

Travail de Bachelor

Présenté à :

**Lucien Baptiste, directeur du
travail de Bachelor**

**Quel est l'impact du
stress des infirmier.x.e.s
sur la qualité des soins
des personnes soignées
dans un service
d'urgence ?**

Juillet / 2024

**Aubry Céline
N°21641725**

**Salzmann Jennifer
N°21642442**

**Lieu d'activité de
Neuchâtel**

Table des matières

Remerciements	v
Résumé	vi
Chapitre 1 : Introduction	9
Chapitre 2 : Problématique	11
2.1 Présentation de la question de départ	12
2.2 Expériences de professionnels de la santé	15
2.3 Revue exploratoire	18
2.4 Les soins infirmiers	23
2.4.1 Lien avec les 4 concepts du métaparadigme infirmier	23
2.4.2 Les modes du savoir infirmier	27
2.5 Les concepts pertinents	29
2.5.1 Stress	29
2.5.2 Burnout	30
2.5.3 Qualité de soins	33
2.5.4 Soins d'urgence	35
2.6 Propositions pour la pratique	36
Chapitre 3 : Champ disciplinaire infirmier	39
3.1 Ancrage disciplinaire	40
3.1.1 4 concepts du métaparadigme infirmier	40
3.1.2 Paradigme	42
3.1.3 Philosophie	43
3.1.4 École de pensée	44

3.1.5 Niveau d'abstraction	45
3.2 Principaux concepts et structure de la théorie.....	46
3.3 Discipline infirmière et éclaircissement du sujet	47
<i>Chapitre 4 : Méthode.....</i>	<i>49</i>
4.1 Détermination et utilisation de la méthode PICOT	50
4.1.1 Population.....	50
4.1.2 Intervention ou question d'intérêt.....	51
4.1.3 Comparaison ou contexte.....	52
4.1.4 Outcomes/Résultat attendu	52
4.1.5 Temps nécessaire à l'intervention pour atteindre le résultat	53
4.2 Question de recherche.....	53
4.3 Description de la stratégie de recherche des articles.....	54
4.3.1 Critères d'inclusion.....	55
4.3.2 Critères d'exclusion.....	55
4.4 Description de la stratégie de sélection des articles retenus	56
4.5 Analyse des articles avec la grille de Tétrault	56
<i>Chapitre 5 : Synthèse des résultats et recommandations.....</i>	<i>58</i>
5.1 Synthèse des résultats des articles sélectionnés	60
5.2 Discussion	62
5.3 Recommandations pour la pratique	64
5.3.1 Promotion du bien-être psychologique et de l'empathie	65
5.3.2 Gestion de l'environnement de travail des urgences	67
5.3.3 Indicateurs de qualité	69
<i>Chapitre 6 : Conclusion</i>	<i>71</i>

6.1	Apports du travail de Bachelor	72
6.1.1	Éléments facilitants.....	73
6.1.2	Éléments contraignants.....	73
6.2	Limites du travail	74
6.3	Perspectives pour la recherche future.....	74
<i>Références</i>		<i>77</i>
<i>Appendices.....</i>		<i>88</i>
Appendice A		89
Appendice B		90
Appendice C		95
Appendice D		102
Appendice E.....		107
Appendice F.....		112
Appendice G		117
Appendice H		123

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail de Bachelor.

Nous sommes particulièrement reconnaissantes envers notre directeur de travail de Bachelor, Lucien Baptiste, pour son engagement, son expertise et son soutien tout au long de ce projet. Sa disponibilité et son professionnalisme nous ont permis d'avancer dans notre dossier en ayant des retours réguliers et des conseils perspicaces et constructifs à la rédaction.

Grâce, notamment, aux connaissances partagées par le corps enseignant, en particulier celles liées à la Recherche et aux Sciences Infirmières, nous avons pu réaliser ce travail avec le bagage théorique nécessaire.

Nous tenons ensuite à remercier Yoann Noiré pour sa généreuse contribution. Sa disponibilité et ses précieuses informations ont été d'une importance capitale pour l'élaboration de cette revue. Ses expériences et connaissances ont enrichi ce travail.

Nous remercions finalement nos proches pour leur soutien, leur accompagnement et leur encouragement. Ils ont été des piliers dans des moments de fatigue et de perte de motivation.

Résumé

Problématique

Cette revue de littérature vise à définir l'impact du stress chez les infirmier.x.e.s sur la qualité des soins prodigués aux personnes soignées dans un service d'urgence, afin d'émettre des recommandations pour atténuer ce stress et améliorer cette qualité des soins. Les services d'urgences étant des points d'accès faciles pour la population, ils sont fréquemment sollicités, entraînant une surcharge de travail (Haeffliger, 2023 ; Merçay, 2018). Cette situation engendre un niveau de stress professionnel notable chez les infirmier.x.e.s, entravant la qualité des soins des personnes soignées (Bramaud du Boucheron et al., 2021 ; Michel, 2022 ; Unia, 2020).

Concepts abordés

Les concepts retenus au vu de la problématique dans ce travail sont ceux du stress, du burnout, de la qualité des soins et des soins d'urgence. Ces derniers ont été développés dans le but de préciser le sujet de la recherche. L'ancrage disciplinaire de ce travail s'est basé sur le modèle des systèmes de Neuman (Alligood, 2017).

Méthode

Grâce aux discussions et aux recherches effectuées, la question de recherche a été formulée selon la méthodologie PICOT (Mazurek Melnyk &

Fineout-Overholt, 2023). Cette méthodologie a permis de définir les descripteurs appropriés, utilisés ensuite sur des bases de données, telles que PubMed, Cinhal, APA Psychinfo et Medline. Des critères d'inclusion et d'exclusion liés à la question de recherche ont été intégrés dans cette revue littéraire, permettant de sélectionner six articles probants.

Résultats

Il en ressort que les pressions liées à la surcharge de travail, aux politiques de santé actuelles et aux attentes des personnes soignées sont présentes dans le domaine des soins infirmiers. Cet environnement de travail surchargé engendre des difficultés dans la prestation de soins (Chen et al., 2018a). De plus, les tensions liées à la charge de travail excessive, au manque d'effectif et de collaboration interdisciplinaire, ainsi qu'à la fatigue et l'épuisement affectent la qualité des soins et la satisfaction professionnelle (Kiymaz & Koç, 2018 ; Parizad et al., 2018). Par ailleurs, les erreurs médicales se multiplient, des conflits émergent au sein des équipes et de la direction, le bien-être psychologique décline et le niveau d'empathie des infirmier.x.e.s est affecté (Bourgault et al., 2015 ; Johansen, 2014 ; Kiymaz & Koç, 2018).

Conclusion

Au vu des résultats ressortis de cette revue, il est indéniable que l'impact du stress sur la qualité des soins dans les services d'urgence est non

négligeable et engendre des conséquences pour la personne soignée, les infirmier.x.e.s et les hôpitaux.

Mots-clés

Stress, qualité des soins, services d'urgence, infirmier.x.e.s

Chapitre 1 : Introduction

Dans le cadre de cette formation en soins infirmiers, il nous est demandé de réaliser un travail de Bachelor. Ce travail vise à renforcer notre esprit critique à travers une revue de littérature. Son objectif est de stimuler notre esprit de questionnement clinique et d'appliquer nos connaissances acquises au cours des trois années d'étude. En effet, nous avons appris à développer une pratique clinique fondée sur des données probantes. Les divers articles ont été analysés à l'aide du Guide Francophone d'Analyse Systématique des Articles Scientifiques (Tetreault et al., 2013). Durant ces années d'étude, nous avons abordé les fondements épistémologiques de la discipline infirmière, dont le métaparadigme, les paradigmes, ainsi que diverses théories et divers concepts de soins.

Pour mener à bien ce travail, la problématique sera, d'abord, exposée en s'appuyant sur les expériences vécues par le groupe et les professionnels de la santé, ainsi qu'à travers une revue exploratoire. Par la suite, une question de recherche et des concepts émergeront de la problématique. Le champ disciplinaire infirmier accompagné de l'ancrage et des concepts de la théorie choisie seront alors expliqués. La méthodologie de recherche utilisée pour trouver des articles scientifiques pertinents à la problématique sera ensuite détaillée. Ces articles seront analysés et leurs résultats examinés en vue de formuler des recommandations pour la pratique professionnelle et la recherche. Pour conclure, la démarche sera décrite et des perspectives visant à approfondir la thématique de cette revue exploratoire seront évoquées.

Chapitre 2 : Problématique

2.1 Présentation de la question de départ

Lors de nos différentes périodes de formation pratique, nous avons remarqué que l'environnement de travail des infirmier.x.e.s pouvait avoir un impact sur la qualité des soins des personnes soignées. En effet, l'environnement de travail des soins infirmiers est particulièrement stressant, dicté par le temps et la charge de travail (Boissières, 2002).

En Suisse, selon l'art. 7a de l'ordonnance du Département Fédéral de l'Intérieur du 29 septembre (1995), concernant les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, « le remboursement des montants s'effectue par unité de temps de 5 minutes ». En raison de cette loi s'appliquant pour les soins ambulatoires et ceux dans les établissements médicaux sociaux, les infirmier.x.e.s des établissements médicaux-sociaux suisses déclarent devoir rationner les soins. Cette réglementation se ressent particulièrement dans les domaines des activités sociales, du soutien émotionnel et de la réadaptation. De nombreuses personnes soignées souffrent donc d'un manque d'attention de la part des infirmier.x.e.s, ce qui nuit à la prise en soins (Vincent & Staines, 2019).

Concernant le temps, dans le domaine des soins aigus du canton de Neuchâtel et plus particulièrement au Réseau Hospitalier Neuchâtelois, toutes les prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins sont facturées selon les règles de facturation SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups)

(Réseau Hospitalier Neuchâtelois RHNe, 2022). Ce système fixe la rémunération des prestations sur la base de forfaits par cas reposant sur le diagnostic et communs à l'ensemble du pays. Il revient donc à l'infirmier.x.e de compter son temps et son engagement. Cette tâche est exigeante, car l'infirmier.x.e se doit de prendre le rythme de la personne soignée s'il veut être véritablement dans une démarche d'accompagnement et de relation d'aide (Oudot, 2017).

Dans le domaine des urgences, cette facturation est appliquée quand la prise en soins dépasse la durée accordée, l'excédent de temps ne sera pas facturé (Réseau Hospitalier Neuchâtelois RHNe, 2022). Cette limite de prestation peut causer un problème dans les soins. En effet, elle va créer une pression supplémentaire aux professionnels de la santé afin qu'ils ne dépassent pas la durée de la prestation et va augmenter la charge de travail (Unia, 2020). Les professionnels de la santé doivent donc travailler plus vite et avec de plus en plus de demandes de soins (Haefliger, 2023). Surtout dans les services d'urgence, où la pénurie de médecins de famille est un enjeu majeur (Michel, 2022).

En effet, la pénurie de médecins généralistes engorge les services d'urgence en Suisse. Les services d'urgence sont vus comme un recours, car ils pallient l'absence de médecin de famille (Riser & Martinez, 2023; Vilpert, 2013). Les personnes se rendent aux urgences, considérées comme faciles d'accès, disponible, le soir, la nuit et les week-ends (Merçay, 2018). Cet

engorgement crée une surcharge de travail pour les professionnels de la santé, car il faut travailler plus et plus vite (Haeffliger, 2023).

Par conséquent, les facteurs cités ci-dessus peuvent amener les infirmier.x.e.s à entrer en état de stress (Boissières, 2002 ; Bramaud du Boucheron et al., 2021). Le stress engendré par la surcharge de travail, ajouté aux horaires irréguliers peut évoluer en stress professionnel chronique et aller jusqu'au burnout (Boissières, 2002 ; Bramaud du Boucheron et al., 2021). Cet état peut également conduire les infirmier.x.e.s à changer de service de soins, d'institution, voire de métier, ainsi causer un problème de durabilité de la profession infirmière (Bramaud du Boucheron et al., 2021; Jelassi, 2023; Réseau Hospitalier Neuchâtelois, 2023; Unia, 2020). Tandis que la discipline a déjà un manque conséquent de soignants, elle est parmi une des professions la plus à risque de mener au suicide (Fontannaz, 2019). Ce manque important de professionnels de la santé dans la discipline infirmière engendre alors un problème pour le système de santé suisse (Jelassi, 2023).

Par suite de ce stress, la manière de soigner des infirmier.x.e.s peut être affectée et conduire à certains actes ou attitudes pouvant impacter la qualité de soins (Michel, 2022; Unia, 2020). Par exemple, des erreurs de traitement ont pu être constatées (Michel, 2022). De plus, le stress chronique amène à une perte d'empathie et à une dépersonnalisation, soit un détachement et un traitement impersonnel des personnes soignées. Ces facteurs influencent la perte de sens du métier et la baisse du sentiment d'accomplissement de

l'infirmier.x.e (Bramaud du Boucheron et al., 2021). C'est pourquoi tous ces différents facteurs amènent à des problèmes majeurs dans la discipline infirmière conduisant à une baisse de la qualité des soins (Haeffliger, 2023; Michel, 2022; Unia, 2020).

La baisse de la qualité des soins impacte alors la profession infirmière, ainsi qu'au niveau plus large, le système de santé. Effectivement, une moins bonne prise en soins augmente le temps d'hospitalisation d'environ un jour, par conséquent les coûts de la santé (Schwendimann et al., 2018).

2.2 Expériences de professionnels de la santé

Dans le but d'avoir un avis d'expert sur le terrain, nous avons interviewé un infirmier aux urgences à l'hôpital cantonal de Fribourg (HFR). Lors de cet interview, il a été abordé diverses thématiques, telles que le vécu dans le service des urgences, l'impact du stress sur la qualité de soins et les facteurs les influençant. De plus, la création d'un lien de confiance et le ressenti de la personne soignée à propos de sa prise en soins ont aussi été évoqués. Enfin, les facteurs influençant le fonctionnement des urgences comme le temps, la facturation et la communication interprofessionnelle ont été traités (Appendice A).

Par suite de cette rencontre avec l'expert, diverses idées présentées dans les paragraphes au-dessus ont pu être renforcées. En effet, il appuie l'idée que l'environnement de travail retentit sur la négligence des soins ainsi que sur la relation avec la personne soignée (Copanitsanou et al., 2017). Il l'exprime en soulignant l'importance de l'entente dans une équipe de soins. De plus, une étude qualitative met en évidence que les expériences des personnes soignées dans des environnements de travail sain sont nettement meilleures (Kieft et al., 2014). Selon Joanne Disch (2002), un environnement de travail sain est défini comme étant « un cadre de travail dans lequel les politiques, les procédures et les systèmes sont conçus de manière que les employés soient en mesure d'atteindre les objectifs de l'organisation et d'éprouver une satisfaction personnelle dans leur travail ».

Lors de cette rencontre, l'expert a également mis en évidence qu'un risque d'épuisement et un sentiment de pression intense peuvent être ressentis dans les services d'urgences. En effet, les infirmier.x.e.s sont considérés comme une population à risque d'épuisement en raison de la responsabilité qu'ils animent (Bramaud du Boucheron et al., 2021). De plus, la charge de travail est élevée et les équipes sont fortement sous pression. Les professionnels de la santé risquent alors de s'épuiser (Haefliger, 2023; Jelassi, 2023). Thomas Schmutz, médecin-chef d'unité des urgences à l'hôpital cantonal de Fribourg, souligne aussi que la détérioration rapide de la situation pourrait aggraver davantage la situation déjà tendue (Haefliger, 2023).

Ce constat s'ajoute aux défis persistants des services d'urgences suisses faisant face à une forte affluence, comme le mentionne l'infirmier aux urgences de l'HFR, en particulier depuis la fin de la période COVID. En effet, en 2022, les hospitalisations dans les hôpitaux suisses ont été au nombre de 1,49 million. Elles dépassent le niveau prépandémique (1,47 million), confirmant la tendance à la hausse observée en 2021 (Office Fédérale de la Statistique (OFS), 2023).

Cette augmentation se traduit par des périodes de fortes activités qui mettent le système sous pression. Les urgences romandes sont donc surchargées (Michel, 2022). De plus, la situation perdurant pourrait entraîner des conséquences sur la prise en soins telles qu'une augmentation du délai d'attente (Michel, 2022; Sartini et al., 2022). Une dégradation de la qualité des soins amène également à un amoindrissement de l'attention donnée aux personnes soignées. De plus, cette surcharge provoquant de la pression pourrait augmenter le stress des infirmier.x.e.s et le risque de commettre des erreurs (Michel, 2022; Schwendimann et al., 2018). D'autre part, les soins sont ainsi souvent ressentis comme du travail à la chaîne, rendant l'infirmier.x.e insatisfait des soins prodigués (Unia, 2020).

Selon Clémence Merçay (2018), cette augmentation du flux est attribuée au vieillissement de la population, à la difficulté d'obtenir un médecin généraliste et aux changements sociétaux.

2.3 Revue exploratoire

Selon l'art. 41a de la Loi fédérale du 18 mars (1994) sur l'assurance-maladie [LAMal], « les services d'urgence ont le devoir de recevoir toutes les personnes sans exception ». Actuellement, les urgences sont surchargées (Haeffliger, 2023; Michel, 2022). En effet, selon l'Observatoire suisse de la santé (2024), démontrant une augmentation du nombre moyen d'admissions, par personne soignée, par année, aux urgences, depuis 2020. En 2020, le nombre moyen d'admissions par personne soignée était à 1,31 et s'élève en 2022 à 1,38 en Suisse et à 1,48 dans le canton de Neuchâtel (Observatoire suisse de la santé, 2024). Cette surcharge est due, en partie, au seuil d'accès bas des urgences amenant la population à y venir. La population apprécie l'accessibilité rapide et direct au système de santé, les horaires d'ouverture, la fonctionnalité du service, la situation géographique et le plateau technique des services d'urgences (Gordon, 2023; Merçay, 2018). De plus, ces services sont vus comme un recours palliant l'absence de médecin de famille (Hügli-Jost, 2020). Notamment, 20% des cas se rendent aux urgences par pénurie de médecins traitants, mentionne Hervé Spechbach, responsable des urgences ambulatoires aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (Riser & Martinez, 2023).

De plus, 60% des personnes interrogées dans l'enquête internationale de la fondation Commonwealth Fund consacrée aux politiques de la santé (IHP – International Health Policy Surveys), menée en 2023, indiquent qu'il est

difficile de recevoir des soins médicaux le soir, le week-end ou les jours fériés sans se rendre aux urgences (Dorn, 2020). En outre, en 2023, les HUG comptent 84'000 personnes soignées à accueillir aux urgences et la fréquentation des urgences adultes aux HUG ne cesse d'augmenter. En effet, chaque année, cette fréquentation augmente de 3,5% (Riser & Martinez, 2023).

De surcroît, la population fréquentant les urgences vieillit, les personnes vulnérables et atteintes de multimorbidités, voire précarisées sont nombreuses (Vilpert, 2013). En effet, 48% de la population résidant en Suisse est atteinte au moins d'une maladie chronique. Ce taux dans la population des plus de 65 ans, étant bien plus élevé, se retrouve à 73% (Dorn, 2020).

La complexité gériatrique et sociale de ces cas additionnée à une multiplication de gestes techniques (tests diagnostiques, consultations spécialisées) mobilise alors beaucoup de ressources disponibles aux urgences (Vilpert, 2013). Ces personnes contribuent alors à la surcharge des urgences (Gordon, 2023).

Cette surcharge provoque de la fatigue et de la frustration chez le personnel soignant (Haefliger, 2023). En conséquence, une enquête sur la qualité de vie au travail dans les cantons de Neuchâtel et du Jura, a révélé que, sur 361 infirmier.x.e.s interrogés, 254 se percevaient à risque de burnout, en novembre 2020 (Bramaud du Boucheron et al., 2021). Cette charge de

travail élevée, la rémunération trop basse et la difficulté à concilier les vies privée et professionnelle poussent près de 300 infirmier.x.e.s à quitter leur emploi chaque mois en Suisse. Ce phénomène touche aussi les jeunes diplômés et pose un défi majeur aux hôpitaux suisses (Jelassi, 2023). En effet, selon le dernier rapport de l'Obsan, 36% de la population âgée de 20 à 24 ans quittent cette profession (Merçay et al., 2021).

De plus, le personnel soignant est frustré, car il n'arrive pas à prendre correctement en soins les personnes soignées (Haefliger, 2023; Michel, 2022). En effet, cette surcharge amène à des temps d'attente plus longs, mais aussi à une possible dégradation des soins. En outre, cette forte affluence augmente le risque d'erreur survenant plus régulièrement lorsqu'il y a de la pression (Michel, 2022). Le personnel soignant se concentre alors sur l'essentiel et donne moins d'attention aux personnes soignées (Michel, 2022). Au réseau hospitalier neuchâtelois, l'engorgement de l'hôpital amène des infirmier.x.e.s à s'effondrer moralement en raison de la pression. Par conséquent, des failles de sécurité et un impact sur la qualité des soins sont présents (Sohlbank, 2022).

Cette forte affluence dans les services d'urgence pourrait également mener à une augmentation de l'insatisfaction des personnes soignées (Haefliger, 2023; Michel, 2022; Vilpert, 2013). Toutefois, les résultats de l'enquête internationale, menée en 2023, montrent une satisfaction de la qualité des soins par les personnes soignées. En effet, 63% des personnes de

plus de 18 ans estiment que la qualité des soins est « excellente » ou « très bonne ». Cette proportion reste tout de même légèrement inférieure aux années précédentes (74% en 2020 et 66% en 2016) (Dorn, 2020).

Cependant, malgré cette satisfaction, les soins d'urgences restent tout de même coûteux. En 2016, les services d'urgence ont généré des factures totalisant 624 millions de francs correspondant à 9,3% des coûts ambulatoires des hôpitaux. Bien que cela ne représente que 0,8% de l'ensemble des coûts de la santé, cette proportion peut être considérée comme relativement élevée. En effet, les coûts des soins ambulatoires, y compris ceux des services d'urgence ne bénéficient pas de la même participation minimale de 55% aux frais par les cantons. Cette situation les rend donc plus importants dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (Merçay, 2018).

En définitive, la hausse du nombre de personnes soignées dans les services d'urgence constitue un défi majeur pour les infirmier.x.e.s et pour le système de santé dans son ensemble (Haeffliger, 2023; Merçay, 2018a; Michel, 2022; Observatoire suisse de la santé, 2024; Puddu, 2024). Cette situation crée une pression supplémentaire sur les infirmier.x.e.s, entraînant une surcharge de travail, ainsi un environnement stressant pouvant découler sur un épuisement professionnel (Bramaud du Boucheron et al., 2021; Haeffliger, 2023; Michel, 2022). Les infirmier.x.e.s finissent par quitter leur profession, engendrant un manque de personnel dans le domaine des soins (Jelassi, 2023). Ce stress crée alors des conséquences néfastes sur les soins prodigués

aux personnes soignées. Notamment, il amène à une diminution de la compassion, une augmentation des erreurs médicales et une détérioration de la qualité globale des soins (Haefliger, 2023; Johansen, 2014; Kelly, 2020; Michel, 2022; Vilpert, 2013).

Cependant, malgré ces contributions existantes, il a été constaté un manque de recherches approfondies sur les conséquences spécifiques du stress sur la qualité des soins dans les services d'urgence. La plupart des études se concentrent sur les aspects généraux du stress au travail sans se focaliser spécifiquement sur les services d'urgence. Elles traitent souvent l'épuisement professionnel de manière globale, sans détailler les particularités des urgences. De plus, il existe un manque de recherches approfondies analysant spécifiquement l'impact du stress des infirmier.x.e.s dans les services d'urgence sur la qualité des soins prodigués. Les études actuelles ont tendance à aborder le stress et la qualité des soins comme des sujets distincts plutôt que de les relier de manière causale. En outre, les approches méthodologiques des recherches existantes sont souvent orientées sur des mesures quantitatives du stress (par exemple, les taux de burnout) sans examiner en profondeur les aspects qualitatifs de l'impact du stress sur la qualité des soins.

C'est pourquoi, en formulant la question de recherche : « **Quel est l'impact du stress des infirmier.x.e.s sur la qualité des soins des personnes soignées dans un service d'urgence ?** », le groupe cherche à

combler plusieurs besoins identifiés. En investiguant directement l'impact du stress sur la qualité des soins, cette revue de littérature permettra de comprendre comment le stress des infirmier.x.e.s se traduit en matière de performance clinique, d'erreurs médicales, et d'expériences des personnes soignées, spécifiquement dans le contexte des services d'urgence. De plus, en se concentrant sur les services d'urgence, la revue répondra à la nécessité de données spécifiques à cet environnement unique, où les conditions de travail sont particulièrement intenses et stressantes (Haefliger, 2023; Michel, 2022).

Par conséquent, cette question de recherche est motivée par une lacune identifiable dans la littérature actuelle et la nécessité de comprendre en profondeur la manière dont le stress des infirmier.x.e.s affecte directement la qualité des soins prodigués dans les services d'urgence. Cette compréhension est essentielle pour développer des interventions ciblées visant à améliorer tant le bien-être des infirmier.x.e.s que la qualité des soins prodigués aux personnes soignées.

2.4 Les soins infirmiers

2.4.1 Lien avec les 4 concepts du métaparadigme infirmier

Le métaparadigme se réfère à la manière dont les phénomènes concernant les soins infirmiers sont structurés et organisés. Les concepts sont

liés les uns aux autres afin de structurer et d'organiser les soins infirmiers (Fawcett, 1984).

La personne

Selon Pepin (2017), l'être humain est une entité entière composée de plusieurs sphères : (1) la sphère biologique, (2) la sphère psychologique, (3) la sphère socioculturelle et (4) la sphère spirituelle. La sphère biologique comprend les aspects physiologiques/somatiques de la personne. La sphère psychologique englobe les traits psychologiques, le caractère, la manière d'être, les sentiments et les émotions. La sphère socioculturelle de la personne définit la place de la personne dans la société, ses valeurs, sa culture, son soutien social, son cercle de proches, etc. Enfin, la sphère spirituelle comprend la religion et la spiritualité, ainsi que l'importance que la personne leur accorde (Pepin et al., 2017). C'est pourquoi lorsqu'une personne est prise en soins aux urgences, les infirmier.x.e.s n'ont que peu de temps pour assimiler les informations à son propos. Les infirmier.x.e.s vont alors chercher à obtenir les renseignements qu'ils considèrent importants pour effectuer une prise en soins adéquate, centré sur son problème de santé actuel. Puis, ils effectueront un recueil de données primaires et mettront de côté les autres données moins importantes dans l'immédiat (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2013).

Santé

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2024), « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Le bien-être de la santé des infirmier.x.e.s est perturbé par les différents facteurs de stress pouvant être présent aux urgences. Selon Selye et Alvin (1974), le stress se définit alors comme le syndrome général d'adaptation. Il intervient lorsqu'un individu doit faire face à un changement interne ou externe menaçant son homéostasie (Selye & Alvin, 1974). En effet, le stress a un impact, dont plusieurs conséquences sur l'organisme aussi physique que psychique, pouvant aller jusqu'à un état de stress intense, voir un épuisement professionnel pour les soignants. Ce stress impacte donc la manière de travailler de l'infirmier.x.e., par conséquent la qualité de soins. La qualité de soins entravera donc la santé même de la personne soignée par une moins bonne prise en soins (Maslach, 2006).

Environnement

Dans un service d'urgence, l'environnement est particulier. En effet, il peut être passablement stressant, dû au flux de personnes, jours et nuits. Les problèmes de santé des personnes varient entre des urgences vitales, des accidents, des décompensations psychologiques (Michel, 2022). Tout au long de la journée, les infirmier.x.e.s voient un nombre conséquent de personnes

défiler (Observatoire suisse de la santé, 2024). Cette surcharge de travail crée un environnement stressant pour les infirmier.x.e.s travaillant aux urgences (Haefliger, 2023; Michel, 2022). Quant aux personnes soignées, l'idée de se trouver dans aux urgences dans un état de santé instable crée naturellement un état de stress et d'anxiété. De plus, l'activité dynamique du service peut également engendrer un stress supplémentaire (Selye & Alvin, 1974).

Soins infirmiers

Un des rôles de l'infirmier.x.e est d'accompagner les personnes soignées dans leur processus thérapeutique en considérant leurs besoins, au travers de divers soins. Ces soins sont axés sur les aspects biologiques, psychologiques et socioculturels de la personne. Cette approche permet alors d'entreprendre des soins personnalisés et propres à chaque personne (Fawcett, 1984). Aux urgences, l'infirmier.x.e. se doit de réaliser un recueil de données ciblées, en employant une communication claire et adaptée afin d'être le plus systématique possible (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2013). Tous ces éléments permettront alors de créer un climat de confiance assez rapidement avec le client. De plus, le rôle de l'infirmier.x.e, dans un service d'urgence, sera également de stabiliser la personne soignée et de l'orienter vers une hospitalisation ou un retour à domicile. C'est pourquoi il doit se faire une vision rapide sur l'état de la personne. Ensuite, il effectuera une évaluation physique, un examen primaire et secondaire (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2013). Finalement, un examen clinique focalisé sera accompli, dans le but de pouvoir

rapidement mettre en place des actions infirmières spécifiques (Fawcett, 1984).

2.4.2 *Les modes du savoir infirmier*

Carper (1978) définit quatre modes de conception et d'utilisation du savoir infirmier : le mode personnel, ou l'effort de compréhension de soi et de l'autre ; le mode esthétique, ou l'art infirmier ; le mode éthique, ou la dimension morale ; et le mode empirique, ou la dimension scientifique. Ces différents savoirs doivent être considérés comme étant interdépendants (Pepin et al., 2017).

Le mode personnel

Ce mode de savoir personnel se base sur l'expérience personnelle (les expériences de vie) de l'infirmier.x.e afin de devenir un être unitaire, conscient et authentique. La compréhension subjective de soi et de l'autre permet de comprendre de manière sensible une situation de soins ou sa propre réaction à cette situation. Dans la pratique, ce mode s'exprime par la présence vraie, authentique et ouverte de l'infirmier.x.e, afin d'entrer en relation avec la personne soignée, de construire un lien authentique et d'être sensible à l'autre (Pepin et al., 2017). Dans un service d'urgence, ce mode de savoir peut être entravé étant les conditions de travail (Michel, 2022).

Le mode esthétique

Ce mode de savoir est l'art des soins infirmiers. Il demande des ressources créatives dans le but de rejoindre l'autre et de rendre possible ou de transformer une expérience. Les expressions artistiques, la beauté d'un geste et l'intensité d'une interaction sont un art et des actes donnant une impression positive forte chez l'autre. Cette impression peut transformer sa manière de comprendre et de vivre une situation. La qualité des soins peut être augmentée par cette façon créative de soigner. En appliquant ce savoir, les caractères humains peuvent être préservés devant les contraintes de l'efficacité et de rentabilité des soins (Pepin et al., 2017).

Le mode éthique

Ce savoir comprend les valeurs et les composantes morales des soins infirmiers qu'exigent certaines situations. Cette dimension concerne le bon, le juste et le désirable tout en faisant référence à des principes et des codes personnels, de la profession ou encore de la société (Pepin et al., 2017). Dans sa pratique réflexive, des dilemmes éthiques amènent l'infirmier.x.e à se questionner continuellement sur justesse ou la moralité de ses actions (De Broca, 2015). Tous ces aspects donneront un sens à la discipline infirmière et appuieront la pertinence des actions (Pepin et al., 2017). Aux urgences, les dilemmes éthiques sont innombrables et quotidiens mettant en jeu les valeurs

personnelles ou les devoirs déontologiques. La plupart des dilemmes sont résolus avec discernement grâce à la discussion en équipe (De Broca, 2015).

Le mode empirique

Ce mode de savoir comprend toutes les connaissances scientifiques du champ de la discipline infirmière sur lesquelles les infirmier.x.e.s doivent s'appuyer dans la pratique de la profession. Les soins sont impossibles sans ces connaissances. Diverses méthodes de recherche, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives, permettent de créer ces données probantes. Elles sont élaborées à l'aide de recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes. Dans la pratique, l'infirmier.x.e doit avoir l'habileté de remettre en question ses interventions et d'y intégrer des savoirs issus de la recherche (Pepin et al., 2017).

2.5 Les concepts pertinents

2.5.1 *Stress*

Selon Selye et Alvin (1974) : « Le stress est une réponse de l'organisme à un stimulus en vue de lutter contre la perturbation qu'il a entraînée ». Ce stimulus peut être de nature physique, psychologique, émotionnelle ou encore sensorielle (Selye & Alvin, 1974). La réponse biologique de ce stress s'appelle

le Syndrome Général d'Adaptation. Le Syndrome Général d'Adaptation évolue en trois phases : la phase d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement. Ces phases reflètent la manière dont l'organisme réagit et s'adapte à un stress donné (Selye & Alvin, 1974).

Différents stimuli influencent le stress, des facteurs physiques, sociaux, émotionnels, des facteurs liés à l'hygiène de vie ou encore liés à la profession (Boissières, 2002). Concernant le stress professionnel, les stimuli sont multiples : chômage, inadaptation professionnelle, pressions psychologiques, lourdes responsabilités, objectifs difficilement accessibles, conflits relationnels, surmenage, harcèlement (Boissières, 2002). Ces stimuli sont retrouvés dans la profession infirmière (Haefliger, 2023; Michel, 2022). En effet, le cumul de plusieurs stimuli est menaçant pour l'individu et peut découler sur un stress chronique (Boissières, 2002).

2.5.2 *Burnout*

Selon Maslach (2006) : « l'épuisement professionnel est un syndrome psychologique qui implique une réaction prolongée à des facteurs de stress chroniques interpersonnels sur le travail ». Les trois dimensions clés de cette réaction sont un épuisement, des sentiments de cynisme et de détachement par rapport au travail, ainsi qu'un sentiment d'inefficacité et d'absence d'accomplissement (Maslach, 2006).

La dimension de l'épuisement représente le comportement individuel de base de l'épuisement professionnel. Elle renvoie au sentiment d'être débordé et d'avoir épuisé ses ressources émotionnelles et physiques. En effet, les travailleurs se sentent vidés et épuisés, sans aucune source de réapprovisionnement. Ils manquent d'énergie pour affronter une autre journée ou un autre problème. Les principales sources de cet épuisement sont alors la surcharge de travail et les conflits personnels au travail (Maslach, 2006).

La dimension cynique représente la composante du contexte interpersonnel de l'épuisement professionnel. Elle fait référence à une réaction négative, insensible ou excessivement détachée à l'égard de divers aspects du travail. Elle se développe généralement en réponse à la surcharge de l'épuisement émotionnel et constitue en premier lieu une autoprotection. Si les personnes travaillent trop dur et dans l'exagération, elles risquent de commencer à faire marche arrière et à réduire leurs activités. Le risque est que ce détachement entraîne la perte de l'idéalisme et la déshumanisation des autres. Au fil du temps, les travailleurs développent également une réaction négative à l'égard des personnes et du travail. À mesure que le cynisme se développe, les travailleurs maintiennent leur performance, mais au strict minimum, entraînant une baisse de la qualité de leur travail (Maslach, 2006).

Enfin, la dimension de l'inefficacité représente la composante d'auto-évaluation de l'épuisement professionnel. Elle se réfère aux sentiments d'incompétence et au manque d'accomplissement et de productivité dans le

travail. Cette baisse du sentiment d'efficacité personnelle est exacerbée par un manque de ressources professionnelles, ainsi que par un manque de soutien social et d'occasions de développement professionnel. Ce sentiment d'inaptitude peut conduire les travailleurs épuisés à remettre en question leur choix de carrière et les amènent souvent à mépriser la personne qu'ils pensent être devenus. Ils en viennent ainsi à avoir une image négative d'eux-mêmes et des autres (Maslach, 2006).

Contrairement à la réaction de stress aigu se développant en réponse à des indicateurs critiques spécifiques, le burn-out est une réaction cumulative à des facteurs de stress professionnels continus. Dans le cadre du burnout, l'accent s'est porté principalement sur le processus d'érosion psychologique et sur les conséquences psychologiques et sociales de cette exposition chronique, plutôt que sur les seules conséquences physiques. Étant donné que l'épuisement professionnel est une réaction prolongée à des facteurs de stress interpersonnels chroniques sur le lieu de travail, il tend à être relativement stable dans le temps (Maslach, 2006). Dans la profession infirmière, une haute prévalence au burnout a été démontrée. En effet, comme présenté dans la revue exploratoire, une enquête sur la qualité de vie au travail a révélé, que sur 361 infirmier.x.e.s interrogés, 254 se percevaient un risque de burnout (Bramaud du Boucheron et al., 2021).

2.5.3 *Qualité de soins*

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2024) : « La qualité des soins est la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité. Elle dépend de connaissances professionnelles fondées sur des bases factuelles et est essentielle pour instaurer la couverture sanitaire universelle ». Les soins doivent alors être efficaces, sûrs et centrés sur la personne, mais aussi équitables, intégrés et efficaces, dispensés en temps opportun pour garantir une qualité optimale (Organisation mondiale de la Santé, 2024).

Dans le même esprit, selon le Conseil International des Infirmières (1986), « la qualité des soins infirmiers est le degré de conformité des soins donnés par les infirmier.x.e.s, à des normes fixées d'avance. La norme correspond au niveau à atteindre. Elle est fixée en fonction de ce qui est souhaitable pour le client et l'avancée des connaissances » (Conseil International des Infirmières, 1986).

Conscientes de cette responsabilité, les infirmier.x.e.s ont établi des niveaux de qualité de soins, inscrits dans un document. Ce document se nomme « Caractéristiques des divers niveaux de qualité des soins ». Étant largement diffusé dans le monde des soins infirmiers de tous les pays et servant de référence dans ce domaine, Rotter & Kahoah (1963) identifient quatre niveaux de qualité.

Le premier niveau est les soins dangereux. Ces soins, portant préjudice aux personnes soignées, entraînent des coûts humains sévères et des coûts financiers, tels que des chutes, des escarres, des infections nosocomiales, la douleur, l'inconfort, la violence, un manque d'information et d'éducation thérapeutique de la personne soignée (Rotter & Kahoah, 1963).

Le deuxième niveau est les soins sûrs étant des soins corrects avec une prévention systématique des risques. Ils sont administrés aux personnes soignées en regard des données probantes, basés sur des résultats de recherche. Ils sont standards et prennent en compte les demandes de la personne soignée au coup par coup (Rotter & Kahoah, 1963).

Le troisième niveau est les soins de qualité. En plus des soins sûrs, ce sont des soins centrés sur la personne. Ils sont personnalisés. Les décisions de soins sont prises en regard des besoins et des ressources de chaque personne dans une perspective d'autonomie et de confort. La démarche de soins élaborée pour la personne soignée est mise en œuvre. En revanche, dans de nombreux cas, il faut établir un projet interdisciplinaire pour que la personne bénéficie de soins concertés et coordonnés (Rotter & Kahoah, 1963).

Finalement, le dernier niveau est les soins optimaux. Ils reprennent l'ensemble des soins de qualité et sont sur deux axes supplémentaires. Le premier axe comprend la personne soignée étant partenaire et sa famille. Si la personne soignée est en état de l'être, les décisions la concernant sont prises

avec elle. Ainsi, elle participe à la planification de son traitement et de ses soins. Elle bénéficie alors d'un.x.e infirmier.x.e référent.x.e démontrant une collaboration interdisciplinaire assurée aussi bien à l'hôpital qu'en dehors (Rotter & Kahoah, 1963).

Enfin, le deuxième axe est tous les soins, y compris les soins relationnels, tels que de l'éducation, de la relation d'aide, etc. Tous ces soins reposent sur des données scientifiques et sont adaptés à chaque personne soignée. En effet, il existe un questionnement permanent autour des pratiques courantes (efficience, rigueur, adaptation, meilleur choix, etc.) (Formarier & Jovic, 2012; Rotter & Kahoah, 1963). Au vu des définitions et des divers niveaux et axes, la qualité des soins constitue la base centrale des prises en soins des personnes soignées. C'est pourquoi, au travers cette revue de littérature, il sera recherché l'impact du stress des infirmier.x.e.s sur la qualité des soins, ainsi que les conséquences pouvant en découler.

2.5.4 Soins d'urgence

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2019) : « Les soins d'urgence sont une plateforme intégrée permettant de fournir des services de soins de santé urgents en cas de maladie ou de traumatisme aigus à toutes les étapes de la vie. Le système de soins d'urgence qui fournit ces services va des soins sur place jusqu'aux soins dispensés par le service des urgences en passant par

le transport, et il assure, au besoin, l'accès rapide à des soins chirurgicaux et intensifs. De nombreuses interventions sanitaires qui ont fait leurs preuves sont fortement tributaires du temps – elles sauvent des vies, mais à condition qu'elles soient réalisées à temps. En assurant le dépistage précoce des affections aiguës et l'accès rapide aux soins nécessaires, les systèmes organisés de soins d'urgence sauvent des vies et amplifient l'impact de nombreuses autres composantes du système de santé ».

Au vu de cette définition complète, il peut être constaté que les soins d'urgence sont un concept majeur dans les soins infirmiers. En effet, les soins d'urgences ont pour but de sauver des vies dans un temps imparti (Organisation Mondiale de la Santé, 2019). Cette exigence de rapidité dans les soins effectués aux personnes soignées engendre chez les infirmier.x.e.s un état de stress physique, psychologique ou encore émotionnel (Maslach, 2006).

2.6 Propositions pour la pratique

Cette problématique expose un sujet complexe où se croisent l'impact du stress des infirmier.x.e.s et la qualité des soins prodigués. Comprendre l'impact du stress sur les infirmier.x.e.s peut conduire à des perspectives et propositions pour améliorer la pratique dans les services d'urgence. En effet, en identifiant l'impact spécifique du stress aux infirmier.x.e.s en milieu d'urgence, des solutions peuvent être développées. Ainsi, une qualité de soins

élevée pourrait être maintenu et le bien-être des professionnels de la santé promu.

Notamment, identifier les facteurs du travail, contribuant au stress des infirmier.x.e.s, peut conduire à améliorer la qualité des soins prodiguée (Jelassi, 2023). C'est pourquoi, trouver des perspectives diminuant la charge de travail actuelle aux urgences soulagerait les infirmier.x.e.s. Par conséquent, cette baisse réduirait le risque d'épuisement professionnel et contribuerait à diminuer la pénurie d'infirmier.x.e.s (Bramaud du Boucheron et al., 2021; Haefliger, 2023; Jelassi, 2023; Michel, 2022). Ainsi, la réduction de la charge de travail et de la pression ressentie augmenterait donc probablement la qualité des soins.

La prestation des soins de qualité revêt alors d'une grande importance. Une amélioration de celle-ci augmenterait la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité de la personne soignée (Organisation mondiale de la Santé, 2024). En effet, la qualité des soins prend en considération les demandes du bénéficiaire de soins, ses besoins et ses ressources dans une perspective d'autonomie et de confort. Cette approche conduit à des soins personnalisés à chaque personne soignée, ainsi qu'à des soins coordonnés avec les autres professionnels de la santé pour répondre aux divers besoins (Formarier & Jovic, 2012; Rotter & Kahoah, 1963). De plus, des soins de qualité sont des soins efficaces et sûrs devant être équitables, intégrés et efficients, dispensés en temps utile (Organisation mondiale de la Santé, 2024).

Pour somme, en abordant le stress des infirmier.x.e.s et son impact sur la qualité des soins, on identifie comment la pression sur les infirmier.x.e.s peut altérer l'accompagnement des personnes soignées. Définir l'impact du stress sur la qualité de soins peut alors apporter des perspectives afin d'améliorer la prestation de soins dans des conditions stressantes.

Chapitre 3 : Champ disciplinaire infirmier

Ce chapitre présente l'importance du choix d'un cadre théorique spécifique dans le domaine des soins infirmiers. Son objectif principal est de démontrer l'utilité du modèle des systèmes de Neuman pour la question de recherche de cette revue de littérature. Il analyse comment ce modèle s'ancre dans la théorie infirmière en mettant en lumière ses perspectives sur les concepts fondamentaux du métaparadigme infirmier. Ensuite, il détaille les principaux concepts du modèle, expliquant leur structure et leur fonctionnement. Enfin, il souligne l'importance de ce cadre théorique pour la recherche et la pratique infirmière dans des domaines spécifiques (Alligood, 2017).

3.1 Ancrage disciplinaire

3.1.1 4 concepts du métaparadigme infirmier

Soins infirmiers

Neuman estime que les soins infirmiers s'intéressent à la personne dans son ensemble (Alligood, 2017). Neuman (1982) définit les soins infirmiers comme une « profession unique en son genre, qui s'intéresse à toutes les variables affectant la réponse d'un individu au stress ». La perception de l'infirmier.x.e influence les soins prodigués. C'est pourquoi il faut évaluer le champ de perception du soignant et de la personne soignée (Alligood, 2017).

Personne

Neuman présente le concept de personne comme un système client ouvert en interaction réciproque avec l'environnement. Le client peut être un individu, une famille, un groupe, une communauté ou une question sociale. Le système client est un ensemble dynamique d'interrelations entre des facteurs physiologiques, psychologiques, socioculturels, développementaux et spirituels (Alligood, 2017).

Santé

Neuman considère son travail comme un modèle de bien-être. Ainsi, elle considère la santé comme un continuum entre le bien-être et la maladie qui est de nature dynamique et en constante évolution. Neuman (2011) affirme que « le bien-être optimal ou la stabilité indique que les besoins de l'ensemble du système sont satisfaits ». Un état de bien-être réduit est alors le résultat de besoins systémiques non satisfaits (Alligood, 2017).

Environnement

Neuman définit l'environnement comme l'ensemble des facteurs internes et externes entourant et influençant le système client. Les facteurs de stress, qu'ils soient intrapersonnels, interpersonnels et extrapersonnels, sont essentiels pour comprendre ce concept environnemental. Ils sont décrits comme des forces environnementales qui interagissent avec la stabilité du

système et qui peuvent potentiellement le perturber. Selon Neuman, trois types d'environnements sont pertinents : l'environnement interne, l'environnement externe et l'environnement créé.

L'environnement interne est intrapersonnel, car il se concentre sur toutes les interactions à l'intérieur du client lui-même. L'environnement externe, quant à lui, est interpersonnel ou extrapersonnel, car il englobe les interactions comprenant tous les facteurs provenant de l'extérieur du client. Enfin, l'environnement créé, principalement intrapersonnel, est développé inconsciemment par le client pour soutenir son adaptation protectrice. Ce dernier est de nature dynamique, mobilisant toutes les variables du système pour créer un effet isolant. Cet effet aide le client à faire face à la menace des facteurs de stress environnementaux en adaptant soit son soi, soit sa situation. Il est important de noter que l'environnement créé influence continuellement et est également influencé par les changements de l'état de bien-être perçu par le client (Alligood, 2017).

3.1.2 Paradigme

Le modèle des systèmes de Neuman se place dans le paradigme de l'intégration, car elle considère la santé comme un continuum entre le bien-être et la maladie étant de nature dynamique et en constante évolution (Pepin et al., 2017). Dans ce paradigme, les phénomènes sont considérés comme

interreliés en relation avec un contexte spécifique, le développement des connaissances vise à identifier les facteurs et les interactions qui influencent les phénomènes (Pepin et al., 2017).

3.1.3 Philosophie

Le modèle est dérivé des vues philosophiques de Chardin et de Marx (Alligood, 2017). La philosophie marxiste suggère que les propriétés des parties sont déterminées par les grands ensembles au sein de systèmes organisés dynamiquement (Alligood, 2017). De ce point de vue, Neuman confirme que les modèles de l'ensemble influencent la conscience de la partie étant tirée de la philosophie de Chardin, de la totalité de la vie (Alligood, 2017). Quant au stress, Neuman a utilisé la définition de Selye étant la réponse non spécifique du corps à toute demande qui lui est faite (Selye & Alvin, 1974). Le stress augmente la demande de réajustement. Cette demande n'est pas spécifique. Elle exige une adaptation à un problème, quelle qu'en soit sa nature. Par conséquent, l'essence du stress est la demande non spécifique d'activité (Selye & Alvin, 1974). Les facteurs de stress sont alors les stimuli produisant de la tension et entraînant le stress. Ils peuvent être positifs ou négatifs (Alligood, 2017).

Neuman adapte le concept de niveaux de prévention à partir du modèle conceptuel de Caplan (1964) et relie ces niveaux de prévention aux soins

infirmiers. La prévention primaire est utilisée pour protéger l'organisme avant qu'il ne soit exposé à un facteur de stress nocif. Elle consiste à réduire la possibilité de rencontre avec ces facteurs de stress ou de renforcer la ligne de défense normale du client pour atténuer sa réaction à ceux-ci. En d'autres termes, la prévention primaire consiste à prendre des mesures préventives pour éviter ou minimiser l'impact des stress potentiels sur la santé du client en renforçant ses capacités d'adaptation et en favorisant un environnement favorable à son bien-être. La prévention secondaire et la prévention tertiaire sont utilisées après la rencontre du client avec un facteur de stress nocif. La prévention secondaire tente de réduire l'effet ou l'effet possible des facteurs de stress par un diagnostic précoce et un traitement efficace des symptômes de la maladie. Neuman décrit cela comme un renforcement des lignes de résistance internes. La prévention tertiaire, elle, vise à réduire les effets résiduels des facteurs de stress et à rétablir le bien-être du client après le traitement (Alligood, 2017).

3.1.4 École de pensée

Le modèle des systèmes de Neuman fait partie de l'école des effets souhaités (Pepin et al., 2017). Elle conceptualise les résultats et les effets souhaités des soins infirmiers chez la personne, la famille ou la communauté. Le but des soins infirmiers consiste alors à rétablir un équilibre, une stabilité,

une homéostasie ou à préserver l'énergie (Pepin et al., 2017). Ce modèle est inspiré des théories de l'adaptation et du développement, ainsi que de la théorie générale des systèmes (Bertalanffy, 1968). L'école des effets souhaités perçoit également la personne, la famille ou la communauté comme étant un système en quête d'adaptation ou d'équilibre. Les soins infirmiers ont pour objectif de favoriser l'atteinte de tels buts (Pepin et al., 2017).

3.1.5 Niveau d'abstraction

Le modèle des systèmes de Neuman est à la fois un modèle conceptuel et une grande théorie infirmière. En tant que modèle, il fournit un cadre conceptuel pour la pratique, la recherche et l'enseignement des soins infirmiers. En tant que grande théorie, elle propose des façons de voir les phénomènes infirmiers et les actions infirmières qui sont supposées être vraies et forment des propositions à tester. Le modèle convient aussi bien à tous les niveaux de formation en soins infirmiers qu'à une grande variété de contextes de pratique infirmière. Il s'adapte bien d'une culture à l'autre et est couramment utilisé pour les soins infirmiers en santé publique dans d'autres pays (Alligood, 2017).

3.2 Principaux concepts et structure de la théorie

Le modèle des systèmes de Neuman est basé sur la théorie générale des systèmes. Il reflète la nature des organismes vivants en tant que systèmes ouverts en interaction les uns avec les autres et avec l'environnement (Bertalanffy, 1968; Neuman, 1982). Dans le cadre de ce modèle, Neuman synthétise les connaissances de plusieurs disciplines. De plus, Neuman intègre ses propres croyances philosophiques et son expertise en soins infirmiers cliniques, en particulier dans le domaine des soins infirmiers en santé mentale (Alligood, 2017).

Le modèle s'inspire de la théorie de la Gestalt définissant l'homéostasie comme le processus par lequel un organisme maintient son équilibre, et par conséquent sa santé, dans des conditions variables (Perls, 1973). Neuman décrit l'ajustement comme le processus par lequel l'organisme satisfait ses besoins. Les besoins sont nombreux, et chacun d'entre eux peut perturber l'équilibre ou la stabilité des clients. Par conséquent, le processus d'ajustement est dynamique et continu. Toute vie est caractérisée par cette interaction continue d'équilibre et de déséquilibre au sein de l'organisme. Lorsque le processus de stabilisation échoue dans une certaine mesure ou lorsque l'organisme reste dans un état de disharmonie pendant trop longtemps, la maladie peut se développer. Si l'organisme est incapable de compenser par la maladie, la mort peut en résulter (Alligood, 2017).

Betty Neuman décrit le modèle des systèmes de Neuman comme suit : « le modèle des systèmes de Neuman est une perspective unique, basée sur des systèmes ouverts, qui fournit une approche unificatrice pour aborder un large éventail de préoccupations ». Le client en tant que système peut être défini comme une personne, une famille, un groupe, une communauté ou un problème social. Alors, les clients sont considérés comme des tous dont les parties sont en interaction dynamique avec l'environnement. Ces interactions sont les préoccupations infirmières. Quant aux principaux concepts identifiés dans le modèle, il y a l'approche holistique, le système ouvert, l'environnement, le système client, la ligne de défense normale, la ligne de défense flexible, la santé, les facteurs de stress, le degré de réaction, la prévention en tant qu'intervention et la reconstitution. Ce modèle prend en compte toutes les variables affectant simultanément le système du client : physiologiques, psychologiques, socioculturelles, développementales et spirituelles (Alligood, 2017).

3.3 Discipline infirmière et éclaircissement du sujet

Dans ce modèle, l'infirmier.x.e ou la communauté infirmière peut être considérée en tant que système client, étant donné ses interactions en personne et son ensemble d'intérêts ou de valeurs communes. Utiliser ce modèle dans la problématique du stress et de la qualité des soins peut servir

à analyser l'organisation et les facteurs influençant ce système. De plus, dans le cas de l'infirmier.x.e, de nombreux facteurs jouent un rôle de résistance pour maintenir une homéostasie. D'autres ont pour but de défendre, afin de soutenir le bon fonctionnement organisationnel. Des facteurs de stress réels ou potentiels peuvent alors perturber cette organisation saine du système et entraîner des changements de celui-ci. L'élaboration d'objectifs a pour but de mettre en place des stratégies de prévention. Ces interventions aideraient le système à réussir les changements.

Chapitre 4 : Méthode

Ce chapitre expose la méthodologie suivie pour développer la question de recherche selon la méthode PICOT (Mazurek Melnyk & Fineout-Overholt, 2023). Puis, il détaille la méthode de recherche d'articles scientifiques et met en évidence les critères d'inclusion et d'exclusion appliqués pour choisir des articles probants. Finalement, une analyse des articles sélectionnés sera réalisée à l'aide du Guide Francophone d'Analyse Systématique des Articles Scientifiques (GFASAS) (Tetreault et al., 2013).

4.1 Détermination et utilisation de la méthode PICOT

4.1.1 *Population*

Dans la question de recherche, la population d'intérêt est les infirmier.x.e.s. Cette population a été choisie en raison de son rôle dans la prestation des services de santé et de son impact direct sur la qualité des soins aux personnes soignées (McCarthy et al., 2020). En Suisse, les conditions de travail actuelles poussent les infirmier.x.e.s à quitter la profession. Ce manque d'infirmier.x.e.s amènent à une surcharge de travail, créant une source de stress physique, psychique et social pour cette population (Boissières, 2002).

4.1.2 Intervention ou question d'intérêt

Le phénomène d'intérêt de ce travail est l'impact du stress. Le stress vécu par les infirmier.x.e.s peut entraîner diverses conséquences sur la qualité de vie des infirmier.x.e.s. En effet, ce stress peut provoquer des conséquences physiques, telles que de la fatigue, la privation de sommeil et la diminution des performances. Des conséquences psychologiques comme la détresse psychologique, la dépression et l'épuisement professionnel peuvent aussi survenir (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014; Maslach, 2006). Enfin, ce stress peut également engendrer des conséquences sociales à savoir de l'absentéisme chez les infirmier.x.e.s, une forte rotation des infirmier.x.e.s et une augmentation du nombre d'erreurs de diagnostic et de traitement (Organisation mondiale de la Santé, 2024b). Ces diverses répercussions du stress des infirmier.x.e.s peuvent alors être ressenties sur la qualité de soins des personnes soignées aux urgences par une baisse du niveau de satisfaction des personnes soignées, par l'erreur dans l'administration des traitements et par la diminution d'empathie (Bramaud du Boucheron et al., 2021; Haeffliger, 2023; Michel, 2022; Unia, 2020; Volny et al., 2016). Enfin, ces conséquences ont également un impact sur l'économie des structures hospitalières par l'augmentation du temps d'hospitalisation et par conséquent les coûts de la santé (Merçay, 2018a; Schwendimann et al., 2018).

Pour effectuer les recherches sur les bases de données, le mot-clé choisi fut « stress ». Ce terme étant très large, de nombreuses recherches ont

nécessité afin de se focaliser sur un mot-clé spécifique correspondant à notre problématique.

4.1.3 *Comparaison ou contexte*

Dans cette question de recherche, le « C » de la méthode PICOT a été employé pour définir un contexte, contrairement à sa définition dans L'Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare (2023) étant une comparaison d'intérêt. Par conséquent, le contexte de cette problématique concerne les services d'urgence. Ces unités sont fortement sollicitées et dispensent de prestations de soins d'urgence. C'est pourquoi elles constituent un environnement où de nombreux facteurs de stress peuvent être présents (Haefliger, 2023; Michel, 2022).

4.1.4 *Outcomes/Résultat attendu*

Le résultat attendu est la qualité des soins prodigués aux personnes soignées influencée par divers facteurs de stress. Le choix de la qualité des soins comme objectif pour la problématique découle de son importance dans les soins infirmier (Organisation mondiale de la Santé, 2024).

4.1.5 Temps nécessaire à l'intervention pour atteindre le résultat

Bien que ce travail n'ait pas explicitement abordé la dimension temporelle, il est implicite que la question de recherche est étroitement liée au temps de prestation du soin et à sa facturation (Réseau Hospitalier Neuchâtelois RHNe, 2022).

Tableau 1

Formule PICOT

P	Infirmier.x.e.s
I	Impact du stress
C	Services d'urgence
O	Qualité des soins
T	-

4.2 Question de recherche

Initialement, plusieurs questions de recherche avaient été développées. « Quelles sont les interventions pouvant être mises en place pour diminuer le stress dans un service d'urgence ? » ou « Quel est l'impact du stress du personnel sur la prise en soins de la personne soignée ? » sont deux exemples parmi d'autres que le groupe avait élaborés. Par la suite, l'approfondissement

de ces diverses questions de départ a permis de les affiner et d'obtenir ainsi la question finale étant « Quel est l'impact du stress des infirmier.x.e.s sur la qualité des soins des personnes soignées dans un service d'urgence ? ». La question finale est donc de type Meaning selon la méthodologie PICOT (Mazurek Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

4.3 Description de la stratégie de recherche des articles

Pour tenter de répondre à la question de recherche, la méthode PICOT a été utilisée pour identifier les éléments clés de la question. Chaque terme ou mot-clé PICOT a été ensuite traduit en anglais. Puis plusieurs bases de données scientifiques (Pubmed, Cinhal, Psychinfo, et Ovid Medline) ont été utilisées regroupant des articles scientifiques. En fonction de la base de données utilisée, les mots-clés traduits ont été convertis en descripteur MeSH correspondants. Ces bases de données comprennent une gamme de descripteurs parmi lesquels le groupe a sélectionné ceux jugés les plus appropriés pour définir le mot-clé. Les descripteurs sélectionnés pour chaque mot-clé ont été regroupés pour former une équation de recherche. Des résultats plus pertinents ont ainsi pu être obtenus. Toutes ces équations de recherche ont été finalement combinées en une équation finale en utilisant les opérateurs booléens « OR » et « AND » permettant ainsi la sélection d'articles adaptés à la question de recherche.

Les traductions des éléments clés, les conversions en descripteurs, les choix des descripteurs et les formulations d'équations sont répertoriés dans des tableaux (Appendice B). En outre, un diagramme de flux a été effectué tout le long du travail, afin d'expliquer visuellement cette stratégie utilisée lors de la réalisation de ce dossier (voir figure 1, p.59). Les différentes étapes y sont résumées permettant aux lecteurs d'obtenir une vue d'ensemble sur le déroulement.

4.3.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions sont : des articles quantitatifs et qualitatifs, publiés au cours des dix dernières années, et rédigés exclusivement en anglais, français et allemand. De plus, les sujets abordés correspondent à la population, à la question d'intérêt, aux résultats attendus et au contexte de la question de recherche.

4.3.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont : les revues systématiques et tous les articles ayant un titre, un résumé ou un texte complet ne correspondant pas à la population, à la question d'intérêt, aux résultats attendus et au contexte de la question de recherche. Par ailleurs, tous les articles à double sont retirés.

4.4 Description de la stratégie de sélection des articles retenus

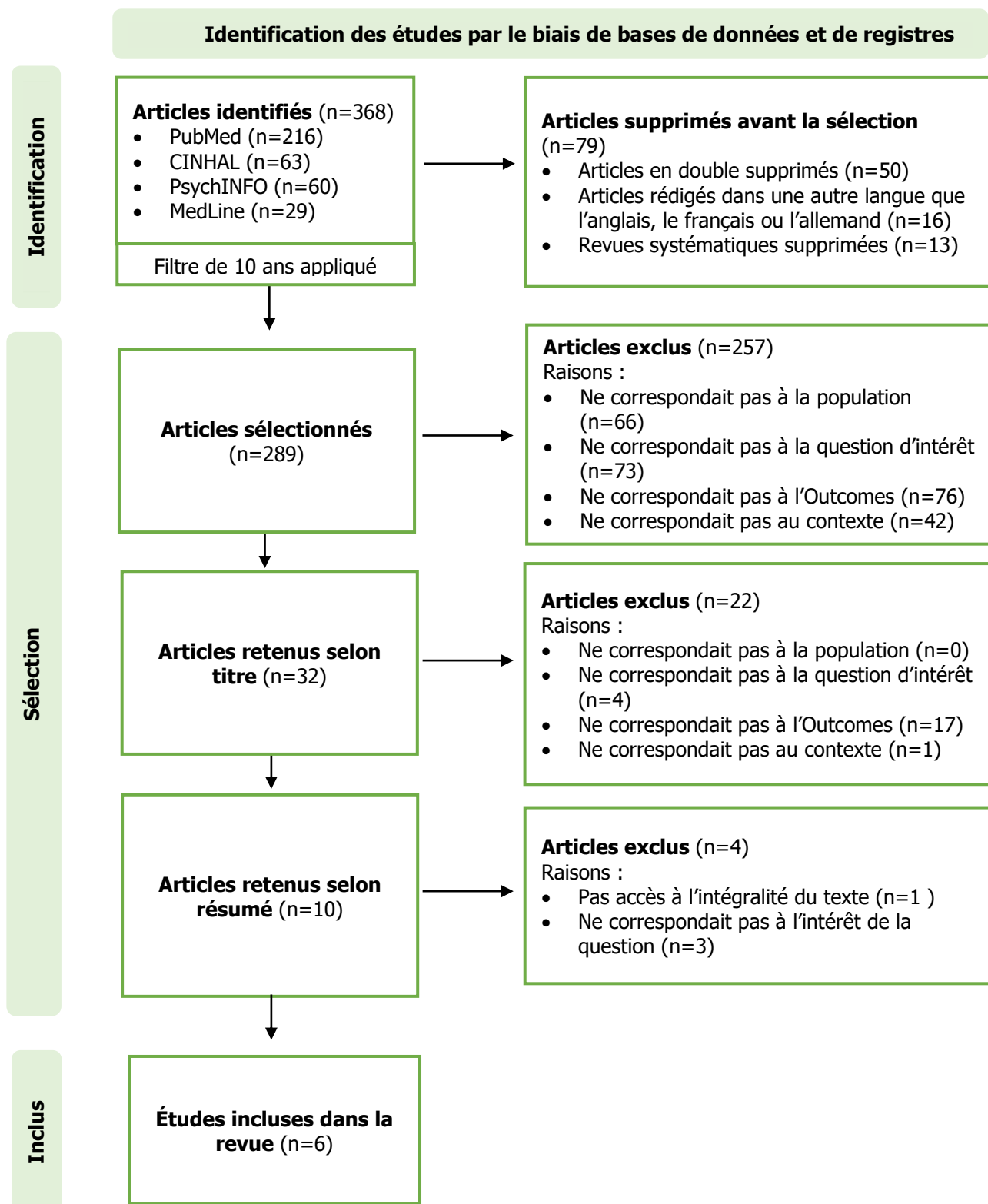
À la suite des résultats obtenus à partir de l'équation de recherche finale dans diverses bases de données, le groupe a suivi un processus en trois étapes pour sélectionner des articles probants. Initialement, une évaluation des titres des articles a été entreprise pour déterminer leur adéquation avec la question de recherche. Cette évaluation a pris en compte les critères d'inclusion et d'exclusion. Les résumés des articles présélectionnés sur la base de leur titre ont été ensuite examinés pour affiner la sélection, en veillant à ce qu'ils répondent aux critères d'inclusion. Enfin, une attention particulière a été accordée à tout le texte, en particulier la méthodologie utilisée, les résultats obtenus, ainsi qu'à la discussion et aux conclusions présentées dans les articles. Les articles les plus probants en lien avec la question de recherche, tout en respectant les critères d'inclusion, ont été ainsi identifiés et retenus. La majorité des articles retenus ont été trouvés sur PUBMED. De plus, d'autres bases de données ont été explorées (Psychinfo, Cinhal et Medline) permettant de retenir quelques articles supplémentaires.

4.5 Analyse des articles avec la grille de Tétreault

Le guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques a été utilisé dans cette revue, afin d'évaluer la qualité des articles sélectionnés

(Tétreault et al., 2013). Les grilles complétées se trouvent à la fin de ce travail en appendice (Appendice C, Appendice D, Appendice E, Appendice F, Appendice G et Appendice H).

Chapitre 5 : Synthèse des résultats et recommandations

Figure 1*Diagramme de flux*

Ce chapitre vise à synthétiser et présenter les résultats des articles analysés pour tenter de répondre à la question de recherche. Tout d'abord, une synthèse des articles retenus sera proposée, suivi d'une discussion des différents résultats obtenus. Ils seront ensuite mis en lien avec la question de recherche afin d'émettre des recommandations pour la pratique.

5.1 Synthèse des résultats des articles sélectionnés

Les six études incluses dans cette revue dataient de 2014 à 2018 (Bourgault et al., 2015; Chen et al., 2018; Johansen, 2014; Kiymaz & Koç, 2018; Parizad et al., 2018; Ríos-Risquez & García-Izquierdo, 2016). Les pays de réalisations de ces études étaient le Canada, l'Iran, Taiwan, la Turquie, les États-Unis et l'Espagne. Trois articles quantitatifs ont été analysés dans cette revue, un à devis descriptif corrélationnel transversal (Bourgault et al., 2015), un à devis descriptif et transversal (Kiymaz & Koç, 2018) et un à devis transversal (Ríos-Risquez & García-Izquierdo, 2016). Pour les articles qualitatifs, trois ont été inclus à ce travail soit une conception exploratoire (Parizad et al., 2018), une approche interprétative (Chen et al., 2018) et une phénoménologique (Johansen, 2014). Toutes les études ont été réalisées auprès d'infirmier.x.e.s travaillant dans un service d'urgence.

L'objectif de certaines de ces études étaient de comprendre les expériences de travail négatives et les perspectives des infirmier.x.e.s sur leur

propre expérience d'un service surchargé (Chen et al., 2018; Parizad et al., 2018). L'objectif d'autres articles était d'évaluer le niveau de détresse psychologique, de bien-être et d'empathie, ainsi que la satisfaction des personnes des personnes soignées (Bourgault et al., 2015; Ríos-Risquez & García-Izquierdo, 2016). De plus, certaines études ont analysé les situations de conflits, ainsi que d'erreurs médicales (Johansen, 2014; Kiymaz & Koç, 2018). Néanmoins, aucune étude incluse n'a traité l'impact du stress des infirmier.x.e.s sur la qualité des soins dans un service d'urgence.

Dans les six études sélectionnées, le thème du stress a été abordé par divers sujets. En effet, dans une étude, il a été abordé le niveau de détresse psychologique et le niveau de bien-être (Bourgault et al., 2015). Trois autres études ont exploré les sujets de la surcharge de travail, de la fatigue et de la satisfaction professionnelle (Chen et al., 2018; Kiymaz & Koç, 2018; Parizad et al., 2018). Dans une autre étude, la faible niveau de dotation en personnel et les conditions de travail ont été évoqués (Kiymaz & Koç, 2018). Le stress a également été abordé par le thème des conflits et des attentes irréalistes de la direction (Johansen, 2014). Une étude a finalement exposé un sujet important du stress, l'épuisement professionnel (Ríos-Risquez & García-Izquierdo, 2016).

Concernant la qualité des soins, elle a été abordée par divers thèmes. Un article a abordé le niveau d'empathie des infirmier.x.e.s, ainsi que la gestion de la douleur (Bourgault et al., 2015). Un autre article a abordé la satisfaction

des personnes soignées à l'égard des soins infirmiers (Ríos-Risquez & García-Izquierdo, 2016). Puis, un article a évalué les erreurs médicales (Kiymaz & Koç, 2018). Enfin, une étude a parlé de la collaboration entre les professionnels de la santé (Chen et al., 2018b).

5.2 Discussion

Pour répondre à la problématique de ce travail, à savoir « Quel est l'impact du stress des infirmier.x.e.s sur la qualité des soins des personnes soignées dans un service d'urgences ? », l'analyse des divers articles a permis d'apporter des résultats.

Il a été mis en évidence que les pressions physiques et psychiques liées à la surcharge de travail, ainsi que les pressions émotionnelles liées aux politiques de santé actuelles et aux attentes des personnes soignées sont présentes dans le domaine des soins infirmiers (Chen et al., 2018). Cet environnement de travail surchargé engendre du stress professionnel amenant à des difficultés dans la prestation de soins (Chen et al., 2018). En conséquence, le stress professionnel lié à la charge de travail excessive, au manque d'effectif et de coopération, ainsi qu'à la fatigue et l'épuisement affectent négativement la qualité des soins et la satisfaction professionnelle des infirmier.x.e.s (Kiymaz & Koç, 2018; Parizad et al., 2018). En effet, Maslach (2006) a mis en évidence les répercussions liées aux réactions cumulatives à

ces facteurs de stress professionnels continus. Ces répercussions, tant psychologiques que sociales, entraînent non seulement du stress professionnel continu, mais également une baisse de la qualité de travail (Maslach, 2006). Par conséquent, les infirmier.x.e.s travaillant aux urgences commettent et sont témoins d'un grand nombre d'erreurs médicales, souvent engendrées par les conditions de travail stressantes (Kiyamaz & Koç, 2018).

De plus, cet impact sur la qualité des soins engendre passablement de conflits entre les infirmier.x.e.s et la direction ayant des priorités divergentes (Johansen, 2014). La direction est axée sur la satisfaction des personnes soignées et les infirmier.x.e.s sont centrées sur la qualité des soins (Johansen, 2014a). Ces conflits, concernant les niveaux de dotation en personnel, le manque de compréhension de la direction et les attentes irréalistes des infirmier.x.e.s entravent alors les soins, souvent accompagnés de réactions émotionnelles négatives (Johansen, 2014). Ainsi, les infirmier.x.e.s optent principalement pour l'évitement, afin de se concentrer sur les soins malgré les frustrations et le manque de temps pour aborder les conflits (Johansen, 2014a). Les situations de conflits au travail, étant une des principales sources de l'épuisement professionnel, peuvent alors impacter le bien-être psychologique, ainsi influencer sur le niveau d'empathie des infirmier.x.e.s (Bourgault et al., 2015; Maslach, 2006). En effet, un niveau de bien-être psychologique élevé augmente l'empathie et à l'inverse, un niveau faible la péjore, la qualité des soins se trouve alors entravée (Bourgault et al., 2015a).

Il peut également être conclu que les infirmier.x.e.s travaillant dans un service d'urgence ont un niveau d'empathie moins élevé que d'autres infirmier.x.e.s, pouvant être lié à leur niveau de détresse psychologique (Bourgault et al., 2015). Cependant, selon de l'article de Ríos-Risquez & García-Izquierdo (2016) aucun lien n'a été trouvé entre la satisfaction des personnes soignées à l'égard des soins infirmiers et les trois dimensions de l'épuisement professionnel ou la perception du stress des professionnels (Ríos-Risquez & García-Izquierdo, 2016).

Tous ces éléments révèlent les défis et les besoins des infirmier.x.e.s aux urgences, mettant en lumière l'importance de développer des recommandations appropriées, afin de réduire l'impact du stress des infirmier.x.e.s sur la qualité des soins des personnes soignées (Parizad et al., 2018).

5.3 Recommandations pour la pratique

Des recommandations ont été suggérées, inspirées des divers articles analysés et de notre expertise, mises en évidence lors de la réalisation du travail. Ces recommandations ont pour but d'atténuer l'impact de stress des infirmier.x.e.s, afin de garantir des soins de qualité aux personnes soignées. Elles ont été proposées par des champs d'action pour les infirmier.x.e.s des services d'urgence en Suisse.

5.3.1 *Promotion du bien-être psychologique et de l'empathie*

Il est essentiel de promouvoir le bien-être psychologique et l'empathie chez les infirmier.x.e.s aux urgences, car cela a un impact direct sur la qualité des soins prodigués (Bourgault et al., 2015). Des recherches ont montré une meilleure adhésion aux soins et une plus grande satisfaction des personnes soignées lorsqu'un.x.e infirmier.x.e. est empathique (Bourgault et al., 2015). Pour atteindre cet objectif, plusieurs mesures peuvent être mises en place.

Premièrement, il est essentiel de promouvoir des exercices de relaxation et de méditation parmi les infirmier.x.e.s des services d'urgence. Les responsables des ressources humaines et les infirmier.x.e.s chef.x.e.s des urgences doivent prendre l'initiative d'organiser mensuellement des journées de bien-être. Ces journées doivent inclure diverses activités de relaxation, telles que des séances de méditation, des massages et d'autres activités relaxantes. De plus, prévoir des espaces dédiés à la détente, au repos ou à la méditation pendant les pauses au sein des établissements de santé permettront aux infirmier.x.e.s de réduire leur niveau de stress et d'améliorer leur bien-être psychologique. Des études, telles que celle menée par Krasner (2009), ont démontré que la pratique de méditation peut amener à des améliorations du bien-être et des attitudes associées aux soins centrés sur la personne soignée. D'autre part, il pourrait également avoir un effet sur l'empathie des infirmier.x.e.s (Bourgault et al., 2015).

Deuxièmement, nous recommandons d'intégrer une formation continue composée de modules sur l'empathie et le bien-être dans les programmes de développement des infirmier.x.e.s enseignés par des infirmier.x.e.s clinicien.x.e.s spécialisé.x.e.s. Ces formations devraient inclure des exercices pratiques pour renforcer les compétences relationnelles et émotionnelles des infirmier.x.e.s.

Troisièmement, nous suggérons d'organiser des formations spécifiques dispensées par des infirmier.x.e.s clinicien.x.e.s spécialisé.x.e.s et des pharmacien.x.e.s pour sensibiliser le personnel aux erreurs médicales potentielles. Ces formations doivent être interactives, incluant des études de cas et des simulations pour préparer efficacement le personnel aux situations critiques. De plus, élaborer et mettre à jour régulièrement les procédures et protocoles adaptés aux services d'urgence permettra d'assurer une prise en soins sûre et efficace des personnes soignées.

En mettant en œuvre ces recommandations, il est possible d'améliorer significativement le bien-être psychologique et l'empathie des infirmier.x.e.s aux urgences. Cette démarche conduira à une réduction de l'impact du stress des infirmier.x.e.s, mais également à une amélioration globale de la qualité des soins prodigués aux personnes soignées. Les responsables des services d'urgence doivent prendre des mesures concrètes pour intégrer ces pratiques dans le quotidien des infirmier.x.e.s, favorisant ainsi un environnement de travail favorable, centré sur le bien-être.

5.3.2 *Gestion de l'environnement de travail des urgences.*

Un environnement de travail favorable peut promouvoir des relations professionnelles harmonieuses aux urgences et à améliorer la qualité des soins prodigués en réduisant le stress des infirmier.x.e.s. En nous basant sur les divers articles et recherches effectuées, nous recommandons les actions suivantes :

Premièrement, les infirmier.x.e.s chef.x.e.s des urgences doivent mettre en place des formations régulières sur les interactions interpersonnelles. Ces formations devraient inclure des exercices pratiques sur la communication, la gestion des conflits, l'empathie et le travail d'équipe. Ainsi, les compétences nécessaires pour favoriser un environnement de travail collaboratif et efficace seront renforcées à l'aide de ces exercices (Parizad et al., 2018).

Deuxièmement, connaître les divers rôles des professionnels de la santé favorisera une collaboration améliorée au sein de l'équipe et optimisera la qualité des soins prodigués aux personnes soignées. Cette familiarisation peut se faire lors de rencontres informelles telles que des diners, des activités ludiques ou encore des séances de formations, encourageant la création de relations professionnelles solides.

Troisièmement, il est nécessaire de réduire la surcharge de travail des infirmier.x.e.s et d'assurer une qualité des soins. C'est pourquoi, les infirmier.x.e.s chef.x.e.s des urgences et leur direction doivent mettre en place une politique limitant le nombre de personnes soignées pris en soins par

chaque infirmier.x.e. De plus, intégrer un infirmier.x.e. ponctuel.x.e par jour permettra de soulager les équipes existantes, malgré les coûts supplémentaires associés. D'autre part, la direction des urgences doit organiser des entretiens individuels et des rencontres d'équipe régulières pour permettre aux infirmier.x.e.s d'aborder les préoccupations et suggestions concernant le service. Ces rencontres favoriseraient un environnement où chacun se sent soutenu et écouté. Par exemple, pour les rencontres d'équipe, l'installation d'une « boîte à idée » dans le service permettrait aux infirmier.x.e.s d'exprimer anonymement leurs opinions sur l'organisation du travail et les améliorations nécessaires.

La direction des urgences doit finalement prendre des mesures immédiates en incluant des politiques claires pour traiter les comportements inappropriés et l'incivilité au travail. L'adoption de ces politiques permettra de promouvoir une communication professionnelle et constructive, réduisant l'intimidation et les tensions au sein de l'équipe (Parizad et al., 2018).

En intégrant ces recommandations dans la gestion quotidienne des urgences, la direction et l'équipe peuvent créer un environnement de travail plus positif, sécurisé et collaboratif. Ainsi, le stress des infirmier.x.e.s sera réduit et l'impact sur la qualité des soins prodigués aux personnes soignées améliorée, ainsi que la satisfaction au travail au sein de l'équipe soignante renforcée.

5.3.3 Indicateurs de qualité

Pour améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes soignées aux urgences, il est nécessaire d'inclure des indicateurs de qualité spécifiques aux infirmier.x.e.s, dans les rapports de qualité de l'hôpital. Pour y parvenir, nous recommandons les points suivants.

Tout d'abord, les infirmier.x.e.s chef.x.e.s des urgences doivent collaborer avec les responsables de l'hôpital pour développer des définitions opérationnelles commune de la satisfaction des personnes soignées et la qualité des soins. Cette collaboration doit être prioritaire et régulière avec des réunions mensuelles dédiées à l'harmonisation des objectifs entre les urgences et la direction de l'hôpital. Des ateliers interprofessionnels trimestriels peuvent également être organisés où les infirmier.x.e.s, les médecins et les autres professionnels de la santé peuvent discuter et affiner les indicateurs de qualité. Ces ateliers doivent encourager le dialogue et la coopération entre toutes les parties prenantes.

De plus, la direction des urgences doit instaurer des protocoles pour s'assurer que les indicateurs de qualité sont systématiquement pris en compte lors de l'évaluation des performances des infirmier.x.e.s. Ils doivent être clairement définis, mesurables et alignés avec les objectifs de l'hôpital.

La direction des urgences doit également mettre en place des groupes de travail spécifiques chargés de surveiller et de rapporter régulièrement les progrès réalisés en matière de qualité des soins et de satisfaction des

personnes soignées. Ces groupes doivent inclure des représentants des infirmier.x.e.s et se réunir au moins une fois par mois.

En instaurant ces mesures, on peut s'assurer que les contributions des infirmier.x.e.s aux soins des personnes soignées sont reconnues et mesurées de manière appropriée. Cette approche collaborative et proactive réduira le stress chez les infirmier.x.e.s et son impact sur la qualité des soins dans les services d'urgence.

Chapitre 6 : Conclusion

En conclusion, le stress des infirmier.x.e.s impacte négativement la qualité des soins dispensés aux personnes soignées dans les services d'urgences. Ce phénomène est principalement dû aux multiples conséquences du stress professionnel vécu par les infirmier.x.e.s, notamment, la surcharge, la fatigue et l'épuisement professionnel. Les études incluses dans cette revue mettent alors en évidence les défis auxquels sont confrontés les infirmier.x.e.s et elles soulignent les besoins essentiels en matière de soins infirmiers de qualité. C'est pourquoi, il est nécessaire de mettre en place des interventions, pour promouvoir un bien-être psychologique chez les infirmier.x.e.s, maintenir un environnement de travail sain et inclure des indicateurs de qualité de soins.

6.1 Apports du travail de Bachelor

La réalisation de ce travail de Bachelor dans le cadre de la formation en soins infirmiers nous a offert l'opportunité de renforcer notre capacité d'analyse critique. L'élaboration de cette revue de littérature a encouragé notre esprit de questionnement clinique et sollicité nos connaissances acquises lors de ces trois années d'étude. Nous avons alors renforcé nos compétences dans l'utilisation des bases de données, nous permettant ainsi d'intégrer efficacement des données probantes dans notre pratique professionnelle future.

6.1.1 *Éléments facilitants*

La cohésion et la complémentarité du groupe ont été une force dans cette démarche, créant ainsi une harmonie de travail. De plus, l'engagement et le soutien de notre directeur de travail nous ont été précieux, compte tenu de son expérience scientifique et son regard analytique. Ces éléments ont permis un suivi rigoureux de la démarche ainsi que des ajustements pertinents au cours de la rédaction. En effet, il a su nous guider dans le développement de la question de recherche, puis dans la recherche d'articles, afin de trouver de la littérature appropriée.

6.1.2 *Éléments contraignants*

Cependant, cette chronologie a, par la suite, engendré des difficultés dans l'élaboration de la problématique. Dès lors que la question de recherche était déjà claire pour nous, nous avons néanmoins rencontré des difficultés à maintenir notre objectivité lors de la collecte des données exploratoires et dans la rédaction de la problématique. Par ailleurs, la perte d'un membre du groupe au début de la démarche, particulièrement investi dans le domaine des urgences, a constitué un obstacle pour aborder le sujet principal de la problématique dans la suite du travail. En effet, nous n'avions pas d'expérience dans ce contexte de soin. En outre, les longues pauses causées par les examens et les stages ont ralenti la rédaction et l'avancée du travail.

6.2 Limites du travail

Le manque de littératures en santé et plus particulièrement sur notre problématique a également représenté des limites significatives lors de cette démarche. En effet, la qualité des soins et le stress étant des sujets vastes et multifacettes, l'acquisition de données s'est avérée complexe tant pour les données exploratoires que pour la sélection d'articles scientifiques. Toutefois, les résultats de cette revue de littérature mettent en évidence l'impact indéniable du stress sur la qualité des soins dans les services d'urgence et ses conséquences sur les personnes soignées, les infirmier.x.e.s et les hôpitaux. Ce défi multidimensionnel nécessite alors une approche basée sur les recommandations évoquées précédemment.

6.3 Perspectives pour la recherche future

L'impact du stress des infirmier.x.e.s sur la qualité des soins prodigués aux personnes soignées est un domaine sous-étudié dans le contexte des services d'urgence. Compte tenu des résultats de cette revue, des recherches supplémentaires doivent être effectuées pour mieux comprendre ce sujet dans le contexte des urgences, en portant une attention aux points suivants.

La communauté de recherche doit d'abord s'accorder sur une définition commune du stress et de la qualité des soins pour permettre une meilleure compréhension de ce phénomène. Il serait également pertinent d'explorer la

nature et les sources du stress chez les infirmier.x.e.s en utilisant une conception qualitative avec des entretiens. Cela permettra de comprendre l'impact du stress chez les infirmier.x.e.s et aux chercheurs de décrire la situation du point de vue des infirmier.x.e.s de manière exhaustive, en fournissant des informations importantes pour la pratique.

Il demeurerait également important que les recherches futures explorent et prennent en compte l'association entre l'impact du stress des infirmier.x.e.s et la qualité des soins prodigués aux personnes soignées aux urgences. Ainsi, de plus amples résultats et perspectives pour la pratique pourraient être obtenus. Ils apporteraient une réduction du stress chez les infirmier.x.e.s aux urgences et donc une amélioration de la qualité des soins prodigués aux personnes soignées.

Pour les recherches futures et le développement de stratégies de prévention et d'intervention visant à réduire l'impact du stress chez les infirmier.x.e.s aux urgences, il serait aussi important d'explorer plus en profondeur les situations dans lesquelles ce stress survient. Il est, de plus, essentiel d'enquêter sur les attitudes des infirmier.x.e.s concernant leur propre stress et son impact sur la qualité des soins. Ce sont également des informations nécessaires pour le développement de stratégies de prévention et d'intervention ciblées.

D'autre part, pour ouvrir de nouvelles perspectives pour la recherche, il serait intéressant d'explorer l'impact du stress sur la qualité des soins des

personnes soignées dans la continuité de leur prise en soins. Quel est donc son effet dans le domaine des soins chroniques ? Que ce soit dans les services de réadaptation, les établissements médicaux-sociaux ou à domicile, les soins visent à améliorer ou à maintenir une qualité de vie des personnes soignées, leur permettant ainsi de réaliser leurs activités de la vie quotidienne. Dans des études futures, il demeurerait alors intéressant d'analyser cette perspective, dans le but de promouvoir la qualité de vie des personnes soignées dans le domaine des soins chroniques.

Références

- Alligood, M. R. (2017). Nursing Theorists and their work. In *Plastic Surgical Nursing: Vol. 9th Editio.* Elsevier Health Sciences.
<https://doi.org/10.1097/psn.0000000000000124>
- Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory*. New York : George Braziller.
- Boissières, F. (2002). *Les soignants face au stress* (Lamarre Poinat, Ed.).
- Boivin-Desrochers, C., & Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche En Soins Infirmiers, N° 118*(3), 85–96. <https://doi.org/10.3917/rsi.118.0085>
- Bourgault, P., Lavoie, S., Paul-Savoie, E., Grégoire, M., Michaud, C., Gosselin, E., & Johnston, C. C. (2015). Relationship Between Empathy and Well-Being Among Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing, 41*(4), 323–328. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.10.001>
- Bramaud du Boucheron, A., Guyot, A., Leuenberger, M., & Perrin, C. (2021). Epuisement professionnel et dépersonnalisation. *Section Neuchâtel/Jura de l'Association Des Soins Infirmiers (ASI)*. https://asi-neju.ch/wp-content/uploads/2021/07/2107_FR-epuisement-professionnel_low.pdf
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books.
- Carper, B. A. (1978). *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing* (Columbia University, Ed.). <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>

- Chen, L. C., Lin, C. C., Han, C. Y., Hsieh, C. L., Wu, C. J. (Jo), & Liang, H. F. (2018). An Interpretative Study on Nurses' Perspectives of Working in an Overcrowded Emergency Department in Taiwan. *Asian Nursing Research*,
- Conseil International des Infirmières. (1986). Les soins infirmiers: Faire le point et préparer l'avenir. In *CIC*.
- De Broca, A. (2015). Principles of clinical ethics approach. In *Soins Aides - Soignantes* (Vol. 12, Issue 62, pp. 10–11). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.sasoi.2014.12.002>
- Disch, J. (2002). From the Guest Editor : Creating Healthy Work Environments. *Creative Nursing*, 8(2), 3–4. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.8.2.3>
- Dorn, M. (2020). *Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich*.
- Fawcett, J. (1984). *The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements*. Image: the Journal of Nursing Scholarship.
- Fontannaz, C. (2019). Suicides en Suisse: une première étude livre les métiers à risques. *Radio Télévision Suisse*. <https://www.rts.ch/info/suisse/10568959-suicides-en-suisse-une-premiere-etude-livre-les-metiers-a-risques.html>

- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édit). Association de Recherche en Soins Infirmiers.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01>
- Gordon, E. (2023). Les habitués des urgences. *Le Magazine de l'Université de Lausanne*.
- Haeffliger, C. (2023). "Nous sommes fatigués et frustrés": immersion dans des urgences surchargées. *Radio Télévision Suisse : Émission Mise Au Point*.
<https://www.rts.ch/info/suisse/13724697-nous-sommes-fatigues-et-frustres-immersion-dans-des-urgences-surchargees.html>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2013). *Évaluation primaire médicale adulte*.
https://www.cardiomobile.ch/docs/prot_smur/4-2_abc_medical.pdf
- Hügli-Jost, S. (2020). *Étude Workforce sur la médecine de base*.
- Jacqueline Fawcett Ph.D., F. A. A. N. (1984). *The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements*. Image: the Journal of Nursing Scholarship.
- Jelassi, S. (2023). Le système de santé face à l'exode des infirmières et infirmiers. *Radio Télévision Suisse*.
<https://www.rts.ch/info/suisse/14506296-le-systeme-de-sante-face-a-lexode-des-infirmieres-et-infirmiers.html>

- Johansen, M. L. (2014). Conflicting priorities: Emergency nurses perceived disconnect between patient satisfaction and the delivery of quality patient care. *Journal of Emergency Nursing*, 40(1), 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.04.013>
- Kelly, L. (2020). Burnout, Compassion Fatigue, and Secondary Trauma in Nurses: Recognizing the Occupational Phenomenon and Personal Consequences of Caregiving. *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(1), 73–80. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000293>
- Kieft, R. A., de Brouwer, B. B., Francke, A. L., & Delnoij, D. M. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14, 249.
- Kiyamaz, D., & Koç, Z. (2018). Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), 1160–1169. <https://doi.org/10.1111/jocn.14148>
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302(12), 1284–1293. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384>

Loi Fédérale Sur l'assurance-Maladie (LAMal) (1994).

https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr

Maslach, C. (2006). *Stress and Quality of Working Life: Current Perspectives in Occupational Health* (A. M. Rossi, P. Perrewé, & S. Sauter, Eds.). Information Age.

Mazurek Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare* (5th ed.). Wolters Kluwer.

McCarthy, C., Boniol, M., Daniels, K., Cometto, G., Diallo, K., Lawani, A. D., & Campbell, J. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332163/9789240004900-fre.pdf?sequence=1>

Merçay, C. (2018). *Le recours aux services d'urgence en Suisse*. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/le-recours-aux-services-durgences-en-suisse>

Merçay, C., Grünig, A., & Dolder, P. (2021). Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. In *L'Observatoire suisse de la santé (Obsan)*. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-11/Obsan_03_2021_RAPPORT.pdf

Michel, A. (2022). Prises d'assaut, les urgences romandes sont surchargées. *Radio Télévision Suisse*. <https://www.rts.ch/info/suisse/13263775-prises-dassaut-les-urgences-romandes-sont-surchargees.html>

Neuman, B. (1982). *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice*. Norwalk, Conn. : Appleton-Century-Crofts.

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Observatoire suisse de la santé. (2024). *Nombre d'admissions dans les services d'urgence*. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/nombre-dadmissions-dans-les-services-durgence>

Office Fédérale de la Statistique (OFS). (2023). *Consolidation de l'activité hospitalière en 2022*. 2022, 3.

Ordonnance Du DFI Sur Les Prestations Dans l'assurance Obligatoire Des Soins En Cas de Maladie (1995). https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr#a7

Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Soins d'urgence et de traumatologie*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_31-fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Organisation mondiale de la Santé*. <https://www.who.int/fr>

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Risques psychosociaux et santé mentale*. <https://www.who.int/fr/tools/occupational-hazards-in-health-sector/psycho-social-risks-mental->

[health#:~:text=Un%20stress%20prolong%C3%A9%20au%20travail,de%20diagnostic%20et%20de%20traitement.](#)

Organisation mondiale de la Santé. (2024, June 13). *Qualité des soins*.
https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Oudot, C. (2017). Vivre la temporalité à l'hôpital. *Laennec, Tome 65*(2), 45–55. <https://doi.org/10.3917/lae.172.0045>

Panagiota Copanitsanou, Nikolaos Fotos, H. B. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 26, N°3.

Parizad, N., Hassankhani, H., Rahmani, A., Mohammadi, E., Lopez, V., & Cleary, M. (2018). Nurses' experiences of unprofessional behaviors in the emergency department: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 20(1), 54–59. <https://doi.org/10.1111/nhs.12386>

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière, 4e édition*.
<https://www.cheneliere.ca/fr/la-pensee-infirmiere-4supesup-edition-10344.html>

Perls, F. (1973). *The Gestalt approach & eye witness to therapy*. Science and Behavior Books.

Puddu, S. (2024). *Communiqué de presse 14 Santé Coûts et financement du système de santé en 2022*. www.la-statistique-compte.ch

Réseau Hospitalier Neuchâtelois. (2023). *Les soins infirmiers, un patrimoine à préserver*. <https://rhneinfo.ch/les-soins-infirmiers-un-patrimoine-a-preserver/>

Réseau Hospitalier Neuchâtelois RHNe. (2022). *Facturation*. <https://www.rhne.ch/sejour-et-visites/facturation>

Ríos-Risquez, M. I., & García-Izquierdo, M. (2016). Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.008>

Riser, J., & Martinez, G. (2023). L'agrandissement des nouvelles urgences pour adultes des HUG afin de répondre à une demande croissante de soins. *Radio Télévision Suisse*: 19h30. <https://www.rts.ch/play/tv/19h30/video/lagrandissement-des-nouvelles-urgences-pour-adultes-des-hug-afin-de-repondre-a-une-demande-croissante-de-soins?urn=urn:rts:video:14362392>

Rotter, F., & Kahoah, M. (1963). *Quality of Nursing Care*. Colombia University, New-York.

Sartini, M., Carbone, A., Demartini, A., Giribone, L., Oliva, M., Spagnolo, A. M., Cremonesi, P., Canale, F., & Cristina, M. L. (2022). Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A

Narrative Review. *Healthcare (Switzerland)*, 10(9).
<https://doi.org/10.3390/healthcare10091625>

Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M., & Ausserhofer, D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - A scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>

Selye, H., & Alvin, T. (1974). *Stress sans détresse* (Montréal : les Ed. la Presse, Ed.).

Sohlbank, D. (2022). Colère à l'hôpital de Neuchâtel après l'annonce d'une réduction des effectifs. *Radio Télévision Suisse*.

Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*.
<http://www.ergo-carafe.org/wp-content/uploads/2014/01/GFASAS1.pdf>

Unia. (2020). *Résultats de l'enquête Unia - Le personnel soignant au bord de la rupture : remerciements, applaudissements, et après ?*
<https://www.unia.ch/fr/monde-du-travail/de-a-a-z/secteur-des-services/soins-et-accompagnement/resultats-des-enquetes>

Vilpert, S. (2013). *Consultations dans un service d'urgence en Suisse (Obsan Bulletin 3/2013)*. d, 1–8.
<https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2013-consultations-dans-un-service-durgence-en-suisse>

Vincent, C., & Staines, A. (2019). *Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse*. 86.

Volny, M., Michaud, C., & Jetté, S. (2016). Stress et qualité des soins. *Perspective Infirmière: Revue Officielle de l'Ordre Des Infirmières et Infirmiers Du Québec*, 13(3), 39–41.
<https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no03/11-recherche.pdf>

Appendices

Appendice A

Questionnaire pour l'entretien

ENTRETIEN DU 12.09.2023 D'UN INFIRMIER TRAVAILLANT AUX URGENCES
Comment vous vous sentez dans votre service des urgences ?
Lorsque vous travaillez ?
Dans l'équipe ?
En relation avec vos valeurs ?
Le stress
Ressentez-vous du stress ? Si oui, à quelle fréquence ?
Si oui, quel impact a le stress sur votre manière de travailler ?
Quels sont les facteurs de stress ?
Qualité des soins
Comment évaluez-vous la qualité des soins que vous fournissez ?
Quels facteurs influencent la qualité des soins fournis ?
Lorsque vous êtes sous stress, comment évaluez-vous la qualité des soins que vous fournissez ?
Avez-vous l'impression de fournir des soins personnalisés en prenant en compte la globalité de la personne soignée ?
Avez-vous le sentiment de créer un lien de confiance avec la personne soignée ?
Pensez-vous que la personne soignée part du service en ayant été écouté, pris en considération, rassuré et informé de manière optimale face à son état de santé ?
Fonctionnement des urgences
Le temps est-il compté pour chaque personne soignée ?
Comment se passe la facturation de la prise en soins ? Le temps de prestation varie d'une personne soignée à l'autre et de son état de santé ?
Comment devez-vous justifier la facturation ?
Pensez-vous avoir assez de temps à consacrer aux personnes soignées ?
Comment se passe la communication interdisciplinaire ?
Comment se passe la communication avec les personnes soignées ?

Appendice B

Tableaux des équations de recherches

PubMed

PICOT	Term	Mesh	Hits
Population / problème: Infirmier.x.e.s	Nurse	((("Nurses"[Mesh]) OR ("Nurse-Patient Relations"[Mesh]) OR ("Nurse's Role"[Mesh]) OR ("Nurses, International"[Mesh]) OR ("Nursing Staff"[Mesh]) OR ("Nursing Staff, Hospital"[Mesh]) OR ("Emergency Nursing"[Mesh]) OR ("Primary Care Nursing"[Mesh]) OR ("Primary Nursing"[Mesh]))	53,606
Intervention / Intérêt / Issue : Impact du stress	Stress / pas chercher job satisfaction	((("Stress Disorders, Traumatic, Acute"[Mesh]) OR ("Stress Disorders, Traumatic"[Mesh]) OR ("Stress, Psychological"[Mesh]) OR ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]) OR ("Stress, Physiological"[Mesh]) OR ("Occupational Stress"[Mesh]) OR ("Burnout, Professional"[Mesh]))	225,269
Comparaison/contexte : Service d'urgence	Emergency	((("Emergencies"[Mesh]) OR ("Emergency nursing"[Mesh]) OR ("Emergency Service, Hospital"[Mesh]) OR ("Emergency Medical Services"[Mesh]))	85,366
Outcome : Qualité des soins	Quality of care	((("Quality of Health Care"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR ("Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh]) OR ("Primary Care Nursing"[Mesh]) OR ("Quality Indicators, Health Care"[Mesh]) OR ("Patient-Centered Care"[Mesh]) OR ("Health Care Reform"[Mesh]) OR ("Health Care Evaluation Mechanisms"[Mesh]) OR ("Outcome Assessment, Health Care"[Mesh]) OR ("Nursing Care"[Mesh]) OR ("Life Support Care"[Mesh]) OR ("Models, Nursing"[Mesh]) OR ("Skilled Nursing Facilities"[Mesh]) OR ("Health Personnel"[Mesh]) OR ("Occupational Health Services"[Mesh]) OR ("Health Services Accessibility"[Mesh]) OR ("Primary Nursing"[Mesh]) OR ("Emergency Medical Services"[Mesh]) OR ("Needs Assessment"[Mesh]) OR ("Hospital Costs"[Mesh]) OR ("Patient Satisfaction"[Mesh]) OR ("Social Support"[Mesh]) OR ("Professional Practice"[Mesh]) OR ("Patient Admission"[Mesh]) OR ("Life Support Systems"[Mesh]) OR ("Health Resources"[Mesh]) OR ("Evidence-Based Nursing"[Mesh]) OR ("Risk Adjustment"[Mesh]) OR ("Infectious Disease Transmission, Patient-to-Professional"[Mesh]) OR ("Hospital Charges"[Mesh]) OR ("Emergency Nursing"[Mesh]) OR ("Patients"[Mesh]) OR ("Pain"[Mesh]) OR ("Nursing, Team"[Mesh]) OR ("Nursing Assessment"[Mesh]) OR ("Nursing"[Mesh]) OR ("Nurseries, Hospital"[Mesh]) OR ("Hospitals"[Mesh]) OR ("First Aid"[Mesh]) OR ("Emergency Treatment"[Mesh]) OR ("Emergencies"[Mesh]) OR ("Emergency Medicine"[Mesh]) OR ("Primary Health Care"[Mesh]) OR ("Psychosocial	3,895,057

		Intervention"[Mesh]) OR ("Right to Health"[Mesh]) OR ("Trauma Nursing"[Mesh]) OR ("Emergency Medical Dispatch"[Mesh]))	
Equation de recherche finale			
(("Nurses"[Mesh]) OR ("Nurse-Patient Relations"[Mesh]) OR ("Nurse's Role"[Mesh]) OR ("Nurses, International"[Mesh]) OR ("Nursing Staff"[Mesh]) OR ("Nursing Staff, Hospital"[Mesh]) OR ("Emergency Nursing"[Mesh]) OR ("Primary Care Nursing"[Mesh]) OR ("Primary Nursing"[Mesh])) AND (("Stress Disorders, Traumatic, Acute"[Mesh]) OR ("Stress Disorders, Traumatic"[Mesh]) OR ("Stress, Psychological"[Mesh]) OR ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]) OR ("Stress, Physiological"[Mesh]) OR ("Occupational Stress"[Mesh]) OR ("Burnout, Professional"[Mesh])) AND (("Emergencies"[Mesh]) OR ("Emergency nursing"[Mesh]) OR ("Emergency Service, Hospital"[Mesh]) OR ("Emergency Medical Services"[Mesh])) AND (("Quality of Health Care"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR ("Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh]) OR ("Primary Care Nursing"[Mesh]) OR ("Quality Indicators, Health Care"[Mesh]) OR ("Patient-Centered Care"[Mesh]) OR ("Health Care Reform"[Mesh]) OR ("Health Care Evaluation Mechanisms"[Mesh]) OR ("Outcome Assessment, Health Care"[Mesh]) OR ("Nursing Care"[Mesh]) OR ("Life Support Care"[Mesh]) OR ("Models, Nursing"[Mesh]) OR ("Skilled Nursing Facilities"[Mesh]) OR ("Health Personnel"[Mesh]) OR ("Occupational Health Services"[Mesh]) OR ("Health Services Accessibility"[Mesh]) OR ("Primary Nursing"[Mesh]) OR ("Emergency Medical Services"[Mesh]) OR ("Needs Assessment"[Mesh]) OR ("Hospital Costs"[Mesh]) OR ("Patient Satisfaction"[Mesh]) OR ("Social Support"[Mesh]) OR ("Professional Practice"[Mesh]) OR ("Patient Admission"[Mesh]) OR ("Life Support Systems"[Mesh]) OR ("Health Resources"[Mesh]) OR ("Evidence-Based Nursing"[Mesh]) OR ("Risk Adjustment"[Mesh]) OR ("Infectious Disease Transmission, Patient-to- Professional"[Mesh]) OR ("Hospital Charges"[Mesh]) OR ("Emergency Nursing"[Mesh]) OR ("Patients"[Mesh]) OR ("Pain"[Mesh]) OR ("Nursing, Team"[Mesh]) OR ("Nursing Assessment"[Mesh]) OR ("Nursing"[Mesh]) OR ("Nurseries, Hospital"[Mesh]) OR ("Hospitals"[Mesh]) OR ("First Aid"[Mesh]) OR ("Emergency Treatment"[Mesh]) OR ("Emergencies"[Mesh]) OR ("Emergency Medicine"[Mesh]) OR ("Primary Health Care"[Mesh]) OR ("Psychosocial Intervention"[Mesh]) OR ("Right to Health"[Mesh]) OR ("Trauma Nursing"[Mesh]) OR ("Emergency Medical Dispatch"[Mesh]))			
Résultats : 216 articles			

Cinhal

PICOT	Term	Mesh	Hits
Population : Infirmier	Nurse	((MH "Nursing Role") OR (MH "Emergency Nursing") OR (MH "Nursing Staff, Hospital") OR (MH "Staff Nurses") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "International Nursing"))	51,236
Intervention : Impact du stress	Stress	((MH "Stress") OR (MH "Stress, Occupational") OR (MH "Heat Stress Disorders") OR (MH "Stress Disorders, Post-Traumatic") OR (MH "Stress, Psychological") OR (MH "Stress, Physiological"))	67,944
Comparaison/contexte : Service d'urgence	Emergency	((MH "Emergency Service") OR (MH "Emergency Nursing") OR (MH "Emergency Care") OR (MH "Emergencies"))	49,070
Outcome : Qualité des soins	Quality of care	((MH "Quality of Health Care") OR (MH "Quality of Nursing Care") OR (MH "Quality Assessment") OR (MH "Nursing Care Plans") OR (MH "Patient Care Plans") OR (MH "Quality Improvement") OR (MH "Patient Centered Care") OR (MH "Life Support Care") OR (MH "Nursing Models, Theoretical") OR (MH "Skilled Nursing Facilities") OR (MH "Health Personnel") OR (MH "Attitude of Health Personnel") OR (MH "Occupational Health Services") OR (MH "Health Care Costs") OR (MH "Patient Satisfaction") OR (MH "Support, Social") OR (MH "Patient Admission") OR (MH "Emergency Patients") OR (MH "Nursing Practice, Evidence-Based") OR (MH "Disease Transmission, Professional-to-Patient") OR (MH "Health Facility Charges") OR (MH "Pain") OR (MH "Pain Management") OR (MH "First Aid") OR (MH "Emergency Treatment") OR (MH "Psychosocial Intervention") OR (MH "Right to Health") OR (MH "Patient Rights") OR (MH "Trauma Nursing"))	303,363
Equation de recherche finale			
((MH "Nursing Role") OR (MH "Emergency Nursing") OR (MH "Nursing Staff, Hospital") OR (MH "Staff Nurses") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "International Nursing")) AND ((MH "Stress") OR (MH "Stress, Occupational") OR (MH "Heat Stress Disorders") OR (MH "Stress Disorders, Post-Traumatic") OR (MH "Stress, Psychological") OR (MH "Stress, Physiological")) AND ((MH "Emergency Service") OR (MH "Emergency Nursing") OR (MH "Emergency Care") OR (MH "Emergencies")) AND ((MH "Quality of Health Care") OR (MH "Quality of Nursing Care") OR (MH "Quality Assessment") OR (MH "Nursing Care Plans") OR (MH "Patient Care Plans") OR (MH "Quality Improvement") OR (MH "Patient Centered Care") OR (MH "Life Support Care") OR (MH "Nursing Models, Theoretical") OR (MH "Skilled Nursing Facilities") OR (MH "Health Personnel") OR (MH "Attitude of Health Personnel") OR (MH "Occupational Health Services") OR (MH "Health Care Costs") OR (MH "Patient Satisfaction") OR (MH "Support, Social") OR (MH "Patient Admission") OR (MH "Emergency Patients") OR (MH "Nursing Practice, Evidence-Based") OR (MH "Disease Transmission, Professional-to-Patient") OR (MH "Health Facility Charges") OR (MH "Pain") OR (MH "Pain Management") OR (MH "First Aid") OR (MH "Emergency Treatment") OR (MH "Psychosocial Intervention") OR (MH "Right to Health") OR (MH "Patient Rights") OR (MH "Trauma Nursing"))			
Résultats : 63 articles			

APA Psycinfo

PICOT	Term	Mesh	Hits
Population : Infirmier	Nurse	exp Nursing/ exp Nurses/	26,333
Intervention : Impact du stress	Stress	Occupational Stress/ or exp Acute Stress Disorder/ or exp Posttraumatic Stress Disorder/ or exp "Stress and Trauma Related Disorders"/ or exp Stress/ or exp Acute Stress/ or exp Psychological Stress/ or exp Physiological Stress/	121,106
Comparaison/contexte : Service d'urgence	Emergency	exp Emergency Services/	6,432
Outcome : Qualité des soins	Quality of care	exp "Quality of Care"/ or exp Primary Health Care/ or exp Evidence Based Practice/ or exp Health Personnel Attitudes/ or exp Client Satisfaction/ or exp Patient Centered Care/ or exp Pain/ or exp Health Care Reform/ or exp "Quality of Life"/ or exp Health Personnel/ or exp Occupational Health/ or exp Occupational Safety/ or exp Needs Assessment/ or exp Health Care Costs/ or exp Hospital Admission/ or exp Risk Assessment/ or exp Human Rights/	203,872
Equation de recherche finale			
((exp nurses/ OR exp nursing/) AND (Occupational Stress/ OR exp Acute Stress Disorder/ OR exp Posttraumatic Stress Disorder/ OR exp "Stress and Trauma Related Disorders"/ OR exp Stress/ OR exp Acute Stress/ OR exp Psychological Stress/ OR exp Physiological Stress/) AND (exp Emergency Services/) AND (exp "Quality of Care"/ or exp Primary Health Care/ or exp Evidence Based Practice/ or exp Health Personnel Attitudes/ or exp Client Satisfaction/ or exp Patient Centered Care/ or exp Pain/ or exp Health Care Reform/ or exp "Quality of Life"/ or exp Health Personnel/ or exp Occupational Health/ or exp Occupational Safety/ or exp Needs Assessment/ or exp Health Care Costs/ or exp Hospital Admission/ or exp Risk Assessment/ or exp Human Rights/))			
Résultats : 60 articles			

Ovid Medline

PICOT	Term	Mesh	Hits
Population: Infirmier	Nurse	((nursing) OR (Emergency Nursing/ OR Nursing/) OR (Nursing Care/) OR (Nursing Staff/) OR (Nursing Staff, Hospital/) OR (Primary Care Nursing/) OR (Primary Nursing/))	167,597
Intervention: Impact du stress	Stress	((Stress Disorders, Post-Traumatic/) OR (Occupational Stress/) OR (Stress, Psychological/))	73,546
Comparaison/contexte : Service d'urgence	Emergency	((Emergency Service, Hospital/) OR (Emergency Nursing/) OR (Emergencies/))	56,006
Outcome: Qualité des soins	Quality of care	((("Quality of Health Care"/) OR (Physicians, Primary Care/) OR (Primary Health Care/) OR ("health care quality access and evaluation"/) OR (Primary Care Nursing/) OR (Primary Nursing/) OR (Quality Indicators, Health Care/) OR (Patient-Centered Care/) OR (Health Care Reform/) OR (Health Care Evaluation Mechanisms/) OR (Nursing Care/) OR (Life Support Care/) OR (Models, Nursing/) OR (skilled nursing facilities/) OR (Health Personnel/) OR (Health Services Accessibility/) OR (Primary Nursing/) OR (Needs Assessment/) OR (Hospital Costs/) OR (Patient Satisfaction/) OR (social support /) OR (Patient Admission/) OR (Life Support Systems/) OR (Evidence-Based Nursing/) OR (Risk Adjustment/) OR (Hospital Charges/) OR (Patients/) OR (Pain/) OR (Nursing, Team/) OR (First Aid/) OR (Emergency Treatment/) OR (Psychosocial Intervention/) OR ("Right to Health"/) OR (Trauma Nursing/))	302,146
Equation de recherche finale			
((nursing) OR (Emergency Nursing/ OR Nursing/) OR (Nursing Care/) OR (Nursing Staff/) OR (Nursing Staff, Hospital/) OR (Primary Care Nursing/) OR (Primary Nursing/)) AND ((Stress Disorders, Post-Traumatic/) OR (Occupational Stress/) OR (Stress, Psychological/)) AND ((Emergency Service, Hospital/) OR (Emergency Nursing/) OR (Emergencies/)) AND ((("Quality of Health Care"/) OR (Physicians, Primary Care/) OR (Primary Health Care/) OR ("health care quality access and evaluation"/) OR (Primary Care Nursing/) OR (Primary Nursing/) OR (Quality Indicators, Health Care/) OR (Patient-Centered Care/) OR (Health Care Reform/) OR (Health Care Evaluation Mechanisms/) OR (Nursing Care/) OR (Life Support Care/) OR (Models, Nursing/) OR (skilled nursing facilities/) OR (Health Personnel/) OR (Health Services Accessibility/) OR (Primary Nursing/) OR (Needs Assessment/) OR (Hospital Costs/) OR (Patient Satisfaction/) OR (social support /) OR (Patient Admission/) OR (Life Support Systems/) OR (Evidence-Based Nursing/) OR (Risk Adjustment/) OR (Hospital Charges/) OR (Patients/) OR (Pain/) OR (Nursing, Team/) OR (First Aid/) OR (Emergency Treatment/) OR (Psychosocial Intervention/) OR ("Right to Health"/) OR (Trauma Nursing/))			
Résultats : 29 articles			

Appendice C

Bourgault, P., Lavoie, S., Paul-Savoie, E., Grégoire, M., Michaud, C., Gosselin, E., & Johnston, C. C. (2015). Relationship Between Empathy and Well-Being Among Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 41(4), 323–328.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.10.001>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<i>Titre</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le titre ? Relation entre l'empathie et bien-être chez les infirmières d'urgence ▪ Quels sont les thèmes abordés ? L'empathie, bien-être ▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Infirmières d'urgences 	
<i>Auteurs-es</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <p>Patricia Bourgault (Professor, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.), PhD, RN, Stephan Lavoie, PhD, RN, Emilie Paul-Savoie, PhD(c), Maryse Grégoire, MA, RN, Cécile Michaud, PhD, RN, Emilie Gosselin, MSc, RN, and Celeste C. Johnston, PhD, RN, Québec, Canada</p>	
<i>Mots-clés</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les mots-clés ? Empathie, bien-être, détresse, gestion de la douleur, infirmière d'urgence 	
<i>Résumé</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. <p>Le but de cette étude était de mieux comprendre les lacunes dans la gestion de la douleur assurée par les infirmières d'urgence en considérant les caractéristiques des infirmières</p> <p>Méthode : Une conception corrélationnelle descriptive transversale a été utilisée pour cette étude pilote. Des questionnaires auto-administrés validés en français (caractéristiques sociodémographiques, empathie, détresse psychologique et bien-être) ont été présentés à 40 infirmières urgentistes. Trente infirmières urgentistes ont rempli tous les questionnaires pendant les heures de travail. Des statistiques descriptives, des comparaisons de groupes et des analyses de corrélation ont été utilisées pour l'analyse des données.</p> <p>Résultats : Les infirmières d'urgence semblent avoir de faibles niveaux d'empathie. Des niveaux élevés de détresse psychologique et de faibles niveaux de bien-être ont également été observés dans notre échantillon. Parmi ces variables, seules l'empathie et le bien-être semblent être liés, car nous avons constaté des scores d'empathie plus élevés chez les infirmières ayant un bien-être plus élevé. Discussion : La mauvaise santé mentale que nous avons constatée chez les infirmières urgentistes est alarmante. Il existe un besoin évident d'interventions de soutien pour les infirmières. Enfin, le bien-être était la seule variable liée à l'empathie. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à rapporter cette relation chez les infirmières.</p>	
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
<i>Pertinence</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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). <p>Ces dernières années, la prévalence de la douleur a été élevée dans les services d'urgences, mais malheureusement, la gestion de la douleur ne semble pas optimale. Une étude plus récente a noté des lacunes</p>	

dans la gestion de la douleur. De toute évidence, à une époque où plusieurs analgésiques sont disponibles et une surveillance post-analgésie peut être effectuée via des appareils de surveillance cardiaque, ce manque de soulagement de la douleur nécessite une exploration. Pourtant, même une fois la cause identifiée, la douleur semble pouvoir persister, puisqu'une étude a montré que 82 % des patients qui souffraient à leur arrivée aux urgences souffraient toujours à leur sortie. Ce pourcentage est alarmant. parce que les infirmières ont la responsabilité éthique et juridique d'aborder l'expérience de la personne souffrant de douleur en évaluant la présence de douleur et en intervenant au nom de l'intérêt de cette personne conformément aux lignes directrices de l'établissement. Une réelle différence semble exister entre le niveau de douleur ressenti par les patients et le niveau de douleur perçu par leurs infirmières. Une étude qualitative a suggéré que l'empathie est un élément clé d'une gestion optimale de la douleur. Dans le même ordre d'idées, d'autres chercheurs ont observé une relation positive entre l'empathie et le soulagement de la douleur. Compte tenu de ce manque de consensus, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour faire la lumière sur les relations entre ces variables.

Objectifs/questions de recherche

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

Le but de notre étude pilote était de mieux comprendre les lacunes en matière de gestion de la douleur assurée par les infirmières des urgences. Notre **objectif principal** était d'évaluer un groupe d'infirmières en urgence pour leur niveau de détresse psychologique et de bien-être et leur empathie. Notre objectif secondaire était d'explorer les associations entre ces variables.

Principaux concepts théoriques

▪ Quels sont les concepts les plus importants ?

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche

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

Dépendante : la gestion de la douleur

Indépendante : empathie, bien-être, détresse psychologique

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

Le but de notre étude pilote était de mieux comprendre les lacunes en matière de gestion de la douleur assurée par les infirmières des urgences. Notre **objectif principal** était d'évaluer un groupe d'infirmières en urgence pour leur niveau de détresse psychologique et de bien-être et leur empathie. Notre objectif secondaire était d'explorer les associations entre ces variables.

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

Devis

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

Un plan descriptif corrélationnel transversal a été utilisé pour cette étude pilote menée auprès d'une population francophone

▪ *Si applicable* : préciser la procédure expérimentale

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

Après avoir obtenu l'approbation du comité d'éthique de l'hôpital local. Les infirmières intéressées ont signé un formulaire de consentement expliquant les variables de l'étude et les règles de confidentialité. Les questionnaires auto-administrés ont été remplis et retournés pendant les heures de travail avec l'autorisation du responsable. Pour garantir leur anonymat, les infirmières déposaient leurs questionnaires remplis et leurs formulaires de consentement signés dans des boîtes.

Sélection des participants ou objet d'étude

- **Quelle est la population visée ?** Infirmières, travaillant dans un service d'urgence
- **Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).**

Le recrutement a été réalisé par sondage de convenance dans un centre hospitalier universitaire situé dans la province de Québec, Canada. Le centre hospitalier dispose de 2 services d'urgence répartis sur des sites distincts, employant 125 infirmiers. Les 2 services d'urgence réunis traitent près de 100 000 patients par an. 2 chercheurs (PB et SL) ont présenté l'étude aux infirmières des deux services d'urgence.

- **Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?**

Inclusion : infirmières travaillant dans un des services d'urgences des hôpitaux sélectionnés pour l'étude

- **Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).**

Un échantillon de 37 infirmières a été calculé à partir de la formule d'association entre 2 variables continues (empathie et bien-être). Nous voulions pouvoir détecter toute corrélation supérieure à 0,40 avec une puissance de 80 % et un niveau α de 5 %. Au total, 40 infirmières se sont portées volontaires, représentant les trois quarts de travail.

- **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 ?**

Choix des outils de collecte des données

- **Quels sont les instruments de mesure ?**

Dans cette étude, les versions françaises validées de tous les instruments ont été utilisées. Données sociodémographiques basées sur Patiraki-Kourbani et al. Un modèle a été collecté sur l'âge des participants, l'expérience infirmière, les années de travail au service d'urgence et le niveau d'éducation (collège, université et études supérieures). Pour cette étude, **l'empathie** a été mesurée à l'aide de l'échelle d'empathie des médecins de Jefferson (JSPE). Le questionnaire comprend 20 items répartis en 4 dimensions : (1) adopter le point de vue du patient ; (2) comprendre les expériences, les sentiments et les signaux du patient ; (3) ignorer le point de vue du patient ; et (4) adopter la façon de penser du patient. Le JSPE comprend également un élément orphelin : la valeur accordée à l'empathie. Les participants répondent aux éléments sur une échelle de Likert à 7 points. Le score total varie de 20 à 140. Pour la version française, l'instrument a été adapté pour s'appliquer aux

infirmières plutôt qu'aux médecins, puis traduit validation de validé en français et en équipe. **La santé mentale a 2 faces : la détresse et le bien-être.** L'équipe de Masse32 a développé 2 échelles de mesure de la détresse et bien-être : l'Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (EMMDP) ; et l'Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique (EMMBEP; Psychological Well-Being Manifestation Scale). Les versions courtes comprennent 43 éléments pour la détresse et 47 éléments pour le bien-être. Une échelle de Likert en 4 points est utilisée pour répondre à chaque énoncé. Le score total de bien-être varie de 47 à 188, et le score total de détresse varie de 0 à 129.

- **Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.).** → Expliqué au-dessus
- **De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).** Est réalisé à l'aide de questionnaires auto-administrés
- **Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?**

Interventions ou programmes (si applicable)

- **Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?**

Les statistiques descriptives concernant les caractéristiques de l'échantillon sont exprimées en pourcentages, moyennes et écarts types. Nous avons étudié les associations possibles entre l'empathie et d'autres variables à l'aide d'analyses de corrélation de Spearman. Nous avons ensuite recherché les différences entre les groupes d'infirmières en utilisant des tests non paramétriques de Mann-Whitney, avec le groupe comme variable indépendante et l'empathie et la détresse psychologique comme variables dépendantes. Le seuil de signification statistique pour toutes les analyses a été fixé à Alpha <0.05. L'analyse des données a été réalisée à l'aide de PASW Statistics 18

- **De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?**

Méthode d'analyse des données

- **Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?**

Résultats

- **Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?**
- **Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?**

Parmi les 40 infirmières qui se sont portées volontaires, 30 étaient intéressées par la recherche et ont décidé de participer à l'étude, et 29 ont rempli tous les questionnaires. Notre échantillon était majoritairement composé de femmes (90 %) et assez jeunes : 20 % des participants avaient entre 20 et 25 ans, 23,3 % avaient entre 26 et 30 ans, 23,3 % avaient entre 31 et 35 ans et 33,3 avaient plus de 36 ans. Une légère majorité travaillait de jour (53,3 %), tandis que 33,3 % travaillaient de soir, 10 % de nuit et 3,3 % étaient en rotation sur les 3 quarts de travail. Pour 43,3 % des participants, le plus haut niveau de scolarité atteint était un diplôme collégial, tandis que pour les 56,7 % restants, il s'agissait d'un diplôme universitaire. La plupart des infirmières de notre échantillon travaillaient aux urgences depuis 1 à 5 ans (44,8 %) ; 34,5 % le faisaient depuis 6 à 10 ans ; et 20,7

% avaient plus de 10 ans d'expérience en urgence. Quant à recevoir une formation continue (créditée ou accréditée) spécifiquement sur la gestion de la douleur, 65,5 % de nos participants l'avaient fait dans le cadre de leur emploi, et 34,6 % l'avaient fait par choix.

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

Tableau 2, nous avons observé une tendance à une association modérée entre le niveau d'empathie et le bien-être psychologique ($r = 0,36$; $P = 0,08$). Nous avons ensuite utilisé la mesure du bien-être psychologique (telle que déterminée par l'EMMBEP) pour diviser notre échantillon en un groupe supérieur à la moyenne et un groupe inférieur à la moyenne, c'est-à-dire (1) les infirmières ayant un niveau de bien-être élevé et (2) infirmières avec un niveau de bien-être faible. Nous avons constaté que le premier groupe avait des niveaux d'empathie significativement plus élevés que le deuxième groupe ($P = 0,049$).

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

Le tableau 1 montre les scores moyens et les écarts types pour l'empathie et la santé mentale. Aucune corrélation statistiquement significative n'a été trouvée entre les scores d'empathie et de détresse psychologique, mais une corrélation négative entre l'âge et la détresse psychologique a été observée ($r = -0,38$; $P > 0,05$). Cependant, il n'y avait aucune différence dans les niveaux de détresse psychologique des 2 groupes. Ces résultats sont présentés dans le **tableau 3**.

Discussion

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

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

Le **premier objectif** de notre étude était d'évaluer l'empathie, la détresse psychologique et le bien-être des infirmières en service d'urgence. En ce qui concerne l'empathie, nos résultats suggèrent que notre échantillon était moins empathique que d'autres groupes d'infirmières ou de professionnels de la santé, comme les médecins et les pharmaciens. Cette constatation va à l'encontre de la croyance populaire selon laquelle les infirmières sont les professionnels de la santé les plus empathiques en médecine. Ces résultats doivent être pris avec précaution considérant que notre groupe d'infirmières affichait simultanément un niveau de détresse psychologique plus élevé que la population générale du Canada, ainsi qu'un niveau de bien-être psychologique inférieur. Les niveaux élevés de détresse psychologique observés dans notre étude peuvent s'expliquer en partie par le fait que les jeunes des infirmières de notre échantillon. Nous avons trouvé une corrélation négative entre l'âge et la détresse psychologique ($r = -0,38$; $P > 0,05$), suggérant que les infirmières plus jeunes ont plus de détresse psychologique que leurs collègues plus âgés.

Le **deuxième objectif** de notre étude était de rechercher des associations entre l'empathie, la détresse psychologique et le bien-être psychologique. Nous n'avons pas observé d'association statistiquement significative entre ces variables. Cependant, nous avons identifié une tendance à une association entre l'empathie et le bien-être psychologique. L'absence de corrélation entre la détresse psychologique et le bien-être peut s'expliquer par la petite taille de notre échantillon. Pour capturer l'essence des associations potentielles, nous avons divisé notre échantillon d'infirmières en 2 groupes déterminés par leur niveau de bien-être psychologique et avons

trouvé des scores d'empathie moyens significativement plus élevés dans le groupe ayant un bien-être plus élevé (N80). Encore une fois, une autre équipe de chercheurs a constaté des résultats similaires.

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

Au cours des dernières années, de nombreuses études ont documenté la forte prévalence de la détresse psychologique, de la dépression et de l'épuisement professionnel chez les professionnels de la santé, y compris le personnel infirmier. Des résultats similaires ont été trouvés par une autre étude récente sur les infirmières du service d'urgence, montrant une association positive entre le jeune âge et les symptômes de stress post-traumatique. Une étude a constaté que des niveaux élevés de bien-être accordaient plus d'attention à l'expérience de leurs patients et faisaient preuve de plus d'empathie.

Recommandations & suggestions

- **Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ?**

Pratique : La littérature contient plusieurs articles soutenant les avantages cliniques positifs de l'empathie, tels qu'une meilleure observance et une plus grande satisfaction des patients. Cependant, nos résultats suggèrent que l'empathie peut être érodée par une mauvaise santé mentale, y compris un faible niveau de bien-être. Il est intéressant de noter qu'une étude récente décrit une intervention visant à promouvoir le bien-être qui fait appel à des exercices de conscience de soi et à la pratique clinique. Cette étude a montré que les médecins qui ont participé à l'intervention ont développé des niveaux plus élevés d'empathie et de bien-être psychologique.

Recherche : Il serait intéressant d'explorer l'impact d'une formation similaire auprès des infirmières urgentistes. La formation formelle pourrait également avoir un effet sur l'empathie, car la littérature suggère que les niveaux d'empathie diminuent au cours de la formation des étudiants en soins infirmiers et en médecine. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour reproduire ces résultats avec d'autres populations d'infirmières et pour déterminer si de faibles niveaux d'empathie sont primaires ou secondaires à de faibles niveaux de bien-être psychologique

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

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

Il a abordé des sujets qui peuvent être sensibles dans les professions de santé, soit l'empathie et la santé mentale. Tous les instruments utilisés pour mesurer ces concepts étaient valides et adaptés à la population étudiée. La collecte de données anonymes a probablement aidé nos participants à exprimer leurs véritables sentiments, réduisant ainsi le risque de **biais de désirabilité sociale**. Cependant, le petit nombre de participants et le fait qu'ils provenaient tous d'un même environnement limitent la mesure dans laquelle les résultats peuvent être généralisés. De plus, comme l'empathie a un aspect comportemental, son évaluation à l'aide d'un questionnaire auto-administré ne peut pas dresser un portrait complet. Il serait préférable de combiner plusieurs approches d'évaluation

Conclusions

- **De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?**
- **Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?**

Nos résultats fournissent des preuves préliminaires que le bien-être psychologique pourrait jouer un rôle clé dans l'empathie chez les infirmières en service d'urgence. Parmi les variables étudiées – la détresse psychologique et le bien-être psychologique – seule cette dernière semble associée à l'empathie. Il y a donc des raisons de croire qu'améliorer le bien-être psychologique conduirait à des niveaux plus élevés d'empathie. Nos résultats mettent également en évidence la présence d'une détresse psychologique chez les infirmières des urgences, en particulier celles qui sont plus jeunes

Appendice D

Parizad, N., Hassankhani, H., Rahmani, A., Mohammadi, E., Lopez, V., & Cleary, M. (2018). Nurses' experiences of unprofessional behaviors in the emergency department: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 20(1), 54–59. <https://doi.org/10.1111/nhs.12386>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<i>Titre</i>	
<p>▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). Nurses' experiences of unprofessional behaviors in the emergency department: A qualitative study Expériences des infirmières en matière de comportements non professionnels aux urgences : une étude qualitative</p> <p>▪ Quels sont les thèmes abordés ? communication professionnelle au travail, comportements non professionnels, facteurs de stress au travail, importance de la gestion proactive</p> <p>▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Oui, les infirmières</p>	
<i>Auteurs-es</i>	
<p>▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</p> <ul style="list-style-type: none"> Naser Parizad : RN, PhD candidate du Département des soins infirmiers médico-chirurgicaux, Ecole d'infirmières et de sage-femmes, Tabriz Université des sciences médicales, Iran Hadi Hassankhani : RN, PhD, Centre d'études qualitatives, de soins infirmiers et École de sage-femmes, Université de Tabriz Sciences médicales, Tabriz, Iran Azad Rahmani : RN, PhD, Département des soins infirmiers médico-chirurgicaux, Ecole d'infirmières et de sage-femmes, Tabriz Université des sciences médicales, Iran Eesa Mohammadi : RN, PhD, Département de soins infirmiers, Tarbiat Modares Université, Téhéran, Iran Violeta Lopez : RN, PhD, Centre d'études infirmières Alice Lee, Yong École de médecine Loo Lin, Nationale Université de Singapour, Singapour Michelle Cleary : RN, PhD, École des sciences de la santé, Université de Tasmanie, Sydney, Nouvelle-Galles du Sud, Australie 	
<i>Mots-clés</i>	
<p>▪ Quels sont les mots-clés ? Harcèlement, Service des urgences, Iran, Recherche, sécurité, comportement non professionnel</p>	
<i>Résumé</i>	
<p>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. Cette étude adopte une conception qualitative exploratoire pour comprendre en profondeur les expériences des infirmières iraniennes travaillant dans les services d'urgence (ED). Les critères d'inclusion comprennent des infirmières autorisées avec au moins 1 an d'expérience dans un ED et une exposition à des comportements non professionnels. Les entretiens semi-structurés en personne ont été utilisés pour collecter les données, et l'analyse thématique a été utilisée pour examiner les thèmes émergents. Les résultats de l'étude peuvent aider à identifier les défis et les besoins du personnel infirmier dans les environnements d'urgence, et à développer des stratégies de soutien appropriées pour promouvoir un lieu de travail sain et respectueux. En effet, les tensions liées à la</p>	

charge de travail, au manque de coopération et à la fatigue affectent la qualité des soins et la satisfaction au travail. La communication et le soutien entre collègues sont essentiels pour atténuer ces problèmes dans un environnement stressant.

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).**

La justification de l'étude repose sur des observations et des constats empiriques issus de l'expérience des infirmières travaillant dans les services d'urgence. Les auteurs ont identifié des comportements non professionnels et des facteurs de stress significatifs dans cet environnement de travail. Ces constats sont étayés par des exemples concrets fournis par les participants aux entretiens, mettant en lumière les défis spécifiques rencontrés par le personnel infirmier dans les services d'urgence. La recherche vise à comprendre ces expériences subjectives afin d'identifier les besoins et de proposer des stratégies de soutien appropriées pour améliorer les conditions de travail et la qualité des soins.

Objectifs/questions de recherche

- **Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?** Objectif : explorer les expériences de comportements négatifs au travail parmi les infirmières iraniennes travaillant aux urgences

Principaux concepts théoriques

- **Quels sont les concepts les plus importants ?** Communication professionnelle au travail, comportements non professionnels, gestion proactive, sécurité et qualité des soins

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche

- **Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.** La question de recherche cherche à comprendre les expériences des infirmières iraniennes dans les services d'urgence, en se concentrant sur les comportements non professionnels et les facteurs de stress. Elle explore comment ces expériences affectent le bien-être professionnel des infirmières.

Devis

- **Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?** Le devis de l'étude implique une approche qualitative basée sur des entretiens individuels avec des infirmières iraniennes travaillant dans un service des urgences.
- **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.).** Dans cette étude, le chercheur principal assume un rôle central dans toutes les étapes de la recherche, depuis la conception jusqu'à la publication des résultats. En assurant une communication claire avec les participants et en obtenant leur consentement éclairé, le chercheur reconnaît son influence potentielle dans la recherche. Il mène également des entretiens approfondis pour recueillir les données, utilise une approche méthodique pour l'analyse et collabore avec l'équipe de recherche pour interpréter les résultats. Le chercheur s'efforce ainsi de garantir l'intégrité et la validité de l'étude tout en contribuant à l'avancement des connaissances dans le domaine des comportements professionnels en milieu hospitalier.
- **Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.** Oui, les règles éthiques sont respectées. L'étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique de l'Université des sciences médicales de Tabriz en Iran. Les participants ont été sélectionnés selon des critères d'inclusion stricts, et leur consentement éclairé a été obtenu avant leur participation. Les entretiens ont été menés de manière approfondie et en personne, avec enregistrement audio pour garantir l'exactitude des données. Une analyse

thématique rigoureuse a été effectuée, avec une documentation complète pour assurer la traçabilité des résultats.

Sélection des participants ou objet d'étude

- **Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?** Les infirmières. Oui
- **Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?**

Oui, des critères d'inclusion ont été présentés pour sélectionner la population de l'étude. Les critères d'inclusion comprenaient des infirmières autorisées ayant au moins 1 an d'expérience dans un service d'urgence et ayant été exposées à des comportements non professionnels sur le lieu de travail. Cependant, aucun critère d'exclusion spécifique n'a été mentionné dans le texte fourni.

Choix des outils de collecte de données

- **Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?**

Des entretiens semi-structurés en personne, menés de manière approfondie et en profondeur. Les détails de ces entretiens sont présentés de manière précise, indiquant qu'ils ont eu lieu de février à décembre 2015, dans des lieux et à des horaires mutuellement convenus. Les entretiens ont débuté par des sujets généraux, puis des questions plus spécifiques ont été posées en fonction des réponses des participants. Tous les entretiens ont été enregistrés en audio et transcrits intégralement pour l'analyse ultérieure

- **Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?**

La collecte des données s'est déroulée de manière individuelle, par le biais d'entretiens en personne, approfondis et en profondeur. Ces entretiens ont été menés à des moments et dans des lieux convenus mutuellement avec chaque participant. La fréquence de collecte des données dépendait de la disponibilité des participants et de la progression de l'étude, avec une durée de collecte s'étendant de février à décembre 2015.

Méthode d'analyse des données

- **Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?**

La méthode d'analyse utilisée est l'analyse thématique, basée sur le cadre proposé par Braun et Clarke (2006). Cela implique plusieurs étapes, notamment la transcription des données, le codage des données initiales, l'identification et la catégorisation des thèmes émergents, ainsi que la révision et la finalisation de l'analyse pour produire un rapport cohérent.

- **Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)**

Les personnes qui procèdent à l'analyse ne sont pas explicitement décrites dans le texte fourni. Cependant, il est mentionné que l'analyse des données implique une équipe qui effectue une révision et une discussion fréquentes, ainsi qu'une vérification des résultats avec les participants. Il est probable que cette équipe soit composée de chercheurs qualifiés dans le domaine de la santé et de la recherche qualitative.

- **Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?)**

Le texte fourni ne mentionne pas spécifiquement l'utilisation d'un logiciel de classement des données tel que NVivo ou MAXQDA.

- **Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).**

Le texte ne fournit pas de détails spécifiques sur la validation des données ou sur les critères de rigueur scientifique tels que la triangulation des données. Il est donc difficile de déterminer si de telles méthodes ont été utilisées pour valider les résultats de l'étude.

Résultats

- **De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ?** Les résultats sont présentés en utilisant une structure thématique.
- **Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)**

L'analyse révèle les défis majeurs rencontrés par le personnel infirmier dans les services d'urgence en Iran. La communication sur le lieu de travail, le comportement non professionnel et les stress liés au travail sont identifiés comme des thèmes clés. Ces résultats soulignent l'importance d'une communication efficace, de la gestion des comportements perturbateurs et de la réduction des stress pour maintenir un environnement de travail sain et productif dans les services d'urgence.

Discussion

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

Les résultats de l'étude mettent en lumière les expériences des infirmières iraniennes travaillant dans les services d'urgence, en se concentrant sur la communication professionnelle entre collègues et les facteurs de stress associés. Les thèmes principaux comprennent les comportements non professionnels perçus, tels que le manque de coopération et les comportements dénigrants, ainsi que les défis liés à la charge de travail et à la fatigue. Ces résultats soulignent l'importance d'une communication efficace et d'un soutien organisationnel pour maintenir un environnement de travail respectueux et productif.

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

La recherche répond à l'objectif visé en fournissant une compréhension approfondie des expériences des infirmières iraniennes travaillant dans les services d'urgence, en se concentrant sur les défis liés à la communication professionnelle et aux facteurs de stress. En utilisant une méthodologie qualitative, l'étude explore les perceptions des infirmières à travers des entretiens semi-structurés, ce qui permet de recueillir des données détaillées sur leurs expériences et leurs points de vue. En identifiant les thèmes émergents tels que les comportements non professionnels et les stress liés à la charge de travail, la recherche fournit des informations précieuses pour informer les pratiques de gestion et d'organisation dans les environnements d'urgence.

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

Les résultats de cette étude confirment des tendances identifiées dans d'autres recherches sur les environnements de soins d'urgence, notamment en ce qui concerne les défis de communication professionnelle et les facteurs de stress. Bien que ces résultats reflètent des conclusions antérieures, ils apportent également une contribution unique en mettant en lumière les expériences spécifiques des infirmières iraniennes dans ces contextes.

Recommandations & suggestions

▪ Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ?

- a) Renforcer les relations de travail productives et constructives entre collègues, Soutenir la communication professionnelle dans le milieu de travail, Traiter les comportements inappropriés, Créer un environnement de travail hospitalier, attrayant et collaboratif pour le personnel des services d'urgence
- b) Explorer les expériences et perspectives d'autres professionnels travaillant dans les services d'urgence, Approfondir la compréhension des stratégies de gestion du stress et des conflits dans ces milieux, Identifier les interventions efficaces pour promouvoir un environnement de travail sain et respectueux

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

Les recommandations pour la pratique clinique visent à promouvoir des relations de travail productives et positives. Cela inclut la formation en communication, la gestion proactive des comportements inappropriés, la création d'un environnement collaboratif et la promotion de politiques de tolérance zéro contre le harcèlement. En mettant en œuvre ces mesures, les établissements de santé peuvent améliorer le climat de travail et la qualité des soins aux patients.

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

La restriction à l'exploration des expériences des infirmières uniquement, ainsi que la sélection d'un échantillon provenant de seulement quatre sites hospitalier. Les critères d'inclusion spécifiques pourraient également avoir limité la portée des données recueillies. Par conséquent, d'autres recherches sont nécessaires pour explorer les perspectives d'autres travailleurs des services d'urgence, tels que les médecins, le personnel de santé allié et le personnel de sécurité, afin de mieux comprendre la dynamique de l'environnement de travail.

Conclusions

▪ **De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?**

La recherche a exploré les perceptions des infirmières sur la communication professionnelle dans les services d'urgence. Elle a mis en évidence la nécessité de reconnaître les problèmes de communication et d'adopter des stratégies spécifiques pour les résoudre, afin de garantir un environnement de travail sûr et favorable. Cela ouvre la voie au développement de programmes visant à prévenir les comportements non professionnels.

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

Les principaux résultats significatifs de la démarche incluent :

1. La reconnaissance des comportements non professionnels comme un problème international dans le secteur de la santé.
2. La mise en lumière des perceptions des infirmières sur la communication professionnelle dans les services d'urgence.
3. L'identification de la nécessité de reconnaître ces problèmes et de mettre en œuvre des stratégies spécifiques pour les résoudre.
4. L'appel au développement de programmes créatifs pour prévenir les comportements non professionnels dans les services d'urgence.

Appendice E

Chen, L. C., Lin, C. C., Han, C. Y., Hsieh, C. L., Wu, C. J. (Jo), & Liang, H. F. (2018). An Interpretative Study on Nurses' Perspectives of Working in an Overcrowded Emergency Department in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 12(1), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.02.003>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<i>Titre</i>	
<p>▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). An Interpretative Study on Nurses' Perspectives of Working in an Overcrowded Emergency Department in Taiwan Une étude interprétative sur les perspectives des infirmières sur le travail dans un service d'urgence surpeuplé à Taiwan.</p> <p>▪ Quels sont les thèmes abordés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La surpopulation et le blocage des flux de patients dans les services d'urgence • Les professionnels de la santé subissent du stress et de l'épuisement • Un risque de soins négligés <p>▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Oui, il se réfère aux infirmières</p>	
<i>Auteurs-es</i>	
<p>▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Li-Chin Chen, MSN: Département des soins infirmiers, Chang Gung Memorial Hospital at Linkou, Linkou, Taïwan. Association taïwanaise des infirmières en soins intensifs (TACCN), Taoyuan, Taïwan • Chun-Chih Lin, RN, Ph.D : Département des soins infirmiers, Université des sciences et technologies de Chang Gung, ChiaYi, Taïwan. Département des soins infirmiers, Chang Gung Memorial Hospital at ChiaYi, ChiaYi, Taïwan • Chin-Yen Han, RN, Ph.D.: Département des soins infirmiers, Chang Gung Memorial Hospital at Linkou, Linkou, Taïwan. Département des soins infirmiers, Université des sciences et technologies de Chang Gung, Linkou, Taïwan • Chun-Lan Hsieh, BSN: Département des soins infirmiers, Chang Gung Memorial Hospital at Linkou, Linkou, Taïwan • Chiung-Jung (Jo) Wu, RN, DrHlthSc, FACN: École d'infirmières, de sages-femmes et de paramédicaux, Université de la Sunshine Coast, Hervey Bay, Australie. Hôpital royal de Brisbane et des femmes (RBWH), Hervey Bay, Australie. Mater Research Institution-University of Queensland, Hervey Bay, Australie • Hwey-Fang Liang, RN, Ph.D 	
<i>Mots-clés</i>	
<p>▪ Quels sont les mots-clés ? Encombrement, Service des urgences, Théorie ancrée, Infirmières</p>	
<i>Résumé</i>	
<p>▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. Cette étude a pour objectif de comprendre, de manière approfondie, le point de vue de 40 infirmières travaillant dans un service d'urgence surchargé. Elle s'est appuyée sur l'interactionnisme symbolique et la construction de</p>	

la théorie ancrée de Charmaz. L'étude a utilisé un échantillonnage raisonné et une méthode d'échantillonnage théorique par la technique de la boule de neige pour recruter les infirmières. Celles-ci devaient avoir au moins un an d'expérience afin d'obtenir des perspectives précieuses sur le sujet. Ainsi, entre mai et novembre 2014, elles ont participé à des entretiens semi-structurés approfondis. Puis l'analyse des données a été réalisée en utilisant la méthode de comparaison jusqu'à l'atteinte de la saturation théorique. Elle regroupe les catégories émergentes et les relations pour interpréter les perspectives des infirmières sur la surcharge des urgences. Trois thèmes principaux ont émergé des données d'entrevue : « trouver le rôle du positionnement dans les urgences », « reconnaître les causes du surpeuplement des urgences » et « environnement de travail confiné ». Les résultats révèlent alors les défis rencontrés par les infirmières travaillant dans un service d'urgence surchargé, les pressions liées à cette surcharge, aux politiques de santé actuelles et aux attentes des patients. Cela souligne aussi la nécessité d'une meilleure compréhension de leur rôle pour améliorer les soins et conditions de travail.

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).**

La justification de l'étude repose sur des observations empiriques et des données statistiques concernant la surcharge des services d'urgence à Taïwan. Les constats théoriques sont également évoqués, notamment en ce qui concerne l'impact négatifs de la surcharge sur les patients, les prestataires de soins de santé et la qualité des soins. Les faits et données statistiques soulignent le nombre élevé de visites aux urgences, les coûts importants pour le gouvernement et les risques pour la qualité des soins et la santé des professionnels.

Objectifs/questions de recherche

- **Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?** L'objectif de cette étude était de comprendre en profondeur ce que signifie travailler dans un service d'urgence surchargé pour les infirmières autorisées.

Principaux concepts théoriques

- **Quels sont les concepts les plus importants ?** La surcharge des services d'urgence, L'impact de la surcharge, L'épuisement professionnel, La satisfaction au travail, La rétention des employés

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche

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

La question cherche à comprendre les perspectives des infirmières travaillant dans un environnement d'urgence surchargé. Elle vise aussi à examiner les facteurs contribuant à la surcharge. De plus, elle s'intéresse aux conséquences de la surcharge sur les patients et les professionnels de la santé. Enfin, elle explore les défis spécifiques rencontrés par les infirmières dans ce contexte.

Devis

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

La théorisation ancrée. Oui, car l'étude utilise une approche interprétative combinant le symbolisme interactionniste et la théorie de la construction de Charmaz pour explorer les perspectives des infirmières travaillant dans un service d'urgence surchargé à Taïwan. À l'aide d'entretiens individuels et d'une méthodologie de théorisation ancrée, elle examine les expériences des infirmières dans ce contexte, en mettant l'accent sur la crédibilité et la rigueur méthodologique

- **Le rôle du chercheur est-il défini ? (Par ex, le chercheur reconnaît-il son influence potentielle dans la recherche ? De quelle manière participe-t-il à l'étude ? Etc.).**

Le rôle du chercheur dans cette étude sur les perspectives des infirmières travaillant dans un service d'urgence surchargé n'est pas explicitement défini dans le résumé fourni. Aucune mention n'est faite quant à la reconnaissance potentielle de leur influence sur les résultats de la recherche, ni sur leur participation spécifique à l'étude. Une discussion sur la réflexivité et les mesures prises pour garantir l'impartialité de l'étude est également absente. Une clarification supplémentaire sur le rôle des chercheurs pourrait fournir une meilleure compréhension de la manière dont leur présence a pu influencer les résultats et la validité de l'étude.

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

Cette étude a été menée conformément aux règles éthiques établies. Elle a reçu l'approbation d'un comité d'examen institutionnel et a obtenu le consentement éclairé des participants. Des mesures de confidentialité ont été mises en place pour protéger les données des participants, qui ont également été informés de leur droit de se retirer de l'étude à tout moment. En résumé, les règles éthiques ont été respectées tout au long de l'étude, garantissant ainsi l'intégrité et la légitimité de la recherche.

Sélection des participants ou objet d'étude

- **Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?** Les infirmières employées au service d'urgence. Oui
- **Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?**

Inclusion : Participants ayant au moins un an d'expérience de travail à temps plein dans un service d'urgence.
Exclusion : l'expérience professionnelle des infirmières de moins de 12 mois et les infirmières impliquées dans une autre étude.

Choix des outils de collecte de données

- **Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?** Des entretiens individuels en face à face. Oui.
- **Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?**

Les participants ont été interrogés à l'aide de deux questions ouvertes initiales visant à recueillir leurs perspectives sur la situation de leur service d'urgence et sur les problèmes liés à la surcharge des urgences. Les interviews étaient dirigées par les réponses des participants, avec des questions supplémentaires basées sur ces réponses et sur l'analyse des entretiens précédents. Chaque entretien a duré entre 45 minutes et 1 heure et a été mené dans une pièce calme et privée de l'hôpital. Les données ont été collectées par l'auteur principal de l'étude, qui n'était pas connu des participants, entre mai et novembre 2014.

Méthode d'analyse des données

- **Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?**
La méthode d'analyse utilisée dans cette étude est la méthode comparative constante, associée à la théorisation ancrée. Cette méthode implique plusieurs étapes de codage des données : initial, focalisé et théorique
- **Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)**
Les auteurs de l'étude procèdent à l'analyse des données. Bien que la description précise des auteurs ne soit pas fournie dans cet extrait spécifique, elle est écrite dans la partie hauteur. De plus, il est indiqué que des auteurs bilingues ont vérifié thèmes et sous-thèmes traduits.
- **Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?)** L'article ne mentionne pas l'utilisation d'un logiciel de classement des données pour l'analyse.
- **Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).**

L'étude qualitative adopte une approche interprétative en combinant le symbolisme interactionniste et la théorie ancrée de Charmaz. Les participants ont été sélectionnés de manière ciblée, avec un échantillonnage théorique par la technique de boule de neige pour garantir la saturation des données. Les entretiens individuels ont été menés en face-à-face, en commençant par des questions ouvertes, et chaque entretien a été enregistré et transcrit. L'analyse des données a été effectuée en chinois, avec une codification systématique et une méthode comparative constante pour identifier les catégories théoriquement ancrées. La fiabilité des données a été assurée par la validation de l'intervieweur et des résultats au sein de l'équipe de recherche, tandis que la transférabilité a été renforcée par l'utilisation de "descriptions riches" pour chaque transcription d'entrevue.

Résultats
<p>▪ De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ? Sous trois thèmes principaux avec plusieurs sous-thèmes présentant les perspectives des infirmières sur le travail dans un service d'urgence surchargé.</p> <p>▪ Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude) L'étude explore les perspectives des infirmières travaillant dans un service des urgences surchargé. Trois thèmes principaux émergent : la recherche d'un rôle dans le service, la reconnaissance des causes de la surcharge et l'environnement de travail contraint. Les infirmières soulignent les défis liés aux politiques de santé, aux croyances socioculturelles et aux pratiques médicales. Malgré leur insatisfaction, elles acceptent pragmatiquement la situation. Cette analyse met en lumière l'importance de comprendre comment les infirmières naviguent dans ce contexte difficile.</p>
Discussion
<p>▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? Les résultats de l'étude sur les infirmières dans un service d'urgence en situation de surpopulation à Taiwan révèlent des défis majeurs, notamment des admissions indisponibles, des ressources limitées et des politiques de santé actuelles problématiques. Les infirmières font face à des conditions de travail stressantes et à une ambiguïté quant à leur rôle professionnel. La recherche met en évidence l'impact de facteurs socioculturels et de politiques de santé sur la surpopulation des services d'urgence, ainsi que la nécessité de mieux définir le rôle des infirmières dans de telles situations.</p> <p>▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ? Cette étude examine les expériences des infirmières travaillant dans un service d'urgence surpeuplé à Taiwan. Les résultats révèlent les défis auxquels elles sont confrontées, notamment en termes de gestion des ressources limitées et des attentes des patients. En utilisant une approche interactionniste symbolique, l'étude met en évidence la manière dont les infirmières construisent leur identité professionnelle et négocient leur rôle dans un environnement de travail difficile. Ces conclusions soulignent l'importance de comprendre les implications de la surpopulation dans les services d'urgence pour améliorer la pratique infirmière dans ces contextes.</p> <p>▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. Les résultats de cette étude sur les infirmières d'urgence dans des services surpeuplés révèlent des similitudes avec d'autres recherches, notamment l'identification de la surpopulation des services d'urgence comme un problème majeur, et les causes liées aux politiques de santé et aux attentes socioculturelles. Comme d'autres études, celle-ci souligne le stress et les défis associés à l'environnement de travail dans les services d'urgence. Cependant, elle se distingue par son insistance sur la perception erronée du public qui voit les services d'urgence comme un lieu de soins rapides pour tous les problèmes de santé, ainsi que par la manière dont les infirmières adaptent leurs soins en fonction des ressources disponibles. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de politiques de santé adaptées et d'un soutien structurel pour améliorer les conditions de travail des infirmières et la qualité des soins.</p>
Recommandations & suggestions
<p>▪ Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ? a) La prise en compte des points de vue des infirmières lors de <ul style="list-style-type: none"> • La planification des ratio personnel/patients • Des stratégies pour réduire le temps d'attente et garantir que les clients reçoivent des soins appropriés Il est envisagé de proposer des stratégies pour un accès approprié à un service d'urgence</p> <p>▪ De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ? Dans la planification des ratio personnel/patients, des stratégies pour réduire le temps d'attente, garantir des soins appropriés aux clients et un accès approprié à un service d'urgence.</p> <p>▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> • Seules des femmes ont été recrutées dans le cadre de cette étude. </p>

- La collecte des données a été effectuée dans un seul hôpital tertiaire

Conclusions

- **De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?**

Les perceptions des facteurs d'influence de la surpopulation mettent en évidence un environnement de travail intolérable.

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

Par suite de la mauvaise utilisation des ressources des urgences et instituts nationaux de la santé, il y a un impact important sur la sécurité des patients, la qualité des soins et l'utilisation potentiellement inappropriée des services de santé.

Appendice F

Kiyamaz, D., & Koç, Z. (2018). Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), 1160–1169.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14148>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français) : Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. Identification des facteurs qui affectent la tendance et les attitudes des infirmières des services d'urgence à commettre des erreurs médicales. ▪ Quels sont les thèmes abordés ? Tendances et attitudes à commettre des erreurs médicales ▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Les infirmières des services d'urgence 	
Auteurs-es	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). Dilek Kiyamaz MSc, Infirmière : Mehmet Aydin Education et recherche Hôpital, Samsun, Turquie Zeliha Koc PhD, Professeure agrégée : Faculté des sciences de la santé, Ondokuz Mayıs Université, Samsun, Turquie 	
Mots-clés	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les mots-clés ? Attitude, urgence, erreur médicale, infirmière, patient, sécurité 	
Résumé	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. Buts et objectifs : Déterminer les facteurs individuels et professionnels affectant la tendance des infirmières des services d'urgence à commettre des erreurs médicales et leurs attitudes envers ces erreurs en Turquie. Participation de 284 infirmières. Données ont été recueillies à l'aide de l'enquête de collecte de données auprès des infirmières, le Medical Error Tendency Scale et l'échelle d'attitude à l'égard des erreurs médicales. Il a été déterminé que 40,1 % des infirmières ont déjà été témoins d'erreurs médicales, 19,4 % ont commis une erreur médicale au cours de la dernière année, 17,6 % des erreurs médicales ont été causées par des erreurs de médication où le mauvais médicament a été administré à la mauvaise dose, et aucune. Des infirmières ont rempli un formulaire de rapport de cas concernant les erreurs médicales qu'elles ont commises. Concernant les facteurs qui ont provoqué des erreurs médicales dans les services d'urgence, 91,2% des infirmières ont cité comme cause une charge de travail excessive ; 85,1% ont déclaré un nombre insuffisant d'infirmières ; et 75,4 % ont déclaré être fatigués, épuisés et épuisés. 	
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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). Ces dernières années, il y a eu de nombreux décès et blessures liés à des erreurs médicales à travers le monde. Il y a également eu des retards dans le traitement et la qualité des soins de santé a diminué. Des études 	

antérieures ont rapporté que les patients étaient sujets à des erreurs médicales au cours de leurs soins et de leur traitement et que de mauvais médicaments à la mauvaise dose étaient administrés.

Objectifs/questions de recherche

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

Cette étude visait à déterminer les attitudes et la tendance de commettre des erreurs médicales et les facteurs affectant les infirmières d'urgence. Dans ce contexte, les types d'erreurs médicales courantes, le taux d'erreurs médicales et les caractéristiques sociodémographiques ou professionnelles des infirmières aux urgences associées aux erreurs médicales ont également été examinées.

Principaux concepts théoriques

▪ Quels sont les concepts les plus importants ?

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche

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

Les variables dépendantes de cette étude comprenaient la tendance des infirmières commettre des erreurs médicales et leurs attitudes envers les erreurs médicales, tandis que les variables indépendantes étaient l'âge, l'état civil, le sexe, niveau d'éducation, durée de travail en tant qu'infirmière, durée de travail en unités de service d'urgence, état de travail, satisfaction avec la profession, satisfaction à l'égard de l'unité de service dans laquelle vous travaillez, style de travail, qualité de vie au travail et satisfaction au travail.

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

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

Devis

▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? Etude descriptive et transversale a été réalisée entre le 25 juillet 2014 et le 16 septembre 2015

▪ *Si applicable* : préciser la procédure expérimentale

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

Les données ont été collectées par les chercheurs lors d'entretiens en face à face après une explication des détails de l'étude et l'obtention d'un consentement éclairé. On a dit aux infirmières que la participation à l'étude était volontaire, qu'elle était basée sur l'anonymat et que les données seraient être utilisées uniquement dans le cadre de l'étude. Cette étude a été menée conformément au Code d'éthique de l'Association de l'université Ondokuz Mayıs. Le consentement écrit a été signé par les infirmières.

Sélection des participants ou objet d'étude

▪ Quelle est la population visée ? Les infirmières travaillant dans un service d'urgence. Cette étude a été menée dans 18 hôpitaux publics (281 infirmiers) et un hôpital universitaire (29 infirmiers), soit un total de 310 infirmières travaillant dans les unités de services d'urgence.

▪ Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection). Les infirmières se sont portées volontaires. Toutes les infirmières qui travaillent aux services d'urgence des hôpitaux ont été invités à participer à l'étude

▪ Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?

Inclusion : avoir travaillé au moins 6 mois dans un service d'urgence. Dans l'échantillonnage de la population totale, la totalité de la population qui répond aux critères de recherche est incluse dans une étude.

▪ **Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).**

Initialement le nombre de participants était censé être plus élevé, mais certaines infirmières n'étaient pas en service ou était en congé de maladie. 26 infirmières n'ont pas répondu complètement au questionnaire. Le taux de réponse était de 91,6%.

▪ **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 ?**

Choix des outils de collecte des données

▪ **Quels sont les instruments de mesure ?**

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire composé de 29 questions sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, éducation et état civil), les caractéristiques professionnelles (durée de l'emploi, statut professionnel, satisfaction dans la profession, style de travail, vie professionnelle), qualité et satisfaction au travail, etc.) et les erreurs médicales (antécédents d'erreurs médicales antérieures, opinions sur les raisons des erreurs médicales, erreur d'administration des médicaments, type de médicament). En outre, le Medical Error Tendency Scale en 49 éléments et el Medical Error Attitude Scale en 16 éléments, ont été administrés. Si l'infirmière répondait oui, il était demandé de noter les erreurs médicales commises, puis les causes de celles-ci. Ainsi, le formulaire de collecte de données comprenait un total de 94 questions

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

L'échelle de tendance aux erreurs médicales est une échelle de type Likert en cinq points qui a été développée par Ozata et Altunkan (2010) pour mesurer la tendance à l'erreur médicale des professionnels de santé qui prodiguent directement traitement et soins complets. L'échelle est composée de 49 items et 5 sous-dimensions. L'échelle d'attitude face aux erreurs médicales est une échelle de 16 éléments développée pour déterminer l'attitude des professionnels de la santé à l'égard des erreurs médicales. L'échelle est une échelle de type Likert en cinq points comprenant trois sous-dimensions.

▪ **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 par les chercheurs lors d'entretiens de 10-15 minutes en face à face après une explication des détails de l'étude et l'obtention d'un consentement éclairé

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

Interventions ou programmes (si applicable)

- **Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?**
- **De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?**

Méthode d'analyse des données

▪ **Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?**

La normalité des données a été évaluée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les différences entre les groupes ont été étudiées à l'aide du test de Kruskal. Les relations entre les variables ont été analysées à l'aide de la corrélation de Spearman. Les résultats ont été présentés selon la fréquence, le pourcentage et la médiane (min-max). Le niveau d'importance a été fixé à $p < 0,05$

Résultats

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

Au total, 284 infirmières urgentistes ont participé à l'étude, 66.5% de femmes, 33.5% d'hommes, 63.4% de mariés et 34.5% avaient un diplôme de pré-licence. L'âge moyen était de 30.36 (SD=6.68) ans. Il a été constaté que 83.1% des infirmières travaillaient par quarts et que 68.7% aimaient leur travail. La durée moyenne de l'emploi était de 9.16 à 6.64 ans, la durée moyenne de travail aux urgences était de 4.94 et 3.71 ans, la durée hebdomadaire moyenne de travail était de 46.01 et 6.76 et le nombre moyen d'infirmières travaillant dans chaque service d'urgence était de 19.39 à 8.96.

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

Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) ? La médiane des scores totaux et des sous-dimensions du test médical, les échelles de tendance aux erreurs sont présentées dans le tableau 4. Le score médian total était de 4,65. Les scores de l'échelle de tendance aux erreurs médicales ont montré des différences significatives selon la satisfaction à l'égard de la profession d'infirmière ($p=0,005$), la satisfaction à l'égard du travail aux urgences ($p=0,006$) et le fait de toujours travailler des quarts de jour ou de nuit ($p=0,021$). Il a également été déterminé que le taux médian d'erreur médicale Score sur l'échelle de tendance des infirmières satisfaites de leur profession ou ayant travaillé dans l'unité d'urgence ou qui a toujours travaillé les quarts de jour étaient significativement plus élevés. Le score médian total sur l'échelle d'attitude envers les erreurs médicales était de 3,59. Le score de l'échelle d'attitude envers les erreurs médicales a montré des différences significatives selon les conditions de travail et travaillant toujours en équipe de jour ou de nuit ($p=0,017$). Il a également été déterminé que l'erreur médicale sur l'échelle d'attitude des infirmières qui travaillaient toujours de jour était supérieur à celui des infirmières travaillant de nuit.

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

Parmi les infirmières, 40,1% ont déclaré avoir été témoins d'une erreur médicale, 19,4% déclarent avoir eux-mêmes commis une erreur médicale lors de l'année dernière. 91.2% des infirmières ont signalé un excès de charge de travail élevée comme raison. 17.6% des infirmières ont commis une erreur d'administration du médicament, 42% ont administré le mauvais médicament et 42% ont administré le médicament à la mauvaise dose. 92% des infirmières ont déclaré qu'il y avait un nombre excessif de patients par infirmière.

Discussion

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

Les défis rencontrés par les services d'urgence dans le monde et en Turquie montrent le parallélisme, ou de nombreux facteurs liés aux conditions de travail et au milieu de travail peuvent accroître la tendance à commettre des erreurs médicales en affectant négativement la fourniture de soins sûrs aux patients. Cette étude a déterminé que 40,1 % des infirmières avaient déjà été témoin d'erreurs médicales. Dans la présente étude, il a été déterminé que 19,4 % des infirmières ont commis des erreurs médicales. 203 erreurs ont été signalées aux urgences. La majorité de ces erreurs ont été corrigées par les infirmières, 56% des 107 erreurs médicales, qui ont été non corrigées, a nécessité une hospitalisation plus longue du patient et des effets secondaires développés dans 11% des cas. Dans cette étude, il a été déterminé que 17,6 % des infirmières commettaient une erreur d'administration des médicaments. Les auteurs ont rapporté que les erreurs médicales se produisaient principalement en raison d'un manque de personnel infirmier et d'un manque d'informations pharmacologiques et que le taux de déclaration des erreurs de médication étaient inférieures au nombre réel d'erreurs commises. Dans cette étude, il a été déterminé que le taux médian d'erreur médicale était plus élevé chez les infirmières qui aimaient leur travail, qui étaient satisfaites de leur unité et travaillaient toujours de jour.

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

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

Il a été déterminé que 64,7% des infirmières avaient déjà été témoin d'erreurs médicales, 1,6% avaient signalé ces cas au cours de l'année dernière, 6% n'ont jamais signalé leurs propres erreurs. Il a été déterminé que le taux de témoins d'erreurs médicales parmi les infirmières variait entre 10,4 % et 64,7 % et que le taux d'erreurs médicales observées parmi les infirmières travaillant dans les unités d'urgence. Dans d'autres études, il a été déterminé que le taux d'erreur d'administration des médicaments variait entre 36,1 % et 73,9 %. D'autres études réalisées sur les erreurs médicales, il a été déclaré que travailler un nombre d'heures excessif par semaine était associée à une tendance aux erreurs médicales. Le travail de nuit peut provoquer de la fatigue, de la distraction, des problèmes de perception, des difficultés dans la prise de décision, stress, épuisement, satisfaction réduite, perte de motivation, soins inadéquats aux patients, qui peuvent influencer négativement les attitudes envers les erreurs médicales chez les infirmières.

Recommandations & suggestions

▪ **Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ?**

Pratique : Pour améliorer la sécurité des patients, il est suggéré de prendre les mesures suivantes : sensibiliser les infirmières aux erreurs médicales, offrir une formation pour réduire les erreurs dans l'administration des médicaments et développer des procédures et des protocoles spécifiques à l'unité d'urgence. Aussi, pour créer un environnement non punitif où les infirmières peuvent signaler en toute sécurité les erreurs médicales, les facteurs à l'origine des erreurs doivent être déterminées et les facteurs individuels et professionnels associés à la

tendance à commettre des erreurs médicales et aux attitudes des infirmières à l'égard des erreurs médicales devraient être améliorées. De plus, le signalement des erreurs fournit des informations précieuses pour éviter de futures erreurs et accroître la sécurité des patients. Dans ce contexte, il est d'une importance cruciale d'élaborer des réglementations qui définissent clairement les motivations et les obstacles au signalement des erreurs, les moyens de signaler ces erreurs et les composantes des erreurs dans les organisations de soins de santé.

- **De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?**
- **Quelles sont les limites /biais de l'étude ?**

Il s'agit de la première étude examinant les tendances aux erreurs médicales et les attitudes des infirmières travaillant dans les unités d'urgence de la région de Samsun au nord de la Turquie. Dans l'étude, les erreurs possibles de type 1 dans les comparaisons multiples ont été évitées grâce à la correction de Bonferroni. Les constatations étant liées à une zone locale et utilisant un plan exploratoire descriptif sont les limites de cette étude. Néanmoins, dans les hôpitaux étudiés, le taux du signalement d'erreurs médicales aux services d'urgences s'est avéré être très faible en raison d'une bonne tenue des dossiers et de la peur de sanctions.

Conclusions

- **De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?**
- **Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?**

Les erreurs médicales constituent la base de la sécurité des patients. Dans cette étude, il a été déterminé que 40,1% des infirmières avaient déjà été témoins d'erreurs de calcul et que 19,4% ont commis une erreur médicale au cours de la dernière année. Aussi 17,6% des erreurs médicales étaient causées par l'administration de médicaments ou la plupart du temps le mauvais médicament et la mauvaise dose a été administré et aucune des infirmières a rempli de formulaire de rapport sur les erreurs médicales commises. De plus, cette étude a déterminé que les infirmières qui aimaient leur travail étaient satisfaites de leur unité et qui travaillaient toujours de jour, avaient un score de tendance aux erreurs médicales inférieur.

Appendice G

Johansen, M. L. (2014). Conflicting priorities: Emergency nurses perceived disconnect between patient satisfaction and the delivery of quality patient care. *Journal of Emergency Nursing*, 40(1), 13–19.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.04.013>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). Conflicting Priorities: Emergency Nurses Perceived Disconnect Between Patient Satisfaction and The Delivery of Quality Patient Care. Priorités contradictoires : les infirmières d'urgence perçoivent un décalage entre la satisfaction des patients et la prestation de soins de qualité aux patients ▪ Quels sont les thèmes abordés ? priorités conflictuelles, niveaux de dotation en personnel, attentes irréalistes, gestion de conflit par évitement ▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Les infirmières d'urgence 	
Auteurs-es	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). Mary L. Johansen, PhD, NE-BC, RN, Newark, NJw, membre de l'ENA, est professeure clinicienne adjointe, Université Rutgers, Collège des sciences infirmières. 	
Mots-clés	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les mots-clés ? La gestion des conflits; Conflit au service des urgences ; Satisfaction des patients ; Des soins de qualité aux patients 	
Résumé	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. En savoir plus sur les types de conflits auxquels les infirmières d'urgence sont fréquemment confrontées, identifier les idées, les attitudes, la compréhension et les schémas de pensée de l'infirmière d'urgence concernant le phénomène de conflit et comprendre comment les infirmières d'urgence gérer les conflits interpersonnels. Une étude qualitative a été menée auprès d'infirmières des urgences via des focus groups pour explorer les conflits rencontrés, les attitudes et les stratégies de résolution. Les participants, recrutés dans deux hôpitaux du New Jersey, ont donné leur consentement éclairé. Les sessions ont été enregistrées et analysées pour identifier les types de conflits et les méthodes de gestion. Les résultats peuvent guider des améliorations dans la formation et les politiques pour mieux soutenir les infirmières dans la résolution des conflits. Cette étude qualitative a exploré les conflits rencontrés par les infirmières des urgences et leurs méthodes actuelles de résolution. Les participants ont défini le conflit comme un désaccord interférant avec les soins aux patients et générant des réactions émotionnelles négatives. Un thème majeur émergeant était celui des priorités conflictuelles, avec une tension entre la satisfaction du patient et la qualité des soins perçue par les infirmières. Les sous-thèmes incluaient les niveaux de dotation en personnel, le manque de compréhension des leaders et les attentes irréalistes. Les infirmières ont souvent évité les conflits pour minimiser les perturbations, en se concentrant sur les soins aux patients malgré les frustrations. 	
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).**

L'étude repose sur une justification empirique, s'appuyant sur les observations et les expériences des infirmières travaillant dans les services d'urgence. Ces professionnels de santé ont identifié des conflits récurrents liés aux priorités conflictuelles entre la satisfaction du patient et la qualité des soins perçue. De plus, des frustrations ont été exprimées concernant les niveaux de dotation en personnel, le manque de compréhension des leaders et les attentes irréalistes en matière de délais de prise en soins. Les infirmières ont tendance à éviter les conflits pour se concentrer sur les soins aux patients malgré les défis rencontrés. Ces observations ont motivé la recherche pour approfondir la compréhension des conflits dans les services d'urgence et proposer des solutions pour améliorer leur gestion.

Objectifs/questions de recherche

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

Identifier les types de conflits les plus courants rencontrés par les infirmières travaillant dans les services d'urgence. Explorer les attitudes et les perspectives des infirmières sur la manière dont elles perçoivent et gèrent les conflits dans leur environnement de travail. Examiner comment les infirmières gèrent les conflits avec les priorités institutionnelles et les attentes des patients, notamment en ce qui concerne la satisfaction du patient et la qualité des soins. Évaluer l'efficacité des stratégies de résolution de conflits actuellement utilisées par les infirmières et identifier les domaines où des améliorations pourraient être apportées pour soutenir les infirmières dans la gestion des conflits.

Principaux concepts théoriques

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

Les concepts clés abordés dans cette étude portent sur les conflits dans les services d'urgence. Ces conflits peuvent émerger de priorités conflictuelles entre la satisfaction du patient et la qualité des soins, influencées par des facteurs tels que la dotation en personnel et le leadership. Les attentes des patients, notamment en matière de délais d'attente et de satisfaction, sont également des éléments cruciaux dans la dynamique des conflits. Comprendre ces concepts est essentiel pour améliorer la gestion des conflits et garantir des soins optimaux dans les services d'urgence.

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche

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

La question de recherche explore comment les infirmières des services d'urgence perçoivent et gèrent les conflits liés aux priorités conflictuelles entre la satisfaction du patient et la qualité des soins. Elle examine également l'impact de facteurs tels que la dotation en personnel, le leadership et les attentes des patients sur la dynamique des conflits. L'objectif est de fournir des informations pour améliorer la gestion des conflits et la qualité des soins dans ce contexte.

Devis

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

L'étude utilise une approche qualitative basée sur des groupes de discussion (focus groups) pour recueillir des données auprès des infirmières d'urgence. Le devis de l'étude est présenté de manière relativement claire, avec des informations essentielles sur le type de recherche, la méthode de collecte des données, l'échantillon et l'analyse des données.

▪ **Le rôle du chercheur est-il défini ? (Par ex, le chercheur reconnaît-il son influence potentielle dans la recherche ? De quelle manière participe-t-il à l'étude ? Etc.).**

Le rôle du chercheur n'est pas clairement défini dans l'introduction de l'étude. Il n'est pas mentionné si les chercheurs reconnaissent leur influence potentielle sur la collecte et l'analyse des données, ni comment ils ont participé concrètement à l'étude, ce qui laisse un manque de transparence concernant leur impartialité et les mesures prises pour minimiser les biais.

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

Les règles éthiques ont été respectées dans cette étude. Les participants ont donné leur consentement éclairé, leur confidentialité a été préservée et des mesures ont été prises pour atténuer les risques. L'étude a également été soumise à un examen éthique. Ces éléments garantissent le respect des principes éthiques dans la recherche impliquant des sujets humains.

Sélection des participants ou objet d'étude

- **Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ?** Les infirmières travaillant dans les services d'urgence des hôpitaux. Oui
- **Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ?**

Les critères d'inclusion pour cette étude comprennent le fait d'être actuellement employé en tant qu'infirmière professionnelle en soins directs dans un service d'urgence hospitalier et de travailler dans un hôpital basé aux États-Unis. Aucun critère d'exclusion spécifique n'est mentionné, ce qui suggère une portée large pour la participation des infirmières travaillant dans les services d'urgence, sans restriction spécifique basée sur des caractéristiques individuelles.

Choix des outils de collecte de données

- **Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ?**

Les outils de collecte de données utilisés dans cette étude comprennent des focus groups et un questionnaire démographique. Les focus groups ont été organisés en deux groupes, enregistrés numériquement pour assurer une transcription précise des discussions, et ont duré entre 30 et 45 minutes. Un questionnaire démographique a également été distribué pour recueillir des informations sur les caractéristiques personnelles des participants. Ces outils ont été décrits de manière précise, fournissant des détails sur la méthode de collecte des données et les types d'informations recueillies.

- **Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?**

La collecte des données se déroule principalement à travers des séances de focus groups, organisées en deux groupes distincts pour les infirmières participantes. Chaque groupe est invité à prendre part à une discussion animée par un modérateur formé, enregistrée numériquement pour garantir la précision des transcriptions. Ces séances de focus groups ont lieu une seule fois, avec une durée de 30 à 45 minutes chacune. Parallèlement, les participants remplissent également un questionnaire démographique distribué avant ou après les séances de focus groups, permettant de recueillir les données démographiques. Cette collecte des données se réalise ainsi de manière ponctuelle, avec une seule séance de focus groups par groupe de participants, accompagnée de la distribution unique du questionnaire démographique.

Méthode d'analyse des données

- **Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?**

La méthode d'analyse utilisée est l'analyse thématique. Après la collecte des données, les transcriptions des focus groups sont analysées pour identifier les thèmes récurrents, les motifs et les idées émergentes. Cette analyse permet de regrouper les données en catégories thématiques, ce qui facilite la compréhension des expériences et des perspectives des infirmières concernant les conflits dans les services d'urgence. L'objectif de cette méthode est de dégager des insights significatifs et de produire une compréhension approfondie des phénomènes étudiés.

- **Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?)**

Dans l'extrait fourni, les personnes participant à l'analyse ne sont pas explicitement décrites. Cependant, il est mentionné que les transcriptions des focus groups sont analysées par le chercheur principal, également appelé "PI" (pour "Principal Investigator"). Il est probable que le chercheur principal soit assisté par d'autres membres de l'équipe de recherche, bien que ces personnes ne soient pas spécifiquement identifiées dans l'extrait. Il est courant dans les études de recherche que le chercheur principal soit responsable de l'analyse des données, généralement en collaboration avec d'autres membres de l'équipe de recherche ou des analystes de données expérimentés.

- **Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?)**

Dans l'extrait fourni, il n'est pas mentionné explicitement si un logiciel de classement des données a été utilisé pour l'analyse. Cependant, il est fait référence à l'utilisation du logiciel Atlas-ti pour faciliter l'analyse thématique.

des données. Atlas-ti est un logiciel couramment utilisé dans la recherche qualitative pour organiser, coder et analyser les données textuelles. Par conséquent, il est probable que ce logiciel ait été utilisé pour aider à la classification des données et à l'émergence des thèmes à partir des transcriptions des focus groups

▪ **Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.).**

La validation des données et les critères de rigueur scientifique, tels que la triangulation des données, ne sont pas spécifiquement mentionnés dans l'extrait fourni. Cependant, la méthode d'analyse thématique utilisée est généralement considérée comme rigoureuse en recherche qualitative. Bien que des détails précis sur la validation des données ne soient pas fournis, l'approche méthodologique transparente et la cohérence avec les principes de recherche qualitative contribuent à la crédibilité des résultats.

Résultats

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

Les résultats sont présentés de manière structurée, mettant en avant les principaux thèmes émergents ainsi que leurs sous-thèmes associés. Dans cet extrait, trois thèmes principaux sont identifiés : les conflits liés aux priorités contradictoires, les niveaux de dotation en personnel et le manque de compréhension des dirigeants, et les attentes irréalistes. Chaque thème est ensuite développé à travers des exemples concrets et des citations des participants aux focus groups, permettant ainsi de fournir une compréhension approfondie des expériences et des perspectives des infirmières d'urgence. En outre, la manière dont les infirmières gèrent ces conflits est également abordée, mettant en lumière l'approche prédominante de l'évitement. Cette présentation des résultats permet aux lecteurs de saisir les défis rencontrés par les infirmières et les stratégies qu'elles utilisent pour y faire face.

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

L'étude met en lumière les défis rencontrés par les infirmières en situation d'urgence, notamment les conflits liés aux priorités contradictoires entre la satisfaction des patients et la qualité des soins. Les résultats révèlent également des préoccupations concernant les niveaux de dotation en personnel, l'incompréhension des dirigeants et des attentes irréalistes quant aux temps d'attente des patients. En réponse à ces conflits, les infirmières ont principalement adopté une stratégie d'évitement en raison du manque de temps et de ressources. Ces conclusions soulignent l'importance de mieux comprendre et de soutenir les infirmières pour améliorer les conditions de travail et la qualité des soins en unité d'urgence.

Discussion

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

Les résultats de l'étude mettent en évidence le thème principal des priorités contradictoires, illustrant un écart perçu entre l'accent mis sur la satisfaction des patients et la prestation de soins de qualité. Les infirmières perçoivent que la priorité de la direction du service des urgences et de l'hôpital est la satisfaction des patients, tandis que leur priorité est de fournir des soins de qualité. Cette étude souligne également le besoin de définir et de mesurer la qualité des soins dans le contexte spécifique du service des urgences, ainsi que les défis liés à la gestion des conflits et aux attentes irréalistes en matière de temps d'attente des patients. Les résultats montrent que les infirmières ont tendance à adopter une stratégie d'évitement pour gérer les conflits, ce qui peut entraîner des répercussions négatives sur le stress au travail et les soins aux patients. En résumé, l'étude met en lumière l'importance de comprendre et de soutenir les infirmières dans leur environnement de travail afin d'améliorer la qualité des soins et les conditions de travail en unité d'urgence.

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

La recherche répond à l'objectif visé en explorant en profondeur les conflits rencontrés par les infirmières travaillant dans les services d'urgence, ainsi que leurs méthodes actuelles de résolution de ces conflits. En utilisant une méthode qualitative, des groupes de discussion ont été organisés pour permettre aux participants d'exprimer librement leurs expériences et leurs points de vue. Les résultats ont ensuite été analysés de manière thématique pour identifier les principaux thèmes et sous-thèmes émergents, permettant ainsi de répondre aux questions de recherche et de fournir des informations détaillées sur les défis rencontrés par les infirmières dans leur pratique quotidienne.

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

Les résultats de cette étude mettent en lumière des similitudes avec d'autres recherches sur les conflits en milieu hospitalier, en particulier en ce qui concerne les défis liés à la gestion des priorités contradictoires et aux attentes irréalistes de la direction. De plus, l'utilisation fréquente d'une approche de résolution de conflit évitante par les infirmières d'urgence reflète les conclusions d'autres études sur les styles de gestion des conflits dans le domaine de la santé. Ces similitudes soulignent l'importance de mieux comprendre les dynamiques de conflit dans les services d'urgence et de développer des interventions pour soutenir les professionnels de la santé dans la résolution de ces défis.

Recommandations & suggestions

▪ **Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ?**

a) Pour la pratique :

Les infirmières d'urgence doivent être proactives pour s'assurer que leurs contributions aux soins aux patients sont mesurées et reconnues. Une collaboration entre la direction des services d'urgence et les infirmières est nécessaire pour inclure des indicateurs de qualité sensibles aux infirmières dans les rapports sur la qualité hospitalière. Il est essentiel de convenir d'abord de définitions opérationnelles de la satisfaction des patients et des soins de qualité, en impliquant à la fois les infirmières et la direction. Les instruments de collecte de données doivent inclure des indicateurs sensibles aux infirmières qui mesurent les concepts de satisfaction des patients et de qualité des soins. Des indicateurs de qualité spécifiques aux services d'urgence, tels que la qualité de triage et l'activité infirmière, doivent être développés et testés.

b) Pour la recherche :

Étudier davantage les dynamiques de conflit dans les services d'urgence et développer des interventions pour soutenir les professionnels de la santé dans la résolution de ces défis. Valider et développer des mesures spécifiques de qualité des soins pour les services d'urgence, en mettant l'accent sur les indicateurs sensibles aux infirmières. Explorer les effets des relations constructives entre la direction et le personnel infirmier sur la gestion des conflits et la qualité des soins. Examiner l'impact des différentes approches de gestion des conflits sur le bien-être des infirmières et les résultats des patients.

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

L'étude propose des recommandations pour améliorer la pratique clinique des infirmières en situation d'urgence :

1. Développer des indicateurs de qualité spécifiques pour évaluer les soins en urgence.
2. Encourager la collaboration interdisciplinaire pour résoudre les conflits et améliorer la communication.
3. Sensibiliser au besoin de résolution constructive des conflits et fournir une formation appropriée.
4. Reconnaître et valoriser le rôle crucial des infirmières en situation d'urgence dans la prestation des soins aux patients. En suivant ces recommandations, les établissements de santé peuvent améliorer la qualité des soins en situation d'urgence et créer un environnement de travail plus favorable pour les infirmières.

▪ **Quelles sont les limites /biais de l'étude ?**

L'étude présente certaines limites qui doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. Tout d'abord, les conclusions de l'étude peuvent être limitées en termes de généralisation, car elle a été menée uniquement dans deux services d'urgence du nord du New Jersey. De plus, la taille des groupes de discussion était relativement petite, ce qui pourrait avoir restreint la diversité des perspectives exprimées. L'utilisation de focus groupes au lieu d'entretiens individuels pourrait également avoir influencé la dynamique des discussions. Enfin, il existe un potentiel de biais dans la sélection des participants et dans l'interprétation des données, ce qui souligne la nécessité de considérer ces limitations lors de l'évaluation des résultats de l'étude.

Conclusions

▪ **De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?**

La recherche a répondu à l'objectif visé en identifiant les perceptions des infirmières en situation d'urgence concernant les conflits rencontrés dans leur environnement de travail et en explorant comment elles y font face. Les résultats mettent en lumière une divergence de priorités entre les infirmières et la direction des services d'urgence, principalement en ce qui concerne la satisfaction des patients et la qualité des soins. Cette divergence influence la façon dont les infirmières perçoivent le soutien de la direction et abordent les problèmes de dotation en personnel et les attentes organisationnelles. En outre, l'étude souligne l'importance de définir ce que signifie la satisfaction des patients et la qualité des soins pour les infirmières en milieu d'urgence, ce qui constitue une première étape cruciale vers le développement d'indicateurs de qualité spécifiques aux infirmières.

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

L'étude met en lumière des résultats significatifs sur les défis auxquels sont confrontées les infirmières en situation d'urgence. L'un des points saillants est la perception divergente des priorités entre la direction des services d'urgence, axée sur la satisfaction des patients, et les infirmières, qui privilégient la qualité des soins. Cette tension génère des conflits, notamment en ce qui concerne les niveaux de dotation en personnel, les attentes irréalistes et le manque de soutien de la part de la direction. Les infirmières adoptent principalement une stratégie d'évitement pour faire face à ces conflits, ce qui soulève des préoccupations quant à son impact sur la qualité des soins. Pour y remédier, l'étude recommande le développement d'indicateurs de qualité spécifiques aux infirmières en milieu d'urgence et un dialogue collaboratif entre les infirmières et la direction pour résoudre les conflits et améliorer la prestation des soins.

Appendice H

Ríos-Risquez, M. I., & García-Izquierdo, M. (2016). Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 60–67.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.008>

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	
ANG: Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study FR : Satisfaction des patients, stress et épuisement professionnel chez le personnel infirmier des services d'urgence : une étude transversale Thèmes : satisfaction des patients, stress et épuisement professionnel chez les infirmiers, service des urgences Population : patients et professionnels de la santé	
Auteurs-es	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ M Isabel Ríos-Risquez, Université de Murcie, Hôpital universitaire Morales Meseguer, Marqués de los Vélez, 30008 Murcia, Espagne ▪ Mariano García-Izquierdo, de psychiatrie et psychologie sociale, Faculté de psychologie, Université de Murcie, ENAE Business School, Campus universitaire d'Espinardo, 30100 Espinardo, Murcie, Espagne 	
Mots-clés	
Burnout professionnel, Soins infirmiers d'urgence, Étude observationnelle, Satisfaction des patients, Stress psychologique	
Résumé	
<p>Objectif : d'analyser les associations entre la satisfaction des patients à l'égard des services d'urgence et la perception du stress au travail et de l'épuisement professionnel par les professionnels infirmiers qui s'occupaient de ces patients au niveau du groupe</p> <p>Méthodologie : Deux échantillons, l'un formé de professionnels infirmiers des services d'urgence (n = 148) et l'autre formé de patients (n = 390), regroupés en 48 unités d'analyse. L'adaptation espagnole de l'échelle de stress infirmier pour le personnel infirmier d'urgence des hôpitaux et l'adaptation espagnole du Maslach Burnout Inventory. Une adaptation espagnole de l'échelle de satisfaction des patients La Monica-Obsert a été utilisée pour définir les sentiments des patients à l'égard de leurs soins infirmiers.</p> <p>Résultat : Ni la perception du stress ni les différents éléments d'épuisement professionnel vécus par le personnel soignant n'étaient liés au niveau de satisfaction des patients. Nous avons observé une association significative et positive entre la perception du stress chez les infirmières et deux des dimensions du burnout, à savoir l'épuisement émotionnel et le cynisme. Aucune association significative n'a été observée entre les expériences de stress et d'épuisement professionnel par les professionnels infirmiers et la satisfaction à l'égard des soins reçus.</p>	
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	
Page 2 : Différentes études ont montré un lien entre la satisfaction des patients et le stress et le syndrome d'épuisement professionnel vécus par le personnel soignant dans diverses unités hospitalières. Le thème de la	

satisfaction des patients aux urgences a été peu abordé en lien avec le stress et l'épuisement professionnel vécus par le personnel soignant travaillant dans ces unités de soins. Sachant qu'il a souvent été dit que le stress et l'épuisement professionnel affectaient négativement la santé des professionnels et influençaient les résultats pour les patients en termes de qualité de leurs soins (Aiken et al., 2012 ; Vahey et al., 2004 ; Van Bogaert et al., 2013), il est surprenant de constater la rareté des recherches sur ces associations (Argentero et al., 2008 ; Leiter et al., 1998 ; Stimpfel et al., 2012 ; Vahey et al., 2004). Cela est encore plus surprenant dans le cas du personnel infirmier travaillant aux urgences des hôpitaux, puisque ces unités sont le théâtre d'une facette essentielle des interactions de soins qui ont lieu entre les citoyens et le système de santé. Il existe peu de recherches qui tentent d'établir un lien entre le stress et l'épuisement professionnel des infirmières et la satisfaction des patients, et les résultats de ces études sont controversés. Il existe un manque général de ce type de recherche, et cela est particulièrement vrai dans le contexte des services d'urgence des hôpitaux

Objectifs/questions de recherche

Objectif principal de cette étude l'analyse des associations entre la perception du stress et l'épuisement professionnel dans un échantillon de soins infirmiers aux urgences hospitalières et la satisfaction perçue par les patients de ces unités.

Principaux concepts théoriques

La satisfaction des patients, La qualité des soins reçus , Stress et épuisement professionnel

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche

- **Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ?**
- **Quels sont les buts *et/ou* questions *et/ou* objectifs de recherche ? quelles sont les hypothèses de recherche ?**

Objectif principal de cette étude l'analyse des associations entre la perception du stress et l'épuisement professionnel dans un échantillon de soins infirmiers aux urgences hospitalières et la satisfaction perçue par les patients de ces unités

H1. La perception du stress professionnel par le personnel infirmier est négativement liée à la satisfaction des patients.

H2. Les trois dimensions de l'épuisement professionnel, telles que vécues par les infirmières, sont liées à la satisfaction des patients (négativement pour l'épuisement émotionnel et le cynisme et positivement pour l'efficacité personnelle).

Devis

- **Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?** Etude transversale réalisée dans deux centres hospitaliers entre le 1er et le 31 mai 2012.

- ***Si applicable* : préciser la procédure expérimentale**
- **Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.**

Les exigences éthiques de la recherche et les critères juridiques nécessaires ont été respectés au cours du développement de l'étude et le projet a été révisé, approuvé et géré par la Fundación para la Formación Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. Approbation éthique. Projet révisé et soutenu par la Fondation pour la Recherche et la Formation en Santé de la Région de Murcia (FFIS).Espagne. Les professionnels ont participé en tant que bénévoles et l'anonymat et la confidentialité des données collectées leur ont été garantis. Pour faciliter cela, une boîte aux lettres était disponible, où les participants présentaient les questionnaires complétés. Les participants ont été informés de l'objet de l'étude et un consentement verbal a été demandé. Ils ont été informés de l'anonymat et de la confidentialité des données.

Sélection des participants ou objet d'étude

- **Quelle est la population visée ?**

Les participants à l'étude étaient des représentants de deux groupes : les professionnels infirmiers et les patients des urgences de l'hôpital. Les professionnels infirmiers du service des urgences de l'hôpital travaillaient dans l'un des deux hôpitaux différents de la ville de Murcie (Espagne). Dans l'un des hôpitaux, il y a 412 lits et dans l'autre 863.

▪ **Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection).**

Patients : La sélection des patients a été réalisée de manière aléatoire à l'aide du progiciel EPIDAT 3.1, qui a généré une liste aléatoire de patients proportionnelle au nombre moyen d'admission par jour passant par les urgences de chacun des hôpitaux au cours de l'année précédente. Plus précisément, pour l'un des centres étudiés, le nombre moyen de patients aux urgences de l'hôpital était de 45 par jour tandis que pour le deuxième centre, le nombre moyen de patients aux urgences était de 45 par jour. Le nombre de patients aux urgences des hôpitaux était de 30 par jour. Pour cette raison, le nombre d'utilisateurs sélectionnés était différent dans les deux hôpitaux. L'échantillon total de patients sélectionnés a été regroupé en 48 groupes correspondant aux équipes professionnelles qui les ont pris en charge pendant leur séjour aux urgences. Cette sélection aléatoire a été effectuée dans chaque hôpital par une personne ne faisant pas partie de l'équipe de recherche mais ayant reçu une formation préalable. A partir de la liste des patients admis dans les services hospitaliers de chaque centre via la salle d'observation des urgences de l'hôpital, les participants ont été sélectionnés par sondage aléatoire simple accidentel chaque jour pendant toute la période de collecte des données (y compris la répartition sur les 24 h de l'hospitalisation). Jour).

Infirmières : les professionnels ont été regroupés en unités de travail qui ont pris en charge des patients sélectionnés pendant une période. Période de 24 heures (c'est-à-dire qu'il y avait plusieurs infirmières dans chaque groupe qui travaillaient ensemble et prenaient soin des mêmes patients).

▪ **Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ?**

Inclusion :

Les utilisateurs des services interrogés étaient des patients adultes admis dans différents services de l'hôpital après être passés par l'unité d'observation du service des urgences de l'hôpital

Exclusion : ---

Infirmiers : Ceux qui travaillaient dans l'unité depuis moins de 9 mois et ceux qui travaillaient seulement sporadiquement dans le service pour couvrir les incidents (équipe « volante ») ont été non inclus dans l'étude.

Patients : les patients dont l'état de santé aurait pu les empêcher de se souvenir des événements survenus lors de leur séjour aux urgences (coma, léthargie, sédation, intoxication alcoolique, anxiété) ; (b) les patients souffrant de troubles neuropsychiatriques ; (c) les patients qui ont été admis dans des lits de soins intensifs après être passés par l'unité d'urgence et (d) les patients sortis.

▪ **Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).**

L'échantillon final de professionnels était constitué de 48 groupes de travail. Chacun des hôpitaux participants a fourni 24 groupes d'infirmières formés en tenant compte des soins aux patients au cours des 24 jours de collecte de données. Les groupes ont été formés de manière que chaque professionnel participant soit inclus dans une seule unité de travail. Les groupes de professionnels étaient en nombre inégal car tous les professionnels travaillant à l'hôpital n'avaient pas participé à l'étude. La collecte de données s'est déroulée sur une période d'un mois (24 jours de collecte de données au total), de sorte que 24 groupes appariés (comportant à la fois des professionnels et des patients) ont été enregistrés dans chaque centre hospitalier, un pour chaque jour de collecte de données. Les groupes (professionnels-patients) ont été appariés après distribution des questionnaires aux professionnels infirmiers. Après un mois de collecte de données, l'équipe d'enquête a apparié les patients au groupe de professionnels infirmiers qui les avaient aidés pendant leur séjour aux urgences. Cela a produit un total de 48 groupes jumelés de patients et d'infirmières.

▪ **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 ?** Les études antérieures qui ont analysé l'association entre ces variables ont travaillé avec différentes unités de soins (Leiter et al., 1998 ; Vahey et al., 2004) et différents moyens d'agrégation. Dans notre étude, comme nous avons travaillé avec une seule unité (les urgences), les mesures agrégées correspondent à différents groupes de professionnels plutôt qu'à différents services de santé et les patients ont été regroupés en conséquence

▪ **Quels sont les instruments de mesure ?**

Afin de mesurer le **stress**, nous avons utilisé l'échelle de stress infirmier (NSS), de Gray-Toft et Anderson (1981), adaptée à l'espagnol par García-Izquierdo et Ríos Rísquez (2012) pour les soins infirmiers aux urgences des hôpitaux. Pour ce questionnaire, le participant doit évaluer chacun des 22 items au regard de la fréquence avec laquelle ils surviennent dans son environnement professionnel selon une échelle de type Likert en quatre points, qui va de 0 (jamais) à 3 (très fréquemment). par exemple, item 1 : « Interruption fréquente du développement des tâches ». Nous avons utilisé la moyenne des réponses, de sorte que le score le plus élevé reflète la perception la plus élevée d'exposition aux facteurs de stress professionnels.

Pour évaluer l'**épuisement professionnel** chez les professionnels, nous avons utilisé l'échelle MBIGS (Maslach Burnout Inventory General Services) de Schaufeli et al. (1996), adapté à l'espagnol par Salanova et al. (2000). Cette échelle comprend 16 items répartis en trois dimensions : l'épuisement émotionnel, qui fait référence à un manque de ressources émotionnelles du fait du travail (ex. item 1 : « Je me sens épuisé émotionnellement à cause de mon travail ») ; le cynisme, qui explore l'indifférence et les attitudes distantes à l'égard du travail (par exemple, élément 8 : « J'ai perdu tout intérêt pour mon travail depuis que j'ai commencé à travailler ») ; et l'efficacité personnelle (par exemple, item 5 : « Je peux résoudre efficacement les problèmes qui surviennent dans mon travail »). Tous les items sont évalués sur une échelle de sept points, qui va de 0 (jamais) à 6 (toujours). Le profil professionnel d'épuisement professionnel est défini par des scores élevés d'épuisement émotionnel et de cynisme et de faibles scores de croyance en leur propre efficacité personnelle. En outre, dans le questionnaire utilisé pour les professionnels infirmiers, nous avons inclus des questions sur les variables démographiques suivantes : sexe, âge, expérience professionnelle, expérience professionnelle au service des urgences d'un hôpital, site hospitalier, modèle de travail typique et type de travail.

La satisfaction des utilisateurs à l'égard de leurs soins infirmiers a été évaluée par l'échelle de satisfaction des patients La Monica-Oberst (LOPSS), adaptée à l'espagnol par Cabrero et al. (1995). Cette échelle est composée de 12 items dont les réponses sont disposées sur une échelle de Likert en sept points, allant de 1 (tout à fait d'accord) à 7 (tout à fait en désaccord). Tous les items sont liés aux soins prodigués par le personnel infirmier (ex. item 1 : « Ils m'ont aidé à comprendre ma maladie »). L'échelle originale est structurée pour comporter deux facteurs de satisfaction : un facteur positif et un facteur négatif, ce qui rend son interprétation plus difficile. Pour cette raison, nous avons décidé de modifier les scores en un seul niveau, afin que le score le plus élevé corresponde aux niveaux de satisfaction des patients les plus élevés. De plus, nous avons inclus des questions sur les variables suivantes : diagnostic médical, durée totale du séjour aux urgences de l'hôpital (en heures), sexe, âge, niveau d'éducation et groupe ethnique.

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

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

Infirmiers : les questionnaires ont été distribués à tous les membres du personnel répondant aux critères d'inclusion au cours de la première semaine de mai, et ceux-ci ont été collectés tout au long du mois.

Patients : Les entretiens ont eu lieu après leur admission dans un service hospitalier, généralement 24 à 48 heures après leur séjour aux urgences de l'hôpital. Le questionnaire LOPSS a été rempli auprès des patients invités à penser aux équipes du service des urgences de leur hôpital au moment de décider de leurs réponses. Les questionnaires ont été remplis en présence de la même personne qui avait préalablement effectué la sélection aléatoire des patients dans chaque hôpital et qui avait reçu une formation préalable. Une fois l'entretien terminé, les réponses étaient lues à haute voix et il a été demandé de confirmer que les informations collectées étaient correctes. La collecte de données s'est déroulée sur une période d'un mois (24 jours de collecte de données au total), de sorte que 24 groupe appariés (comprenant à la fois des professionnels et des patients) ont été enregistrés dans chaque centre hospitalier, un pour chaque jour de collecte de données. Les groupes (professionnels-patients) ont été appariés après distribution des questionnaires aux professionnels infirmiers. Après un mois de collecte de données l'équipe d'enquête a apparié les patients au groupe de professionnels infirmiers qui les avaient aidés pendant leur séjour aux urgences. Cela a produit un total de 48 groupes jumelés de patients et d'infirmières.

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

Dépendantes :

Indépendantes : pour l'échantillon de professionnels, les variables étaient : l'âge, le sexe, l'état civil, le centre hospitalier, la durée de carrière aux urgences hospitalières, la durée de l'expérience professionnelle, le type de contrat, le type d'équipe, la fréquence perçue du stress au travail et les trois dimensions du burnout (épuisement émotionnel, cynisme et efficacité personnelle). Pour l'échantillon de patients, les variables étaient : l'âge, le sexe,

l'origine ethnique, le centre hospitalier, le niveau d'éducation, le diagnostic du patient, la satisfaction à l'égard des soins infirmiers et la durée de son séjour aux urgences de l'hôpital.

Interventions ou programmes (si applicable)

- **Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?**
- **De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?**

Méthode d'analyse des données

- **Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?**

Par ailleurs, des analyses complémentaires (test χ^2 , test t de Student, test F ANOVA, corrélation de Pearson) ont été réalisées pour déterminer s'il existait des différences significatives entre le stress au travail perçu, les expériences d'épuisement professionnel par les professionnels infirmiers et la satisfaction des patients selon les critères sociodémographiques, caractéristiques professionnelles et sanitaires des deux échantillons. Deuxièmement, dans le but d'explorer les associations entre le stress et l'épuisement professionnel au travail infirmier et la satisfaction des patients, les données individuelles ont été agrégées aux données de groupe pour les échantillons d'infirmières et de patients. Il existe une base conceptuelle substantielle pour soutenir cette procédure. La justification conceptuelle de l'utilisation d'une mesure agrégée de variables dans l'étude doit également être accompagnée d'une justification statistique. Nous avons utilisé les coefficients de corrélation interclasse ICC (1) et ICC (2), ainsi que l'accord inter évaluateurs au sein du groupe et les indices d'écart moyen (AD) pour justifier l'agrégation (Burke et al., 1999). L'ICC(1) reflète dans quelle mesure l'évaluation du groupe représente la moyenne du groupe, et l'ICC(2) offre une estimation de la fiabilité de la moyenne du groupe. L'annonce représente la moyenne des écarts entre les notes par rapport à la note moyenne ou médiane, et est couramment utilisé par les chercheurs pour résoudre les problèmes d'accord entre évaluateurs, notamment si les données sont ou non peuvent être agrégées des niveaux d'analyse inférieurs aux niveaux supérieurs dans des études multiniveaux. Il est calculé comme écart moyen des notes pour un élément à partir de la moyenne (ADM) ou de la médiane (ADMd). Dans notre cas, ADM a été calculé (j), c'est-à-dire pour les écarts moyens par rapport à la moyenne des j éléments. Sens unique des analyses de variance (ANOVA) a également été réalisées pour vérifier s'il y avait des différences significatives entre les unités. Par la suite, des analyses statistiques descriptives et corrélationnelles les analyses ont été calculées par la corrélation de Pearson. L'analyse des données a été réalisée à l'aide d'IBM SPSS pour Windows, version 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, États-Unis).

Résultats

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

Tableaux 1 et 2 : variables de fréquence : 73 % (n = 148) des 204 **professionnels infirmiers** fournis munis d'un questionnaire ont choisi de participer à l'étude. L'âge moyen (ET) était de 39,9 (8,9) ans. En termes de caractéristiques professionnelles, durée moyenne (ET) de carrière des professionnels des urgences hospitalières était de 7 (7,4) ans et la durée moyenne (ET) de la carrière professionnelle l'expérience était de 13,7 (8,1) années. Des groupes d'infirmières étaient formés d'une moyenne de 3,10 (.99) professionnels. Presque tous les **patients interrogés** ont accepté participer (390 sur 394 ; 99 %). Les sélectionnés au hasard L'échantillon de patients était composé de 390 utilisateurs du service. Signifier (SD) l'âge des patients interrogés était de 62,7 (19,8) ans, et la durée moyenne (SD) de leur séjour à l'urgence l'unité était de 12,59 (12,69) heures. Des groupes d'utilisateurs ont été formés par une moyenne de 8,12 (1,98) patients.

Les coefficients de cohérence interne étaient adéquats pour toutes les échelles utilisées. La cohérence interne (Cronbach alpha) de l'échelle de stress infirmier était de 0.86 ; le MBI-GS les consistances internes (alpha de Cronbach) étaient de 0.84, 0.87 et 0.73, respectivement pour les trois dimensions de l'épuisement professionnel. Enfin, la cohérence interne du LOPSS était de 0.81.

Des analyses ont été réalisées sur les scores individuels pour définir les différences et associations possibles entre les variables socio-démographiques et professionnelles, la perception du stress et du burn-out par les infirmières et les patients satisfaction. Aucune relation significative n'a été trouvée.

Tableau 3 : les indices d'agrégation pour les groupes de professionnels infirmiers et les patients peuvent être observés. Après examinations de tous ces indices, nous avons conclu que le regroupement était justifié.

Tableau 4 : la moyenne totale (SD) la satisfaction à l'égard des soins infirmiers était de 4.66 (0.89), ce qui peut être évalué comme moyen-élevé. Le score moyen (SD) en soins infirmiers, le stress était de 1.02 (0.07), ce qui montre un faible niveau de perception d'être exposé à différentes sources de stress. En ce qui concerne l'épuisement professionnel, les résultats montrent également de faibles niveaux moyens (SD) d'épuisement

émotionnel 1.96 (0.31) et cynisme 1.53 (0.19), et niveaux élevés d'efficacité professionnelle 5.11 (0.25). Pour le burn-out, nous avons obtenu une prévalence de 3.4% qui peut être considéré comme très faible par rapport à l'échelle de la population espagnole. Prendre en compte des données enregistrées de cette étude mentionnée (données de référence pour la population espagnole), le burn-out, la prévalence professionnelle est obtenue par des scores élevés d'épuisement émotionnel et cynisme, et faibles scores de croyances en l'efficacité personnelle.

- **Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?**
- **Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) ?**

Nous avons trouvé des associations significatives entre le personnel réponses et durée pendant laquelle les patients sont restés dans le service des urgences d'un hôpital, mesuré en heures. Premièrement, plus les patients restent longtemps, plus la perception infirmière du stress ($r = 0,37$, $p < 0,01$). Deuxièmement, lorsque la durée de séjour d'un patient augmente, le cynisme (l'une des dimensions de l'épuisement professionnel) a diminué parmi les professionnels ($r = 0,34$, $p < 0,01$).

Quels sont les autres résultats importants ?

Par rapport aux autres associations, le stress total le score de perception rapporté par les infirmières était significatif et positivement associés à leurs expériences de burnout dimensions épuisement émotionnel et cynisme. Cependant, aucune influence n'a été indiquée sur les niveaux d'efficacité personnelle perçus par les infirmières. Par ailleurs, **les deux hypothèses de notre étude n'ont pas été confirmées** car pas d'associations significatives ont été trouvées entre la satisfaction des patients et soit les trois dimensions de l'épuisement professionnel, soit avec la perception du stress des professionnels.

Discussion

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

Les niveaux de satisfaction des patients, moyens à élevés, étaient similaires à ceux décrits dans d'autres études. Les niveaux de stress perçus par les infirmières étaient classés comme très faible. De plus, lorsque l'on pose des questions sur épuisement professionnel, faible épuisement émotionnel et faibles niveaux de cynisme ont été enregistrés, ainsi que des niveaux élevés d'efficacité personnelle perçue. Nous avons obtenu une prévalence de burn-out de 3.4% parmi les infirmières. Il existe une grande variabilité dans la littérature concernant la prévalence du burn-out. Certaines études montrent un taux de prévalence supérieur à celle révélée par nos recherches, tandis que d'autres montrent un taux similaire, voire inférieur. Des études récentes effectuées dans les services d'urgence, a indiqué qu'environ 26% des professionnels infirmiers de ces unités souffrent du syndrome d'épuisement professionnel. Ce chiffre est nettement supérieur à celui obtenu dans notre étude. Ces résultats soutiennent cette perception du stress par les professionnels étaient significativement associé à deux des trois dimensions du burn-out infirmier, de l'épuisement émotionnel et du cynisme, ce qui est en accord avec les résultats obtenus dans d'autres études, mais pas avec efficacité personnelle.

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

En ce qui concerne l'objectif principal de notre recherche, nos résultats ne soutiennent pas les hypothèses, puisque la perception du stress et les dimensions de l'épuisement professionnel n'étaient pas significativement liées aux niveaux de satisfaction des usagers des urgences avec les soins prodigués par leur personnel soignant. Nos résultats ajoutent une controverse à ce sujet de recherche, car en général, les résultats obtenus jusqu'à présent indiquent que la satisfaction des patients est négativement liée au stress des infirmières et épuisement émotionnel. Concernant les deux autres dimensions de l'épuisement professionnel des soins infirmiers, alors que certaines études ont trouvé des associations entre le manque d'efficacité personnelle et de satisfaction des patients, d'autres n'ont pas et aucune étude n'a trouvé d'association entre le cynisme des infirmières et la satisfaction des patients, à l'exception d'une étude. Le service des urgences de l'hôpital offre un service de court séjour, ce qui implique que les patients n'ont que des contacts de courte durée avec le groupe de professionnels infirmiers, dont l'objectif est de résoudre des problèmes de santé aigus, en prenant soin d'eux. En termes de relations que cela permet, le court laps de temps du contact avec le patient pourrait conduire à un niveau moindre d'implication émotionnelle de la part des infirmières. Cette hypothèse pourrait également expliquer les résultats qui soulignent que les niveaux de cynisme et de stress des professionnels diminuent à mesure que la période que le patient passe dans la salle d'observation s'allonge, probablement parce qu'ils sentent que les patients sont plus sous contrôle et plus stables après la phase initiale d'assistance d'urgence, mais probablement aussi parce qu'ils ont la chance de développer une relation plus étroite avec eux.

- **Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].** Les niveaux de satisfaction des patients, moyens à élevés, étaient similaires à ceux décrits dans d'autres études.

Recommandations & suggestions

- **Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ?**

A : Par exemple, il est important de considérer les variables introduites par le milieu de travail, comme les réactions psychologiques des professionnels de soins, comme des aspects pouvant influencer la satisfaction des patients aux urgences des hôpitaux.

B : Nous aimerions recommander des recherches plus approfondies sur les associations entre la satisfaction des patients et le stress et l'épuisement professionnel du personnel infirmier, car les données ne sont pas encore claires. Les futures études devraient être orientées vers une recherche à plusieurs niveaux, avec des échantillons plus larges et comparant différentes unités de soins et pays. Par ailleurs, cette étude révèle la nécessité d'aborder la recherche dans ce domaine à partir d'une approche multiniveau, au moyen de l'agrégation de données.

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

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

Nous devons tenir compte d'un certain nombre de limites et procéder avec prudence lors de l'interprétation des résultats de cette étude. Tout d'abord, le type de conception limite la possibilité d'établir des relations causales entre les variables analysées. Deuxièmement, les données des infirmières ont été collectées au moyen de questionnaires autoadministrés, qui se sont avérés introduire des biais dans les réponses, exacerbant la variance commune et augmentant les corrélations entre les variables. En outre, le recours à des entretiens pour collecter des données sur les utilisateurs des services peut également biaiser ces informations par un effet de désirabilité sociale. Nous avons essayé de réduire cette limitation avec un contrôle rigoureux de l'anonymat. De plus, les variables étudiées (satisfaction des patients, stress infirmier et burnout) seraient idéalement considérées séparément comme des événements individuels, mais la complexité des soins aux urgences rend difficile leur analyse au niveau individuel par rapport à la satisfaction des patients, car chaque patient est pris en charge par plusieurs infirmières pendant son séjour. Nous avons donc décidé de rassembler les données au niveau de l'unité. Cependant, même si les mesures ont montré un bon degré de concordance en ce qui concerne les perceptions, il pourrait être nécessaire dans les recherches futures d'explorer l'utilisation d'autres formes pour compléter les autoévaluations. Enfin, les données ont été collectées dans les services d'urgence de deux hôpitaux espagnols, il faut donc supposer que les résultats doivent être traités avec prudence lorsqu'il s'agit d'extrapoler pour décrire d'autres unités de soins et pays.

Conclusions

- **De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?**

Ni la perception du stress ni les différents éléments d'épuisement professionnel vécus par le personnel soignant n'étaient liés au niveau de satisfaction des patients. Nous avons observé une association significative et positive entre la perception du stress chez les infirmières et deux des dimensions du burnout, à savoir l'épuisement émotionnel et le cynisme. La durée du séjour des patients aux urgences était négativement liée à la fréquence des infirmières ressentant un stress perçu ainsi qu'à la dimension d'épuisement professionnel du cynisme. Conclusions : Aucune association significative n'a été observée entre les expériences de stress et d'épuisement professionnel par les professionnels infirmiers et la satisfaction à l'égard des soins reçus.

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

En conclusion, nous voudrions dire que les résultats obtenus indiquent qu'il s'agit d'une ligne de recherche de grande importance dans le contexte des urgences hospitalières, qui sont, comme nous ne devons pas l'oublier, l'une des principales portes d'entrée par lesquelles les citoyens accèdent au système de soins de santé. Ceci est particulièrement pertinent compte tenu du manque de recherches sur ce sujet à ce jour.