des conséquences financières pour les professionnels de la santé telles que la perte de revenus, l'augmentation des coûts des soins de santé.

Du côté des institutions, la violence entraîne des journées de travail perdues, des demandes d'indemnisation pour incapacité de travail, mais aussi une augmentation des coûts non négligeables pour améliorer la sécurité. D'un point de vue sociétal, on se demande si la violence à l'encontre des travailleurs de la santé n'est pas en train de se normaliser et d'être acceptée comme un risque quotidien pour les infirmiers.

Les urgences ont une population de patients plus hétérogène qu'un service de santé mentale ou un établissement de soins pour personnes âgées ; le personnel infirmier est moins susceptible d'avoir une relation antérieure avec le patient. En outre, les patients et leurs proches se présentent aux urgences dans un état de stress déjà élevé.

En outre, ces dernières années, le nombre de consultations aux urgences a considérablement augmenté en Australie. Les patients se présentent plus facilement aux urgences, souvent parce qu'ils n'ont pas accès à un médecin de famille ou parce qu'ils estiment avoir besoin de soins plus spécialisés. La dotation en personnel et en ressources des services d'urgence n'a pas toujours été adaptée à l'augmentation du nombre de consultations

<b>Objectifs/questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le personnel infirmier des urgences fait-il la distinction entre les différentes catégories d'auteurs de violence ?</li> <li>2. Comment réagissent-ils aux différents profils d'agresseurs ?</li> </ol> </li> </ul>
<b>Principaux concepts théoriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quels sont les concepts les plus importants ?</b> Violence, responsabilité</li> </ul>

## PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

### Méthodologie

<b>Questions de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le personnel infirmier des urgences fait-il la distinction entre les différentes catégories d'auteurs de violence ?</li> <li>2. Comment réagissent-ils aux différents profils d'agresseurs ?</li> </ol> <p>L'objectif de cette étude était d'identifier et de discuter des perceptions des infirmières des services d'urgence concernant les auteurs de violence et d'agression au travail.</p> </li> </ul>
<b>Devis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?</b> Devis qualitatif phénoménologique avec collectes de données en focus group</li> <li>▪ <b>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.).</b> Les groupes ont été modérés par les auteurs Evelien Spelten, Brodie Thomas, Julia van Vuuren ainsi qu'Anthony McGillion. Ils étaient alors deux femmes et deux hommes, tous</li> </ul>

	<p>chercheurs dans le cadre de l'étude. Aucune autre personne n'a participé aux groupes de discussion.</p> <p>▪ <b>Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.</b></p> <p>Oui. L'approbation éthique pour la collecte de données auprès des infirmières des urgences et l'enregistrement du consentement verbal ont été accordés par le conseil d'administration de l'hôpital.</p>
<b>Sélection des participants ou objet d'étude</b>	<p>▪ <b>Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?</b></p> <p>18 infirmières du service des urgences</p> <p>Déséquilibre entre les sexes dans le groupe, avec seulement deux participants masculins, ce qui reflète le personnel infirmier dans ce contexte</p> <p>Tous étaient diplômés.</p> <p>Leur expérience variait de 0 à 5 ans à plus de 15 ans, la majorité d'entre eux ayant travaillé moins de 10 ans dans un service d'urgence. La plupart des participants ont entre 30 à 39 ans et l'âge des participants varie de 18 à 59 ans.</p> <p>▪ <b>Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?</b></p> <p>Non</p>
<b>Choix des outils de collecte de données</b>	<p>▪ <b>Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?</b></p> <p>Focus group : discussion de groupes enregistrée</p> <p>Deux groupes ont été formés, un de 10 personnes et l'autre de 8</p> <p>▪ <b>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</b></p> <p>L'hôpital a invité ses infirmières des urgences à participer aux groupes de discussion. Ils ont reçu ainsi des informations expliquant l'objectif de l'étude et le rôle des chercheurs. Les</p>

	<p>participants ont eu la possibilité de poser des questions et de discuter des informations avec d'autres s'ils le souhaitaient. Les participants ont été invités à identifier des catégories possibles de responsables de la violence.</p> <p>Chaque groupe de discussion comptait un maximum de 10 participants et durait au maximum 90 minutes.</p> <p>Ils ont fait l'objet d'un enregistrement audio en vue de leur transcription et de leur analyse. Le consentement verbal a été obtenu et enregistré au début du groupe de discussion.</p> <p>A la fin de la collecte de données, les chercheurs ont envoyé un résumé des résultats à leur personne de contact au département des urgences pour qu'elle le distribue au personnel.</p>
<p><b><i>Méthode d'analyse des données</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</b> Les enregistrements audio des groupes de discussion ont été transcrits mot à mot et analysés à l'aide d'une analyse thématique. Le consentement verbal a été transcrit séparément et n'a pas été inclus dans la transcription utilisée pour l'analyse. Une analyse inductive permettant de faire émerger des catégories d'agresseurs à partir des données a été réalisé.</li> <li>▪ <b>Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)</b> Les données ont été codées par Evelien Spelten, Brodie Thomas, Julia van Vuuren ainsi qu'Anthony McGillion</li> <li>▪ <b>Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?)</b> Oui, à l'aide du logiciel N'Vivo</li> <li>▪ <b>Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).</b></li> </ul>

	Aucune information
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?</b> Sous formes de thématiques et de sous-thèmes</li> <li>▪ <b>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</b> L'analyse thématique a permis d'identifier six catégories d'auteurs distinctes, mais qui se recoupent. <b>Catégorie 1 : Violence non liée à un problème de santé</b> La violence peut être perpétrée par les patients, mais le plus souvent il s'agit des membres de la famille ou d'autres témoins. Les membres de la famille peuvent devenir violents s'ils se sentent stressés ou impuissants. Les participants ont alors identifié une catégorie de personnes comme des spectateurs, des patients qui ont l'impression que d'autres ont bénéficié d'un traitement préférentiel. On peut nommer également les voyageurs étrangers ou d'ethnie différente ne parlant pas l'anglais ou ne connaissant pas le système de santé. Enfin, les jeunes adultes ont été identifiés comme un groupe se montrant agressifs ou menaçants.  Si l'infirmière n'est pas en mesure d'atténuer la situation ou si cela prend trop de temps, elle doit faire appel à la sécurité. D'un autre côté, les participants ont estimé qu'une simple intervention comme une brochure expliquant le "système de santé", pourrait aider les personnes qui ne le connaissent pas.  <b>Catégorie 2 : Violence liée à des problèmes de santé mentale sous-jacents</b> Ces patients ont été identifiés comme étant violents. L'un des problèmes est le long délai d'attente pour les évaluations de santé mentale laissant aux infirmières des urgences le soin de gérer ces patients. La nature complexe des problèmes de</li> </ul>

santé mentale pourrait avoir un impact sur la volonté des infirmières d'appeler de l'aide ou de signaler les incidents parce qu'elles ne veulent pas aggraver la situation du patient

**Catégorie 3 : Violence liée à des problèmes de santé physique sous-jacents**

Les patients devenant agressifs en raison de dépression, délire, septicémie, hypoxie, etc. relèvent d'un défi pour l'équipe soignante. Il s'agit d'identifier au plus vite à quel genre de patients ils ont à faire afin d'agir de la meilleure des manières.

La meilleure approche pour les infirmières est de fournir un diagnostic correct et de fournir le traitement adapté.

**Catégorie 4 : Violence liée à la toxicomanie et à l'addiction**

Dans cette catégorie, les fumeurs sont sortis du lot.

Leur comportement (fumer le plus souvent là où c'est interdit) et leur attitude (ne pas vouloir s'arrêter ou se déplacer) étaient souvent si agressifs qu'ils ne pouvaient pas s'en empêcher.

L'alcool était perçu comme un des problèmes les plus importants concernant les comportements violents.

Les consommateurs de méthamphétamine sont considérés comme les plus enclins à la violence et sont décrits comme « durs à cuire »

Infirmières font appel à la sécurité en cas de besoin ou méthode « sleep and sandwich ». Il s'agit de leur donner quelque chose à manger et de les laisser dormir.

**Catégorie 5 : La violence est liée à un ensemble de problèmes**

Ce sont des patients cumulant des problèmes de santé mentale, de démence, de déficience intellectuelle, de toxicomanie ou d'autres maladies comme le syndrome

d'Asperger. Les infirmières estiment ne pas être suffisamment formées pour s'occuper de ces patients.

Approche : Un "chariot sensoriel" a été mis en place au service des urgences

#### **Catégorie 6 : Violence liée à des visiteurs/agresseurs récidivistes**

Patients se rendant fréquemment aux urgences et ont eu des comportements agressifs ou violents lors de visites précédentes. Les participants connaissent souvent bien ces patients, ce qui peut être à la fois un avantage et un inconvénient.

Pour amener des réponses à la deuxième question de recherche, les approches varient d'un auteur à l'autre, allant de la méthode plus douce "sommeil et sandwich" à la méthode moins douce "entrave et sédation".

Lors d'agression ou de violence, les infirmières sont guidées par leur devoir de gérer la situation. La plupart estiment être confrontés à un seuil élevé de violences en raison de la fréquence de l'hôpital. Elles ont donc une tolérance élevée face à la violence. Une des choses essentielles selon les participants, est d'être capable d'identifier à quel groupe d'agresseurs ils font face afin de choisir la meilleure approche pour gérer la situation.

Malgré leur tolérance élevée face à la violence, les participants ont mentionné se sentir vulnérables, craignent des représailles et demandent parfois à la sécurité de les raccompagner jusqu'à leur voiture.

Selon eux, le processus de triage des patients augmenterait les tensions.

Les participants ont identifié plusieurs facteurs organisationnels/sociétaux qui, selon eux, contribuent à la violence :

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les temps d'attente sont considérés comme une source de frustration et d'irritation.</li> <li>- Les barrières culturelles, où ce sont majoritairement des femmes dans le secteur de la santé, pouvant ainsi à l'agression</li> <li>- Plus le patient est malade, moins il y a d'agressivité ou de violence.</li> <li>- Le personnel jeune et moins expérimenté pourrait être, ou se sentir, davantage mis au défi par des patients agressifs.</li> <li>- Les participants ont estimé que les médecins étaient moins exposés à la violence et qu'ils pouvaient être plus indulgents.</li> <li>- L'affichage instantané et la dénonciation publique ont été considérés comme un problème majeur lié à la violence.</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</b>  <p>Oui. Cette étude menée auprès des infirmières des urgences d'un hôpital métropolitain en Australie a confirmé que la violence est un problème majeur et qu'elle a un impact considérable sur le personnel.</p> <p>Le sentiment général était que personne n'avait imaginé en commençant dans les soins que la violence ferait partie de leur travail au quotidien.</p> </li> <li>▪ <b>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?</b>  <p>L'un des objectifs de cette étude était de voir si les participants pouvaient identifier différents groupes responsables de violence, notre hypothèse étant qu'il n'existe pas de solution unique à ce problème.</p> <p>Nous avons constaté que les participants étaient facilement capables de faire la distinction entre les différentes catégories d'agresseurs et d'expliquer comment leur approche des agresseurs variait.</p> <p>Les infirmières ont appris à accepter la violence comme un aspect inévitable de leur travail.</p> </li> </ul>

	Elles reconnaissent que des problèmes sociétaux plus importants sont en jeu et qu'il n'est pas en leur pouvoir de les résoudre individuellement.
<b><i>Recommandations &amp; suggestions</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quelles sont recommandations &amp; suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la <i>pratique</i> et pour b) la <i>recherche</i> ?</b> Néant</li> <li>▪ <b>De quelle manière les suggestions &amp; recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</b> Néant</li> <li>▪ <b>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</b> Une des limites de l'étude est que les données proviennent de deux groupes de discussion réunissant 18 infirmières des urgences d'un hôpital métropolitain, ce qui réduit la portée générale de l'étude.</li> </ul>
<b><i>Conclusions</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</b> Les infirmières sont en mesure d'identifier des catégories distinctes d'auteurs de violence et, par conséquent, elles varient leur approche des patients violents ou des passants</li> <li>▪ <b>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</b> La violence est un danger quotidien pour les infirmières, les rendant vulnérables. Malgré cela elles ne sont pas en pouvoir de résoudre la problématique seules. Les infirmières sont capables d'identifier les différentes catégories d'agresseurs et par conséquent, adapter leur attitude face à eux.</li> </ul>

**Annexe 16 :****Entretien aux urgences avec M. Della Santa et M. Jacquey****Philippe Jacquey**

Je suis d'accord d'être enregistré.

**Mélanie**

Merci Philippe.

**Olivia**

Merci.

**Philippe Jacquey**

À dater du 12.12.2022.

**Sophie**

À 10 h 15.

**Philippe Jacquey**

Ah ben oui, les cloches s'y mettent.

**Mélanie**

Si je te dis comportement de violence turn over, ça t'évoque quoi ?

**Philippe Jacquey**

Je ne suis pas sûr qu'il y a beaucoup de gens qui partent de mon service à cause de la violence, mais je pense que c'est un des facteurs en plus peut être qui peut pousser les gens à s'en aller, mais je suis pas très sûr que c'est un des facteurs les plus importants. Le turnover c'est surtout sur la... sur la surcharge, les horaires, le travail en lui-même. Après pour les cas de violences, c'est vrai qu'on... je remarque, ça fait justement 15-16 ans que je travaille dans le service d'urgence. Je fais un petit peu l'ambulance avant... avant aussi. Ça fait 8 ans que je suis ICUS et je remarque que c'est de plus en plus, ça c'est sûr. On remarque quand même une recrudescence des cas... alors dans violence, on peut s'entendre entre ça peut être violence physique, ou violence verbale ou menaces ou des insultes tout ça c'est... on a un peu de tout. On pourra reprendre un petit peu par cas. Donc il y a une claire augmentation. Mais... je pense que quand les gens quittent le métier ou quittent le service,

c'est rarement un argument qu'on donne. Ça sera plutôt justement, les arguments d'épuisement, de surcharge, de...

**Mélanie**

Et puis... (Entrée dans la salle de Vincent Della Santa) Ah. Salut Vincent.

**Olivia**

Bonjour.

**Sophie**

Bonjour.

**Vincent Della Santa**

Bonjour. Ça va ?

**Mélanie**

Je te présente Olivia et Sophie.

**Vincent Della Santa**

Enchanté.

**Mélanie**

Mes collègues de travail de Bachelor du coup.

**Vincent Della Santa**

D'accord.

**Mélanie**

Et puis je refais le topo que j'ai fait sur quoi... hum, je te laisse t'installer déjà. Hum... Nous on fait en fait notre travail de Bachelor sur euh... Grosso modo, ce serait bien d'explicitier les comportements de violence comme étant un facteur favorisant du turn-over en fait dans un service d'urgence. Euh...Et puis l'idée c'est d'avoir un petit peu, euh... un point de vue professionnel, médical, infirmier sur ce phénomène-là, euh...le pourquoi du comment, puis vos expériences subjectives, personnelles propres. Euh... voilà. Et comprendre, ok, à partir du moment où ça arrive parce que ça arrive beaucoup plus... enfin il y a des.. il y a beaucoup d'études qui démontrent que ça arrive aux urgences de manière beaucoup plus, enfin... plus conséquente aux urgences. Pourquoi ? Comment ? Et qu'est ce qui est mis en place vis à vis de ça... ou pas ? Et puis. Et puis voilà. Et du coup, euh...on demandait justement à Philippe bah... turn-over, comportement, de violence, qu'est-ce que ça lui évoquait ? Ce à

quoi il a répondu que finalement, ce n'est pas l'argument principal quand un infirmier par exemple décide de, de ... de... quitter le service. Que c'est plutôt en lien avec une surcharge, avec les horaires, avec la notion d'épuisement.

**Philippe Jacquey**

Et du coup, on en était là.

**Vincent Della Santa**

Ok.

**Mélanie**

Est-ce que tu es d'accord qu'on enregistre ?

**Vincent Della Santa**

Oui oui, pas de soucis.

**Mélanie**

Et du coup, est ce que tu es d'accord ? Potentiellement ? Qu'on mentionne aussi ton nom dans notre travail de Bachelor ?

**Vincent Della Santa**

Oui oui, bien sûr.

**Mélanie**

Ok, top.

**Olivia**

Merci !

**Sophie**

Merci.

**Philippe Jacquey**

Je résume un petit peu hier sur tous les départs que j'ai eus en 8 ans d'icuserie... je n'ai même pas mémoire qu'une fois quelqu'un m'ai dit : je m'en vais à cause de la violence. Même si on remarque que je disais au fil.. Au fil des ans, (s'adresse à Vincent Della Santa) euh bah toi, t'es là depuis aussi très longtemps.

### **Vincent Della Santa**

Merci Philippe (rires).

### **Philippe Jacquey**

Même avant moi t'étais chef, mais voilà... mais.. J'ai... donc on remarque quand même que... que le pourcentage augmente au niveau violence verbale, physique, menaces, mais que... moi je n'ai pas mémoire que quelqu'un m'ait dit : là je m'en vais vraiment parce que je ne me sens pas en sécurité ou qu'il y ait de la violence. Comme ça, c'est vraiment plutôt justement la fatigue, les nuits ou l'épuisement professionnel.

### **Mélanie**

C'est également ton cas ? (En s'adressant à Vincent Della Santa)

### **Vincent Della Santa**

Les médecins, on est un peu... moins... on est un peu protégés quand même, mais plus comme avant. À une époque, quand j'ai commencé, cela fait 25 ans que je suis médecin. Mais c'était très anecdotique une fois par année, on se faisait insulter par un patient. Et puis maintenant, c'est... il n'y a plus vraiment de barrière pour les patients, mais on n'est quand même pas au lit du patient comme les infirmiers. Donc on n'est pas en première ligne de violence verbale ou physique.

### **Philippe Jacquey**

Alors la plupart que des... que des... violences verbales et physiques, ça sera plutôt en amont, ça sera plutôt en salle d'attente. Typiquement. Et on a notre infirmier donc Tiao, notre infirmier d'orientation et d'accueil, qui va recevoir les gens. Et puis on peut vite avoir de l'agressivité, c'est souvent sur l'attente, sur un temps de salle d'attente parce que des fois c'est long....Les gens ne comprennent pas, ils voient vers d'autres gens passer avant eux et puis ça sera plus... c'est plus facilement... c'est ce personnel-là qui sera au premier front avec les autres aides d'accueil. On a un agent de sécurité 24/24h qui n'est pas forcément...

### **Vincent Della Santa**

Il est là comme un signe. Parce qu'on a n'avait pas ça avant. On a dû mettre, parce que c'était nécessaire pour un peu.. Permettre aussi de calmer les choses.

### **Philippe Jacquey**

Alors au tout début, il était.. il... il était en habit maintenant... non ce n'est pas vrai, il était au tout début en blouse blanche. On se disant maintenant, ça fait partie des soins, on ne veut pas d'agents de sécurité. Pis puis au fond, on a remarqué que dès que tu mets un uniforme, officiel "sécurité", c'est ce qu'on a maintenant, bah...ça met déjà un petit frein. Oulaa... il y a la sécurité qui est là. Voilà et ce n'est pas quelqu'un qui est en blouse blanche, même si c'est un agent de sécurité, mais c'était moins impressionnant je pense pour les gens, donc on sent qu'il y a déjà un petit frein avec ça.

### **Mélanie**

Ok.

### **Philippe Jacquey**

Il ne doit pas intervenir souvent parce des fois c'est l'agressivité... euh... plus verbale des patients qui crient contre le personnel. S'ils voient que ça monte vu qu'ils ne sont pas loin, ils vont voir s'il faut ou non ...ou bien nous on va l'appeler si on ne se sent pas en sécurité.

### **Mélanie**

Toi, Vincent quand tu disais que vous étiez un peu plus protégé, c'était en fonction... par rapport aux rôles ?

### **Vincent Della Santa**

Effectivement, les violences verbales ou les tensions sont souvent liées au fait que les gens viennent pour voir un médecin et à partir du moment où on arrive et qu'on les voit, il y a une décompression qui se fait. Bonjour, je suis médecin... Alors des fois ils sont...Après s'ils sont intoxiqués, c'est ceux-là qui nous injurient et nous tape, aussi, des patients psychiatriques ou alcoolisés. Les autres patients qui souffrent, mais qui sont juste anxieux, qui ont attendu un bon moment, généralement ça se décante. Ok je vois enfin le médecin donc ça va mieux. Mais c'est rarement.... C'est rare qu'ils nous insultent, car ils prennent le risque qu'on dise : bon je reviens quand vous serez de meilleure humeur et hop. Donc non, après ça a quand même beaucoup changé depuis 25 ans... Après il y a une habitude aussi c'est ça qu'on s'est rendu compte. Et moi, quand j'étais aux HUG à Genève où j'ai fait ma formation, il y a eu un moment très intéressant aux urgences où la direction a fait une... une information dans la newsletter pour dire que... ils étaient très contents parce que les actes d'incivilité, comme ils appelaient ça, diminuaient aux urgences.

### **Vincent Della Santa**

En travaillant aux urgences on se dit, bah non.. ce n'est pas. Et en fait, on s'est rendu compte comme indicateur ils ont pris le nombre d'intervention de l'équipe de sécurité parce qu'il y avait une équipe de sécurité qui tournait dans le bâtiment et ils allaient de moins en moins souvent aux urgences parce les infirmières, les médecins, ils avaient l'habitude de gérer eux-mêmes et n'appelaient plus systématiquement et c'est devenu normal qu'on se fasse insulter. Et du coup, c'était un faux indicateur.

### **Mélanie**

Effectivement. En tout cas pas représentatif...

### **Vincent Della Santa**

Donc on a écrit à la direction pour dire non ça augmente, mais on s'est adapté. Et c'est ça qui s'est passé. C'est qu'on s'est adapté, d'une certaine forme de résilience, après que ça n'impacte pas probablement de manière inconsciente, ce n'est peut-être pas verbalisé, dire je pars parce que c'est un ensemble de choses qui fait que les gens disent je me réoriente ou j'arrête le métier. C'est ouais ...comme tu dis tout ce que tu as dit, et peut être quand même ces temps aux urgences cette ambiance, un moment qui même si le métier est intéressant, ça...ça use un peu et les gens partent. Mais est-ce qu'ils vont le verbaliser et s'en rendre compte ? Je ne sais pas.

### **Mélanie**

Donc de la dynamique finalement tu dis.. De l'ensemble, les comportements de violence, le stress, les horaires, etc. Ça pourrait être verbalisé comme étant une cause.

### **Vincent Della Santa**

Je crois qu'il n'y a pas qu'une cause qui fait qu'on change, il y a aussi des causes personnelles enfin l'organisation dans la famille. Quand on commence à avoir des enfants, ça change un petit peu le point de vue, mais euh....La violence c'est souvent peu verbalisée oui, mais je pense que ça compte quand même pour le moment.

### **Mélanie**

Nous on avait eu l'occasion déjà de discuter en fait, de turn-over quand même pas mal déjà il y a... avant cet entretien. C'est quelque chose que tu remarques aussi chez le... chez les médecins ou bien ?

### **Vincent Della Santa**

Alors nous ce n'est pas tout à fait la même situation. On a des médecins assistants en formation qui de toute façon tournent beaucoup soit en CDD, soit tous les 6 mois, un an et pour ceux comme il y en a, qu'on n'engage pas nous, mais qui sont envoyés par la médecine, la chirurgie, qui font 2-3 mois. Donc ça tourne beaucoup les médecins assistants. Eu, ils se disent bon, moi je suis 6 mois aux urgences, je supporte et je remonte à l'étage ça sera plus calme. Et puis pour les médecins cadres, c'est la même chose que les infirmiers quoi. Les médecins superviseurs, ceux qui sont urgentistes, vraiment formés. Ceux qui quittent, c'est pour les mêmes raisons et c'est souvent des contraintes horaires, de stress et la tension au travail, la surcharge. Et j'ai l'impression que ça ne s'améliore pas, que ça s'empire en fait.

### **Mélanie**

Et la surcharge, elle est liée à ?

### **Vincent Della Santa**

Elle est liée à une sorte d'engorgement et d'encrassement du système de santé publique, à cause du financement pour moi, mais je ne vais pas faire de la politique (rires). Mais du fait que voilà on est un peu à l'os et puis que même si on n'est pas encore en France ou en Angleterre, on se rapproche dangereusement de ce modèle où finalement on fait beaucoup d'économies et puis on arrive à un moment où les gens qui font des calculs économiques ne se rendent pas comptes qu'il faut un peu de mou pour que le système fonctionne. Il ne faut pas juste dire, ok, il faut que vous voyiez 2,8 patients heure, c'est ça qui est efficient. Parce qu'à un moment on nous a parlé de ce genre de calculs, vos assistants ne voient que 2,4, ou ne sais plus ce que c'était, patients-heures et que par rapport à un autre hôpital. Mais cela ne veut rien dire.

### **Olivia**

Mais ce n'a pas de sens. Surtout que tous les cas ne sont pas les mêmes.

### **Vincent Della Santa**

Non, et puis la quantité ne fait pas la qualité. On peut avoir des journées à 85 patients qui sont plus lourdes que des journées à 100 patients. Donc que c'est tout ça qui fait que les gens se retrouvent plus. Et puis je pense que ce qui marque beaucoup les équipes en ce moment, mais ce n'est pas qu'ici, tous les services d'urgences occidentaux, c'est l'impression de faire du mal aux gens au bout d'un moment, qu'on n'arrive pas à bien s'en occuper, qu'on saute d'un patient à l'autre dans les couloirs pendant des heures.

**Philippe Jacquey**

C'est des mots qui sortent hein.

**Vincent Della Santa**

De l'impression d'être des soignants qui font du mal aux patients. C'est insupportable...Ça, si c'est une ou deux fois par année par manque d'activité, ok, ça c'était le cas il y a dix ans. C'était ouais de temps en temps il y a la grosse garde...

**Philippe Jacquey**

On était prêt à tous le faire.

**Vincent Della Santa**

Et puis euh... mais après derrière ça allait mieux donc voilà. Mais maintenant c'est quasiment plusieurs fois par semaine donc euh c'est ça le problème.

**Philippe Jacquey**

On a du personnel qui vient, qui dit j'ai travaillé 12 h, je n'ai pas pris de pause, je me suis donné, même au-delà de ce que je pouvais aller et malgré ça, je me sens... je me sens avoir mal travaillé. Je ne suis pas une bonne infirmière. Simplement voilà, quelqu'un avait mal donc vous donner un médicament, quelqu'un qui devait aller sur le vase c'était impossible à ce moment-là, parce qu'il y avait 3 déchocs. Ils partent insatisfaits et certains parlent vraiment de.. Se sentent maltraitant envers le patient. Alors c'est vrai que quand on choisit ce métier, hein vous êtes en plein dedans, c'est... ce n'est pas pour faire ça. Alors de temps en temps on est tous prêts à... prêt à y aller parce qu'on a tous choisi de travailler aux urgences sinon on ne travaillerait pas là. Mais quand c'est du récurrent et pratiquement que des permanences, c'est là où les gens perdent un peu, un peu foi. Au fond, est ce que c'est vraiment ça que j'ai envie de faire comme ça ? Même si le travail de l'urgence plaît aux gens, car ils sont là, se spécialisent pour la plupart. Mais après, ça perd un peu son sens.

**Philippe Jacquey**

Et puis là on est... on peut avoir une perte de sens. Bon c'est sûr pour revenir sur la violence, quand tu rajoutes euh..., tu rajoutes une menace, une insulte. Et puis au fond, tu te dis, bon on m'insulte, on me traite mal, je fais des horaires pas possibles au détriment de ma famille, il y a eu le covid et tout ça. Au bout d'un moment ça s'accumule un petit peu. C'est plus une accumulation de choses qui font que.... moi j'ai des gens qui sont partis dans les soins à domicile ou vers une autre orientation complètement rien à voir avec les soins. En disant, ce n'est plus ça que j'ai envie de faire... Voilà, on peut parler de

chez nous effectivement comme tu le dis des autres hôpitaux, en tout cas de Suisse romande, sans parler de la France. Les gens qui partent, ils ne trouveront pas mieux ailleurs. On a eu des gens du CHUV qui sont venus postuler ici. Des postgrades étaient intéressés puisqu'on manque toujours de spécialisés. Venir ici pour retrouver un petit peu la réalité des soins. Bah fait déjà une journée de stage et on verra si tu la retrouves. Non pour dire, c'est pas... c'est général. Ceux qui partent ce n'est pas pour aller dans d'autres services d'urgences ici en tout cas. On peut changer de voies.

### **Mélanie**

Et puis quand tu as des gens de vos équipes, du coup respectives, viennent vous consulter pour vous dire je me sens épuisé, je suis fatigué. Peut-être est-ce que ça arrive déjà avant qu'il...qu'il ait le craquage final qu'ils se disent bon je pars ? Quand ça arrive, vous gérez ça comment ?

### **Vincent Della Santa**

(Rires)

### **Philippe Jacquey**

(Rires) Non bah on leur met la main sur l'épaule, on dit que ça va aller, que c'est qu'une période, que ça ira mieux. Qu'est-ce qu'on peut faire pour la personne ? Parce que notre job aussi à nous, c'est peut-être d'aménager certaines choses. Peut-être que le mois prochain je te met moins de nuits, j'essaye de... ou bien là part et je te remplace demain. On peut à petite échelle, mais quand ça devient beaucoup de personnel, c'est clair que celui à qui je vais retirer les nuits pour les prochains, ce sont ses collègues qui vont les récupérer, donc on a quand même assez peu de marge. Mais déjà le fait de se faire sentir entendu déjà... euh... par le cadre, c'est déjà quelque chose, parce que c'est une reconnaissance du travail et puis ....En tout cas, tout ce que tu as fait, tu ne pouvais pas plus. Il faut bien leur rappeler qu'ils font avec les moyens qu'on leur donne au fond, et nous en tant que cadre, on donne ce qu'on peut. Et après il n'y a plus... Donc déjà de se faire entendre là-dedans puis se déculpabiliser un petit peu en lui disant bah...tu n'aurais pas pu faire mieux. Ça peut aller un moment. Après ça, lorsque c'est récurrent, ça ne marche plus vraiment, s'il n'y a pas de mieux.

### **Philippe Jacquey**

Donc voilà, c'est être porteur d'un message, de dire écoute il y a une période très difficile, on a eu beaucoup aussi quand... l'année passée on a eu 7 personnes qui sont tombées enceintes en même temps, plus des accidents tout ça. Donc c'est vrai que ça, ça a pas mal affaibli l'équipe parce qu'on a dû prendre pas mal de nouveaux. Du coup pour la surcharge, dès que c'est

beaucoup de plus jeunes, ça porte de nouveau sur les anciens qui doivent un petit peu coacher les autres, donc niveau fatigue. Bon bientôt toutes nos femmes enceintes vont revenir, on va retrouver en compétence, ça va s'arranger. Ça, c'est un peu les mots qu'on peut avoir. Tout en reconnaissant leur travail, en tant que cadre on ne le fait jamais assez, de dire tu as bien travaillé. En tout cas la prise ne charge d'hier malgré le peu de temps que tu avais en tout cas super, bravo ! Mais ça, ça marche à petite échelle. Au bout d'un moment, on ne peut pas soulager tout le monde sur les horaires, en tout cas.

### **Mélanie**

Pas sur le long terme.

### **Philippe Jacquy**

Et pas sur du long terme, non.

### **Vincent Della Santa**

Bon maintenant pour rebondir sur ce qu'il dit, je dirais que la première chose qu'on fait ou que je fais, c'est de déculpabiliser les gens parce que dans ces métiers de soins, les gens se sentent souvent très mal d'avoir une faiblesse entre guillemets, parce qu'ils savent que s'ils ne viennent pas bosser ou qu'ils demandent des aménagements, ça va se reporter sur les collègues. Donc c'est déjà un travail de leur dire non, c'est... on peut tous avoir un moment où on est fatigué. Ou bien, on a besoin de souffler un peu, donc on espère juste comme planificateur que tout le monde ne vienne pas nous dire la même chose le même jour parce que là c'est la merde. Comme quand il y a 7 femmes enceintes viennent le même jour déposer leur arrêt. Alors ce n'est pas comme ça que ça s'est passée mais c'était quand même dans un mouchoir de poche. Et Philippe bah...a développé des compétences incroyables pour sourire en disant : Félicitations!

### **Mélanie**

(Rires)

### **Vincent Della Santa**

En se disant dans sa tête, mais comment je vais faire pour faire le boulot? Mais oui, il y a ce côté chez les soignants et les médecins, soignants en général. Moi je parle de l'acceptation large de...d'avoir cette culture de : je ne peux pas faillir, je ne peux pas avoir de faiblesses, je ne peux pas montrer mes émotions. Alors que là c'est quelque chose qui est très simple. Mais c'est vrai que voilà pendant longtemps on n'était pas emmerdé. Moi, quand j'étais assistant nos chefs, ils... se la sont couler douce, parce qu'il fallait vraiment être intubé pour

ne pas venir bosser. Et puis même qu'on n'arrivait pas à venir parce qu'on était au fond du trou, c'est nous qui nous demerdions pour trouver des remplaçants et ce n'étaient jamais les chefs. C'était beaucoup plus simple à l'époque, il n'y avait pas de plafond horaire donc euh.... Mais maintenant c'est vrai que ça devient... ouais... ça devient beaucoup plus fréquent, même chez les médecins cadres, d'avoir des moments où... D'ailleurs, dans mon équipe de cadres, j'ai plus qu'une minorité qui est à 100 % maintenant. Ils ont tous baisser leurs pourcentages pour survivre entre guillemet dans le système.

### **Vincent Della Santa**

Et c'est quand même assez significatif quand on n'arrive pas à faire le métier à 100 %, c'est qu'il y a un problème d'organisation du métier. Parce qu'on devrait pouvoir travailler aux urgences sans renoncer à une partie du salaire juste pour pouvoir avoir une qualité de vie, ce n'est pas normal.

### **Philippe Jacquey**

Dans mes entretiens d'embauche, c'est quelque chose que je dois dire aux gens, un 100% ça ne sera pas simple. Alors qu'un chef doit faire en sorte que ce soit viable sur un 100 %, effectivement, mais là on doit presque se... presque dire aux gens 80% ou essayer le 100% un petit coup, mais voilà.

### **Sophie**

Donc au final vous faites le même constat ? C'est des employés qui n'ont plus un taux à 100%.

### **Philippe Jacquey**

Ouais. Le seul bémol que je ferais, c'est que c'est vrai qu'au niveau infirmier, on en a ...on a plus tendance à dire quand ça ne va pas, quand c'est fatigant, quand c'est trop, quand j'en peux plus, quand j'ai besoin d'aide que... au niveau médical, mais plus haut niveau médecin assistant qui vient 6 mois, ou qui viennent une période qui ont besoin du papier pour leur cursus universitaire, pour le FMH donc, il y a peut-être moins tendance à dire : ah non, mais là... et puis c'est peut-être dans la culture, avant t'étais médecin, ton chef avait morflé donc tu allais morfler comme lui puis c'est comme ça. Mais là c'est vrai que maintenant on entend plus les médecins... et moi c'était un petit peu un... je t'avais dit une fois (en s'adressant à Vincent Della Santa).

### **Vincent Della Santa**

Un indicateur.

### **Philippe Jacquey**

Il y a un indicateur, on est à un stade supplémentaire. Pour les médecins ont... il y en a un une fois il s'est énervé, il a lancé son téléphone, il n'en pouvait plus. On se dit, pour qu'il ose ça c'est que quand même, on est encore en stade... Alors, ça dépend aussi, on parle plus facilement, on est... Mais pour que les gens osent plus, ça c'est vrai. Après un des... un des outils qu'on a aussi, c'est vrai qu'on a le CUP à côté, le centre d'urgences psychiatriques, on peut dire aux gens, mais si vraiment tu te sens mal... avant que tu craques quoi...peut-être... moi, je préfère que les gens s'arrêtent une semaine ou deux. Qu'il aille voir leur médecin traitant qui recommence à redormir en prenant quelques médocs s'il faut. Qu'il craque, qu'il fasse un gros gros burnout, qu'il va prendre plusieurs mois voire année pour reprendre. Donc ça c'est aussi quelque chose qu'on peut guider les gens, dire là je sens que c'est trop pour toi. Prends toi un jour.. je fais en sorte de te remplacer, essaie de voir si ça peut aller comme ça. Et puis se faire aider aussi parce que.....

### **Mélanie**

C'est quelque chose que tu as eu régulièrement fait... d'orienter... au CUP, en disant va discuter avec.

### **Philippe Jacquey**

Oui. Alors le CUP après c'est un peu ambivalent parce que le CUP c'est nos collègues aussi. On travaille beaucoup la nuit avec eux, euh... donc on se partage les patients, la prise en charge. Donc ce n'est pas simple d'aller vers des gens, euh...

### **Mélanie**

Avec lesquels on collabore, on travaille.

### **Philippe Jacquey**

Qu'on cotoie pis, on a peut-être pas envie...Déjà comme tu le dis, c'est pas simple de se livrer et de montrer une pseudo faiblesse parce que c'est pas une faiblesse au fond... depuis un moment que t'es moins bien, donc ils vont pas forcément là. Mais... Mais je donne que des contacts autres. On a... on a une cellule d'aide aussi à l'hôpital où on peut appeler des... gens un petit peu externes aussi, qui sont à l'aise avec le débriefing comme pour le SMUR ou bien des déchocs, vraiment une situation un petit peu... dramatiques... traumatiques. Que les gens puissent aller un petit peu exprimer ça. C'est des gens qui peuvent aussi aider dans un contexte de... de préburnout ... en cas de craquage.

### **Sophie**

Je rebondis sur ce que vous dites parce que j'étais au stage... en stage au CUP justement et on avait des gens de la maison qui venaient consulter, mais il fallait que... ouais c'était presque tabou de venir au CUP et justement, montrer ce sentiment de faiblesse. Il fallait venir en dehors des heures.

**Vincent Della Santa**

Et en civil.

**Sophie**

Ou alors vite passer par la porte ou alors qu'on se retrouve à une place pour pas que les collègues voient qu'ils viennent consulter. Oui, ça ma'..., ça m'a étonné de voir pas mal de gens consulter.

**Philippe Jacquey**

Ah ouais... ah je peux ...je peux comprendre. Je devrais y aller. Moi j'aurais de la peine en me disant ... en plus avec les cadres ont a encore rigolé ce matin ave eux. C'est vrai que j'aurais été... en faisant des tas et... Rires

**Sophie**

C'est pour ça que souvent on orientait aussi vers d'autres en dehors du bâtiment quoi, mais c'est vrai que ouais.

**Mélanie**

Pis à titre personnel en fait, quand on se sent parfois peu en cohérence avec euh... les valeurs professionnelles, vous mettez quoi en place comme stratégie ?

**Vincent Della Santa**

Ben lui, il a des abeilles alors ils parlent à ses abeilles.

**Philippe Jacquey**

Ouais ! Pour me calmer. (Rires)

**Mélanie**

(Rires)

**Philippe Jacquey**

Ouais ça... tu parles plus de la stratégie que des ressources dans le privé.

**Mélanie**

Oui exactement. Oui, dans ce sens-là ou pas, c'est quoi cette caisse de résonance ? Ton exutoire en fait. Après au travail, quand même toujours ou à l'extérieur.

### **Philippe Jacquey**

Je ne sais pas, mais je crois qu'on doit faire le même travail que nos infirmiers. On leur dit, il ne faut pas culpabiliser, vous faites avec ce que vous pouvez, mais on ne se l'applique pas trop pour nous. Moi c'est vrai que quand je traverse le... vers 17-18h le couloir, que je vois des gens partout, des gens comme mon personnel en pleure. Se dire, mais là j'en peux plus. J'ai beau me dire que je fais avec ce que mon chef, me donne, au fond, je ne peux pas aller au-delà de ça. Donc je pourrais me dire bah voilà...mais... mais c'est n'est pas ... Voilà, sur moi même que je n'arriverais pas à l'appliquer. J'ai pu être mal je veux dire, mais je quand même le chef de ce service quand ça... C'est de que de tolérer des choses qu'on ne tolère peut-être même pas soi même quand je fais le planning. Des fois, quand je fais le planning pour certaine, je me dis que si on me faisait ce planning je ne serais pas content, mais voilà... il faut quand même essayer de se dire je fais avec ce que j'ai et je ne peux pas faire plus.

### **Philippe Jacquey**

Les vacances ont est en train de tirer au sort, qui aura des vacances ou pas, parce que... donc ça va être encore un gros coup pour notre équipe parce qu'il y en aura en tout cas 8-9 qui n'auront pas leurs vacances d'été comme ils auraient voulu. Donc c'est vrai que sur des gens qui ont déjà morflé, qui ont fait le Covid et qui sont au bout de... au bout de tout, on va leur dire qu'il n'aura pas de vacances. C'est vrai que là, on porte ça quand même le soir. Quand je rentre, je me dis comment je vais m'y prendre pour annoncer ça ? Est-ce que j'essaye d'augmenter un petit peu le taux de vacances ? Mais je sais que je vais le payer au mois d'avril prochain quand je ferai le planning. Mais voilà... il faut arriver à se détacher. Moi c'est quand même quelque chose que j'essaye de travailler un peu là-dessus, de... de ne pas tout prendre. On a une séance avec des psychologues du travail qu'on a demandé nous, en tant que cadre aussi pour dire bah voilà... on ne sait plus trop comment faire. Alors il y a quelques pistes qu'on peut avoir...on entend les travaux... et prendre se pistes-là, puis après, de manière interne toujours entre cadre, on s'explique, se demande ce qu'on aura pu faire de plus. On arrive aussi à discuter entre nous et à se rendre compte qu'effectivement on n'est pas responsable de tout ce qu'on inflige un petit peu aux gens.

### **Vincent Della Santa**

Puis là on fait pas mal de diffusing entre pairs.

**Philippe Jacquey**

Diffusing voilà c'est ça.

**Vincent Della Santa**

Entre cadres pour euh... C'est ça qui nous aide beaucoup quoi. Pour partager les cas de vie infirmiers, les tracas avec les médecins d'autres services d'ailleurs, c'est aussi comme ça. C'est comme ça qu'on arrive... pis après la caisse de résonnance... Ça dépend. J'ai cinq enfants donc ça me prend pas mal de temps. On est obligé de passer à autre chose quand on rentre à la maison. Mais c'est vrai que moi je remarque que j'ai moins de patience qu'il y a quelques mois. C'est un petit peu embêtant pour la famille.

**Philippe Jacquey**

Ouais c'est ça, des fois il faut se forcer. Moi je me force des fois à ne pas rentrer tout de suite, je pars promener au bord du lac ou je vais vers mes abeilles qui m'oblige à être calme, je travaille sans gants dont c'est vrai que dès qu'on est un peu excité, on se fait piqué. Donc c'est vrai que ça apprend aussi à...il faut souffle un coup, je me détends une petite euh...Je m'amuse un petit peu et puis après voilà, c'est vrai que ça permet un petit peu de bouger, de se poser et puis de passer à autre chose. Mais il faut une petite transition sinon ça va ...

**Vincent Della Santa**

Ça c'est très... très variable entre personnes, certains font de la musique.

**Philippe Jacquey**

Du sport. Silver, il va crier dans la forêt en courant.

**Mélanie**

Ah ouais ?

**Philippe Jacquey**

(Rires). Crier je ne sais pas, mais il va courir en forêt. Chacun son truc, mais oui.

**Olivia**

Mais c'est quand même triste d'en arriver à ce point-là.

**Philippe Jacquey**

Mais chose que je n'avais pas forcément besoin avant.

**Olivia**

Oui justement.

**Philippe Jacquey**

C'est vrai, ça c'est quelque chose que ça fait quelques années, je dirais un petit peu avant le Covid où ça devient déjà un petit peu compliqué, entre la dotation, les remplacements et tout, mais c'était ...de loin pas ce stade. C'est vrai que le covid... Le post covid, si on peut parler de post covid, est presque pire pour nous en tout cas, pour le service, pour le Covid en lui-même. Pour le Covid en lui-même, il y avait vraiment les gens qui étaient volontaires, qui venaient travailler, ah bah je ne remplace pas de soucis et je viens donc on y va. Puis après, je pense les gens ont eu besoin d'une reconnaissance, qu'ils ont eu un petit coup, quelques semaines, mais qui n'a pas duré très très longtemps et maintenant on dit qu'on ne va pas augmenter les salaires...

**Vincent Della Santa**

Le début là, en 2020, ça a été plutôt extraordinaire. Oui,

**Philippe Jacquey**

Ouais.

**Vincent Della Santa**

La solidarité, la disponibilité des gens, tout le monde était à fond.

**Philippe Jacquey**

On a moins morflé alors ça c'est clair.

**Vincent Della Santa**

Puis ce qui a beaucoup marqué en tout cas moi ce qui m'a beaucoup marqué à l'époque, c'est qu'on a repris la main enfaite sur l'organisation de l'hôpital. Les soignants, on a repris la main, les stratégies étaient purement des stratégies soignantes, on savait pourquoi on était là, ce qu'on faisait. Et tout d'un coup, il y avait plus d'histoire d'économie machin, quand on avait besoin de renfort, on avait du renfort. On avait besoin de matos, mais c'était compliqué à l'époque, je ne sais pas si vous vous rappelez, mais ils se sont donnés en logistique, ils ont fait des piquets H24, ils se donnaient à mort... les informaticiens pas tout de suite au début, mais après ils étaient au taquet. Les infirmières se faisaient applaudir et puis tout à coup... il y a eu un contre-coup. Alors qu'enfaite vous avez fait beaucoup plus de boulot. Et puis par contre, on a l'impression que personne en a rien à foutre, ce qui est complètement faux parce que je pense que dans la société, tout le monde est un peu.. pas super

en forme en ce moment, avec tout ce qui se passe dans le monde. Mais voilà, le soucis c'est ...moi mon soucis je dois dire ce qui me maintient, c'est de... dire il faut changer ce système quoi. On pense aux gens comme vous, si vous voulez faire 40 ans de carrière comme ça, ça ne va pas le faire. Il faut absolument qu'on arrive à modifier le... modifier le système pour qu'il soit viable. Si on continue comme cela, ça va mal se passer, voilà... (Rires)

**Philippe Jacquy**

Voilà, il n'y a plus besoin de faire de mémoire. (Rires)

**Mélanie**

(Rires)

**Sophie**

(Rires)

**Olivia**

(Rires)

**Philippe Jacquy**

Non voilà, je pense que c'est... un passage d'un soin qui est compliqué après dans d'autres secteurs, ils sont quand même un petit peu moins tendu aussi, mais voilà là c'est que...c'est pas simple.

**Vincent Della Santa**

Après, c'est un métier où on va avoir beaucoup besoin de soignants et de médecins à l'avenir. J'ai quand même espoir que les autorités vont se rendre compte et que cela va un peu changer la donne. Il faut absolument que l'on préserve ces gens parce qu'on en a besoin.

**Mélanie**

Ouais, ouais.

**Philippe Jacquy**

Pour la violence, si on repart un peu sur les...

**Mélanie**

Oui, j'avais droit une question.

**Olivia**

Pose ta question, sinon je la poserai après.

**Mélanie**

Vas-y, moi je l'ai en tête.

**Olivia**

Bah on se demandait en fait si un soignant ou un médecin vient vers vous pour vous dire voilà, j'ai vécu telle ou telle situation, comment.. il y a t-il des mesures ?

**Mélanie**

Qui s'est fait agresser ou comme ça.

**Olivia**

Ouais. Enfin quelqu'un qui s'est fait agresser ou autre, que ce soit physique ou verbal.

**Philippe Jacquey**

Pour obtenir de la dotation niveau sécurité, il faut qu'on puisse chiffrer. C'est souvent cela l'hôpital pour avoir quelque chose, faut qu'on puisse dire qu'il y a une augmentation de ça, de ça. Et c'est vrai que ce qui nous aide un petit peu.. alors, on demande à chaque fois que quelqu'un, que ce soit un médecin, infirmier, hôtesse enfin c'est égal, subit, que ça soit une menace "je vais te frapper" ou une insulte, ou bien qu'on... que la personne reçoit un coup, il doit faire une déclaration de... déclaration de violence. Ce patient m'a traité de ci, de ça, voilà. Voilà, il m'a violenté, il m'a menacé. Il nous renvoie à ce papier là qu'on envoie à la sécurité qui va chiffrer ça. Automatiquement pour des choses graves, alors, si on s'est fait un petit peu insulter ou si ce n'est pas quelque chose de très grave, souvent les gens ne donnent pas une suite légale. "Non je ne veux pas porter plainte, il m'a dit ça..." Et voilà, ça n'ira pas plus loin pour le patient parce que voilà. Mais par contre, on recense ça, puis on pourra dire à la fin de l'année qu'il y a eu trois fois ça, trois fois la violence physique.

**Philippe Jacquey**

Enfin 3, c'est bien plus que cela, je dis des chiffres comme ça. Et puis là, ça permet d'aller négocier aussi avec la direction et dire bah là vous voyez on n'est pas en sécurité et il y a eu tant et tant de cas de violence. Après, dès qu'on veut partir dans un truc légal, ça devient tout de suite plus compliqué

parce qu'au niveau légal, si un patient euh... casse un scope, à ce moment-là, le scope ne peut pas aller porter plainte tout seul donc euh... vu que c'est quelque chose de matériel, on peut...

### **Vincent Della Santa**

L'institution peut porter plainte pour dégâts matériels.

### **Philippe Jacquey**

L'institution portera plainte, pour dire bah voilà, ce patient a cassé ça, il a ça comme témoin et puis on va lui facturer. Si par contre il vient à frapper une infirmière, l'infirmière elle peut se défendre toute seule. Et l'institution, actuellement ce qui se passe, on essaie de changer certaines choses euh... Cette infirmière en question devra aller elle-même dire déjà à la direction pour demander la levée du... du secret médical. Parce que t'as pas le droit de dire "Monsieur Machin était là à l'hôpital", donc ça t'a le droit de le dire. Donc c'est à dire que tu vas délier du secret médical, puis ensuite pour aller porter plainte à ton nom à la police. Alors c'est vrai que souvent ça dissuade beaucoup les gens, on se dit, mais si je dois faire toutes ces démarches, moi. Il n'y a pas beaucoup de soutien du service juridique, on va leur dire faite ça et après vous portez plainte, voilà. On trouvait ça un petit peu léger. Moi, j'ai dû le faire une fois ou deux, aller moi-même faire les choses. Bah c'est vrai qu'après on a eu un procès avec le patient qui disait le contraire, enfin on se trouve un peu tout seul et on n'avait pas un grand soutien de notre institution.

### **Philippe Jacquey**

Alors ça on a réussi à changer quand même, aussi il y a... Il y a une plainte qui doit être posée pratiquement ... une infirmière s'est fait peloter bah voilà. Donc on a voulu porter plainte. À ce moment-là, la direction va aider à faire la lettre, va aider à un accompagnement juridique. Il y a quand même un accompagnement qui ne se faisait pas avant, pas avant parce que ça se faisait... on avait peu ce genre de cas aussi, vu qu'il y en a un petit peu plus, on avait besoin de soutien aussi parce que ce n'est pas simple. A ce moment-là, on a tout un soutien de la direction, donc du... service du... du poids qui va venir avec nous, ça oui.

### **Mélanie**

Ça, ça date de quand du coup ? Cet accompagnement juridique, ouais un peu près...

### **Vincent Della Santa**

Juste avant le Covid.

**Mélanie**

Donc c'est quand même assez récent.

**Philippe Jacquey**

On a demandé le soutien oui....

**Vincent Della Santa**

Oui parce qu'à force on a dit non, non, on ne peut pas laisser les gens comme ça.

**Philippe Jacquey**

Aller au tribunal, se défendre...

**Vincent Della Santa**

Aller au Tribunal. Ils n'ont jamais été, ils ne connaissent pas, il faut au minimum...

**Philippe Jacquey**

Puis même comme témoin. Même comme témoin... Moi j'ai été comme témoin sur une dame qui avait forcé la porte, elle était un peu violente. Après il y avait son avocat qui m'accusait, moi, d'être raciste contre elle parce qu'elle était... et puis je ne pouvais pas me défendre. Puis je dis que, moi je viens juste dire ce que j'ai vu et puis d'autres se sont servi de ça, alors que je n'ai jamais rien dit sur la couleur de la personne, ou quoi que ce soit. Et c'est vrai que là on a besoin de soutien, on se dit non, mais attend, je me trouve tout seul confronté à ça, ce n'est pas simple. Euh, mais ce qui peine le... comment dire ça, ce que les infirmiers qui on subit ça, ce qui les peine c'est de se dire le scope ou la table qui a été pété bah c'est automatique et moi je dois faire les choses, donc à mon nom. Donc ce qu'on souhaite, mais ça c'est compliqué au niveau juridique, c'est de dire dès qu'il y a une violence, une insulte, c'est l'hôpital qui porte plainte directement contre la personne. Vous avez vu maintenant il y a des grandes affiches en salle d'attente pour dire que toute violence, agression, menace, sera... ça ne suffit pas à une plainte pénale. Dès qu'on rentre dans le pénal....

**Vincent Della Santa**

Mais c'est juste une affiche parce qu'en réalité il faut que la plainte soit nominative.

**Philippe Jacquey**

Voilà.

### **Olivia**

Donc c'est un projet, ces affiches ou bien ça existe déjà ?

### **Vincent Della Santa**

Non non, on a dit, on a vu avec la direction juridique, on a dit on va faire. Comme ça se fait dans d'autres hôpitaux. Une affiche pour dire que s'il y a des... qu'on ne tolère pas les actes répréhensibles et qu'il y aurait des poursuites pénales. En fait, c'est du bluff, en gros. Parce que l'institution ne peut pas poursuivre quelqu'un pénalement pour une violence physique sur du personnel. On peut accompagner la personne qui y va, c'est ce qui se fait dans la plupart des structures hospitalières. Et puis ce qu'on fait aussi de temps en temps c'est écrire des lettres aux gens qui ont été vraiment... pas des psychiatriques, c'est surtout des gens alcoolisés, parce que les gens psychiatriques c'est compliqué d'aller leur dire "non vous ne faites plus ça". Mais des gens qui ont vraiment un comportement très très désagréable, on leur écrit et je signe avec un juriste pour dire qu'on l'a à l'œil et puis que ce genre de comportement n'est pas acceptable. Voilà donc c'est plutôt de la dissuasion. Mais bon, ce qui est significatif, c'est que quand j'ai... en 2006 je suis arrivé des HUG ici, il y avait un juriste à 70% pour ça. Maintenant, ils sont cinq, je ne sais pas combien EPT au total, mais ils sont 3 EPT au total de juristes. Ça a beaucoup augmenté, beaucoup de problèmes juridiques, les lettres de plaintes, de problèmes de violence aussi. Mais ça, il y a quand même des chiffres qui montrent que c'est des choses qui...

### **Mélanie**

Que c'est significatif.

### **Vincent Della Santa**

Plus significatif, que ça suit un trend sociétal.

### **Philippe Jacquey**

Oui oui.

### **Mélanie**

Et... j'ai une déduction, mais les déductions c'est dangereux toujours. Donc je préfère m'assurer... statistiquement les violences les plus récurrentes, c'est quoi ? Des violences verbales ? Des menaces ?

### **Vincent Della Santa**

Oui oui.

**Philippe Jacquey**

Physique c'est rare.

**Mélanie**

Physique c'est rare ?

**Philippe Jacquey**

Il y a des physiques intentionnelles comme tu le disais il suffit que... voilà.

**Vincent Della Santa**

Alors c'est assez fréquent de prendre des coups, mais dans des cas de patients alcoolisés, patients psychiatriques, ...

**Philippe Jacquey**

Psychiatrique.

**Vincent Della Santa**

Donc là, la plupart du temps on ne peut pas le prendre. Bon, évidemment, si on se fait péter la mâchoire ou bien mordre, comme notre collègue qui s'est fait mordre jusqu'au sang, il y a des conséquences. Mais la plupart du temps, il n'y a pas trop de conséquences et puis on ne peut pas vraiment en vouloir au patient. Mais les violences physiques de patients non psychiatriques, non décompensé, non alcoolisés, ça il y en a eu, mais ce n'est quand même pas très très fréquents.

**Mélanie**

C'est ce que tu disais, plutôt en lien avec le délai d'attente, la vulnérabilité, euh....

**Vincent Della Santa**

Oui

**Philippe Jacquey**

Le stress hein.

**Mélanie**

Le stress.

**Philippe Jacquey**

L'angoisse.

**Mélanie**

La douleur.

**Philippe Jacquey**

Sa famille dans un choc. Du coup il veut rentrer. On doit retenir quand même parce que non, ce n'est pas possible. Oui, il y a ça aussi. Pour ça qu'on peut être un peu tolérant aussi dans une certaine mesure, mais il y a une grosse tolérance. Les gens disent parfois qu'ils sont faits traiter trois fois de..., et après se disent bon c'est comme ça. Et donc il y a une grosse tolérance dans nos services, même pour des gens qui n'ont pas d'excuses psy ou bien d'alcool.

**Mélanie**

L'aménagement pourrait jouer un jeu dans... Le... le patient qui attend en salle d'attente. L'aménagement de la salle d'attente pourrait jouer un jeu ?

**Philippe Jacquey**

On fait comme à Marseille (rires)

**Vincent Della Santa**

C'est à vous de dire s'il y a eu des changements entre l'ancienne salle d'attente ...

**Mélanie**

Un système d'attente un peu comme ça.

**Vincent Della Santa**

La salle d'attente actuelle est un peu plus fractionnée.

**Philippe Jacquey**

Vu que c'est plus fractionné, je pense qu'on se sent...

**Vincent Della Santa**

Plus à l'intérieur.

**Philippe Jacquey**

Oui oui. J'ai de la peine à dire... Il y a peut-être eu plus de choses qui s'y sont passées, mais qui...peut être avant parce c'était un desk, on parlait devant tout le monde, la colère monte peut-être plus facilement. C'est pour cela que

les salles d'attente sont séparées, l'entrée des gens est complètement à l'écart. Maintenant, dans un lieu fermé, on arrive, je pense, à discuter peut-être plus facilement que les gens avec l'architecture maintenant. Mais on n'en est pas encore comme dans certains hôpitaux, comme dans des banques, c'est blindé, on parle par le petit trou. Voilà, on en est de loin pas là. Mais les hôtesse qui sont... qui ont les portes ouvertes, bon elles se font aussi ramassés de temps en temps. Voilà, mais ça sera toujours sur de l'attente, sur de l'incompréhension, après on essaye de prendre les gens à part. Bon mon bureau est en face donc des fois j'entends que ça monte et des fois, juste des fois ça m'est eu arriver d'aller vers des patients, de dire que je suis un des chefs, donc ça, automatiquement "ah ouais il y a un chef...", ou alors on vient me chercher en me disant "écoute là je me suis fait insulter, donc on prend les gens à part. Bon déjà on n'a pas été dans le conflit dès début, donc c'est plus simple pour désengrener la chose. Il faut essayer de comprendre ce qui se passe et on arrive à désengrener beaucoup de choses comme cela.

### **Mélanie**

J'ai juste une dernière question et puis après je suis pas mal...vous avez des formations, des séminaires sur par exemple la gestion de la violence ? Est-ce que cela existe ? Il y a ?

### **Philippe Jacquey**

Chez les médecins je pense que ouais ?

### **Vincent Della Santa**

Moi j'avais eu dans le cadre du SMUR, on en avait eu quelques années, mais parce qu'en préhospitalier c'est encore plus particulier. Mais non, je... Gestion de l'annonce de mauvaise de mauvaises nouvelles, mais gestion de la violence je ne crois pas. Vous avez le cours RADAR, mais c'est encore autre chose.

### **Philippe Jacquey**

Oui, cours RADAR c'est pour plaquer les gens au sol.

### **Vincent Della Santa**

C'est une forme de gestion de la violence. (rires)

### **Mélanie**

Ouais effectivement (rires).

### **Olivia**

Ah non alors moi je n'ai pas eu la formation.

### **Mélanie**

C'était à Préfargier, à F2.

### **Philippe Jacquy**

Ah ouais. Voilà, c'est ça. Alors ce qu'on essaye... Parce qu'avant on avait des cours avec un nouveau coach, qui était un des Securitas, qui donnait des cours de self-défense et donc si quelqu'un vient et est menaçant... on a eu ça dans plusieurs années. Et pour finir, on s'est rendu compte que c'est bien, ses cours étaient bien pro, on a appris tout plein de trucs. Mais si ce n'est pas quelque chose que tu entraînes souvent, euh... bah pour finir tu te retrouves en face et puis ce que tu as appris, ça fait six mois ou presque une année parce qu'on n'arrive pas à le faire, à faire une sorte de refresh tous les ans, c'était presque... presque trop technique pour finir. On ne se rappelait pas du geste, du réflexe qu'il fallait avoir. Et puis, ce qu'on avait peur aussi de trop donner ce genre de choses, c'est que ça donne trop confiance aux gens. "Oui, mais j'ai eu ce cours-là, j'y vais et puis je fonce" et puis voilà. Donc il y avait ça. Puis après cette méthode RADAR nous a bien plu parce que c'est une méthode à plusieurs. On est très bons sur l'ABC pour la préparation du patient ou une réa, ah bah tiens le A, le B, il faut que je masse, on est très bons. Mais sur la gestion de... plaquer quelqu'un au sol ou de l'attacher, on n'a pas de routine, on y va tous comme ça, comme on peut, on prend une jambe, un pied et on ne sait pas trop. Et puis on se rend compte que cette méthode RADAR ça permet vraiment de ...d'organiser. Chacun a son rôle propre et puis on remarque pour l'avoir fait une fois ou deux, bah avec euh... avec les psys. On voit que chacun a sa place, c'est beaucoup plus cool, on va dire ...ça roule, puis chacun fait ce qu'il a à faire. Donc ça c'est quelque chose que j'aimerais mettre en place pour toute l'équipe, étant donné que tous les Securitas ont cette formation, tous les infirmiers du CUP. Mais comme il faut être cinq ou six, il faut être cinq minimum c'est ça...

### **Vincent Della Santa**

Un par membre plus...

### **Philippe Jacquy**

Du coup ils sont 2 au CUP la nuit et bah ils ne peuvent pas mettre la méthode s'il n'y a pas des gens qui ont la même formation qu'eux. Alors ça, je pense que c'est plus, c'est plus ça qu'il faut qu'on puisse développer. Plutôt ce genre de choses que de se défendre, que de... d'essayer de se défendre.

### **Mélanie**

Okey

**Olivia**

Ok. Et puis j'avais juste une question, avant vous avez parlé de ... enfin tu as parlé de tolérance dans l'équipe soignante et médicale. Hum... Donc si je comprends bien, en fait le nombre de déclarations de .. Enfin de situations de violences, en fait, il n'est pas du tout représentatif de la réalité dans l'équipe actuellement.

**Vincent Della Santa**

Ah oui chez nous il y a une sous déclaration.

**Philippe Jacquy**

Je dois pousser les gens parce que j'entends qu'il y a eu quelque chose, "oh bah hier il s'est fait insulter". Alors je vais vers l'infirmiers et je dis, mais tu me fais un rapport, " ouais ouais, non ça va aller, c'est bon. Je dis ouais, mais moi j'ai besoin de ça pour négocier, ça aussi pis... de le poser, je trouve quand même au niveau personnel, c'est bien aussi. Alors on pousse les gens à le faire, mais c'est vrai que c'est sous-coté.

**Olivia**

Oui.

**Philippe Jacquy**

Ils me disent "C'est bon, je passe à autre chose". Et puis on est pris par autre chose, par d'autres charge, par d'autres flux de patients et on part sur autre chose.

**Mélanie**

C'est ok pour vous ?

**Olivia**

Moi, c'est tout.

**Sophie**

Pareil pour moi.

**Mélanie**

C'était hyper intéressant du coup d'avoir en plus les deux aspects médico-inf, j'ai trouvé super, ça donne matière. Merci vraiment. Pour nous c'est ok. Vous si vous avez ... (sonnerie de téléphone) ah bah ça tombe bien

**Vincent Della Santa**

On ne vous a pas trop déprimé ?

**Mélanie**

Non, non, non, non (rires)

**Sophie**

(Rires)

**Olivia**

(Rires)

**Mélanie**

Vous, vous auriez des questions ou des attentes ? Envie ? Besoin ?

**Olivia**

Quelque chose qui vous semble important ?

**Vincent Della Santa**

Ce que je demande toujours, c'est d'avoir une...

**Mélanie**

Copie du travail.

**Vincent Della Santa**

Oui. J'ai toujours plaisir à lire.

**Philippe Jacquy**

Vu qu'en plus cela nous touche directement.

**Mélanie**

En plus. Ben normalement on est censé le terminer en juin, juillet, non ? On doit le prendre. Je te dis ça ... Ah ouais, entre le 3 et le 9 juillet. Donc ça c'est...pas la version finale, donc on vous enverra avec plaisir la version finale.