

TRAVAIL DE BACHELOR

Sous la direction de Madame Naamat Messmer Al-Abed,
Professeure chargée d'enseignement HES

Prévenir la violence des patients
envers les soignants dans le
contexte des urgences
psychiatriques : à la recherche des
stratégies infirmières

Laurie Anthoine, Céline Bernhard
& Laure Mattmann

Module Recherche – BAC 16

Tables des matières

Tables des matières	iii
Liste des tableaux.....	v
Définition et acronymes.....	vi
Résumé	vii
Remerciements.....	x
Chapitre 1 : Introduction	1
Chapitre 2 : Problématique	5
Survenue de la question de départ.....	6
Pertinence pour la discipline infirmière.....	9
○ L'être humain	10
○ L'environnement.....	10
○ Santé.....	11
○ Soins infirmiers	12
○ Le savoir empirique.....	13
○ Le savoir éthique	14
○ Le savoir personnel	15
○ Le savoir esthétique.....	16
Revue exploratoire de la littérature et avis d'experts	17
○ Interviews.....	18
○ La complexité du problème, son impact actuel sur le système de santé...28	
○ Facteurs déclencheurs de la violence	30
○ Conséquences sur la santé psychologique	32
○ Introduction à la prévention de la violence dans les soins	35
Précision des concepts pertinents.....	40
Perspectives et propositions pour la pratique.....	41
Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers	43
Définition et développement des concepts retenus comme pertinents.44	
○ La violence	44
○ La prévention de la violence en psychiatrie de l'adulte	48
○ La psychiatrie	49
Choix du cadre théorique et ses principes fondamentaux	50
○ Définition des concepts de la théorie de Jean Watson.....	51
Chapitre 4 : Méthode.....	54
Précision de la question de recherche à l'aide de la méthode PICOT	55
Type de question.....	56

Critères de sélection des articles	57
Mots-clés et descripteurs	57
Sélection des articles	59
Analyse des articles avec la grille de Fortin (2010)	63
Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion	64
Articles traitant de l'observation, l'évaluation et du dépistage de la violence	65
Articles donnant des interventions	72
Développement des articles en lien avec la question PICOT	84
○ Généralité des résultats	84
○ Observation clinique et recension de la littérature	84
○ Limiter les mesures de contention physique au profit d'une gestion plus douce de la violence	85
○ La formation du personnel	86
Formation par simulation	86
Formation ciblée sur la communication avec les patients	86
Formation au modèle de Bergen	87
Formation ciblée sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services	87
○ Dépistage de la violence	88
○ Efficacité des techniques de prévention à la violence	90
Adopter un environnement favorable	90
Attitude et approche relationnelle infirmière	91
Exactitude et facilité d'utilisation des échelles	92
Mise en place d'une équipe d'urgence	93
La collaboration	93
Techniques de désescalade	94
Le modèle Safewards	95
○ Facteurs défavorables à la prévention de la violence	96
Perspectives et propositions pour la pratique	97
○ Réduire les pratiques restrictives	97
○ Améliorer des compétences en communication	97
○ Promouvoir la formation des professionnels	98
Chapitre 6 : Conclusion	100
Apport du travail de Bachelor	101
Limites	102
Perspectives pour la recherche	103
Chapitre 7 : Références	105
Chapitre 8 : Annexes	111
Annexe 1 : grilles de fortins	112

Liste des tableaux

Figure 1. Stades de la violence

Tableau 1 : *Tableau d'élaboration de la question PICOT*

Tableau 2 : *Traduction des mots-clés en anglais*

Tableau 3 : *Résultats des recherches dans les différentes bases de données*

Tableau 4 : *Argumentation du choix des articles*

Définition et acronymes

APIC: Approche Préventive Intervention Contrôlée

ASSC: Assistant-e en Soins et Santé Communautaire

ASE: Assistant Socio-Éducatif

BERT : Behavioral Emergency Response Team

BVC : Broset Violence Checklist

CNP: Centre Neuchâtois de Psychiatrie

CSI: Chambre de Soins Intensifs

CUP: Centre d'Urgences Psychiatriques

DASA: Dynamic Appraisal of Situational Aggression

DABS: De- Escalating Aggressive Behaviour Scale

EMDABS: English Modified Version of the De- Escalating Aggressive Behaviour Scale

EIR: Équipe d'Intervention Rapide

FESAI: Forensic Early warning Signs of Aggression Inventory

HCR-20: Historical-Clinical-Risk Management-20

HoNoS: Health of the Nation Outcome Scales

HES: Haute Ecole Spécialisée

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PICOT: Population, Intervention, Comparaison, Outcome, Time Résumé

Résumé

Problématique : La problématique traite des stratégies infirmières efficaces qui pourraient prévenir le risque de violence envers les soignants chez les patients adultes admis aux urgences psychiatriques. L'application de ces dernières soulève de multiples défis, car la violence dans les soins en psychiatrie est une problématique actuelle de taille depuis plusieurs décennies. Notre travail de Bachelor s'intéresse donc à la recherche et l'identification de ces stratégies infirmières

Concepts abordés : La violence, la prévention et la psychiatrie sont les trois concepts que nous avons retenus et définis précisément afin de consolider notre problématique.

Méthode : La méthode PICOT a été utilisée pour définir et formuler notre question de recherche qui s'est avérée être une question de type "intervention". À l'aide des mots-clés ainsi déterminés, nous avons effectué les recherches dans les bases de données Cinahl, Psychinfo et Pubmed. Quinze articles correspondant aux critères de recherches ont été analysés à l'aide de la grille de Fortin, F. (2010) dans le but de répondre à notre question.

Résultats : Les résultats indiquent que plusieurs techniques ont été prouvées efficaces dans la prévention de la violence. Certaines sont axées sur le dépistage de la violence et d'autres sur les interventions, notamment la désescalade. Le dépistage de la violence résulte de l'identification précoce des

facteurs de risque et la formation des infirmières à ce sujet et permet la mise en place d'interventions rapides et adaptées pour la prévention de la violence relative à l'urgence psychiatrique. L'échelle DASA ainsi que la Broset Violence Checklist identifient les facteurs de risque. Le modèle de Bergen est une formation au personnel aidant d'une part au dépistage, mais aussi à la mise en place d'interventions adaptées pour désamorcer la violence. D'autres programmes de formation basés sur des simulations ont été mis en place au sein de cliniques et le personnel était en grande majorité convaincue de leur utilité. Deux articles parlent de l'efficacité de la mise en œuvre des techniques de désescalade. L'EMDABS est une échelle validée pour évaluer les compétences des infirmières en la matière et peut servir à situer le niveau de formation des infirmières en matière de désescalade afin de l'adapter. Le modèle de Safewards est utilisable par les infirmières et sert à réduire les taux de conflit et de confinement dans les services de psychiatrie par le biais d'une liste d'intervention définie. Le BERT est un outil de gestion et de prévention de la violence (Behavioral Emergency Response Team) et influe positivement sur la sécurité du personnel et des patients. D'autres études ont montré que les interventions qui ont été efficaces lors d'épisodes imminents de violences étaient des discussions calmes et informatives. D'autres approches relationnelles ont été décrites comme le Bulldozer, celui-ci moyennement recommandable de par son aspect déshumanisant, ou le danseur de Ballet. Cette dernière offre des composantes propices à la prévention de la violence.

Conclusion : Nous avons rencontré des éléments facilitants tels que la bonne cohésion de notre groupe et des éléments contraignants tels que nos difficultés à trouver un nombre suffisant d'articles dans les bases de données ainsi que pour formuler une bonne question de recherche. Les limites à prendre en compte de ce travail sont l'état de la recherche peu approfondi à ce sujet qui a entraîné un manque de représentativité de certains articles et peu de réponses en regard du contexte déterminé de la recherche. En conclusion, nous recensons les perspectives pour la recherche en particulier la nécessité d'approfondir les recherches à ce sujet.

Mots clés : Urgences psychiatriques / Stratégies de communication / Techniques de désescalade / Violence / agressivité / Prévention de la violence

Remerciements

Pour son temps, ses précieux conseils et son soutien tout au long de ce travail, nous tenions à remercier particulièrement notre directrice de travail de Bachelor, madame Naamat Messmer Al-Abed, professeure chargée d'enseignements HES.

Nous remercions les infirmières du centre des urgences psychiatriques de Neuchâtel de nous avoir reçus dans leur établissement afin de répondre à nos questions.

Nous remercions les expertes anonymes pour le temps qu'elles ont consacré à notre interview.

Nous remercions monsieur Gilbert Anthoine pour son temps consacré à la correction de l'orthographe et de la syntaxe de notre travail.

Nous souhaitons également saluer les bibliothécaires de la Haute École Arc à Neuchâtel et du Centre neuchâtelois de Psychiatrie, pour leur disponibilité et leur précieuse aide dans la recherche des articles.

Pour terminer, nous tenions à remercier nos proches pour leur soutien et leurs encouragements durant toute la réalisation de ce travail.

Chapitre 1 : Introduction

Ce travail est la conclusion de notre dernière année de formation Bachelor en soins infirmiers. Il nous est demandé de réaliser un travail assez conséquent qui a pour but de faire émerger un questionnement clinique professionnel et qui se présente sous la forme d'une revue de littérature. Nous avons pour consigne de rechercher dans des bases de données scientifiques des articles qui traitent de notre sujet afin de répondre à la question que nous avons formulée à partir de la problématique que nous avons choisie. Ces articles, au nombre de 15, devront être analysés et critiqués à l'aide de grilles de Fortin. Des résultats, nous pourrons tirer des recommandations pour la pratique. Ce travail servira à mobiliser et à développer notre regard critique.

Énoncer le plan du Travail de Bachelor

Ce travail sera structuré comme suivant: nous commencerons, en chapitre 1, par une introduction. Puis, dans le chapitre 2 de notre travail, nous discuterons de la problématique en lien avec notre thématique qui sera la suivante : "Quelles sont les interventions infirmières en matière de prévention de la violence pour des patients en psychiatrie adulte ? » Cette partie visera à exposer la façon dont notre question de recherche est survenue tout en la mettant en lien avec nos expériences et situations vécues dans le domaine de la santé. Il s'agira ensuite d'établir une question de départ qui sera la suivante: quelles sont les stratégies que les infirmières peuvent mettre en place pour prévenir la violence des patients envers les soignants dans une unité d'urgence psychiatrique? Nous la mettrons en lien avec les 4 concepts du

métaparadigme infirmier (Fawcett 2005) et avec les savoirs infirmiers (Carper 1978). Ensuite nous effectuerons une revue exploratoire de littérature grâce aux recherches sur les bases de données scientifiques et recueillerons l'avis et témoignage de différents experts. Des conclusions de ces recherches et interviews, nous pourrons avoir une idée plus précise de notre sujet et en dégager les concepts principaux qui seront précisés à la suite de cela. Nous indiquerons également, par ces précisions, en quoi cette problématique amène des perspectives et propositions pour la pratique. Dans le chapitre 3, nous définirons les principaux concepts retenus et nous parlerons de la théorie de Watson que nous avons choisie comme cadre théorique (Watson, J., Waingnier, C., Caas, L., & Bonnet, J. 1998). Le contenu du chapitre 4 concerne la méthode. Afin de clairement délimiter et préciser la question de recherche nous utilisons la méthode PICOT. Nous déterminerons ainsi de quel type de question il s'agit puis nous pourrons l'utiliser pour rechercher dans les bases de données Pubmed, Cinahl et Psychinfo à l'aide de leurs descripteurs spécifiques qui seront répertoriés dans des tableaux. Les articles retenus devront correspondre au meilleur niveau de preuve possible et ne pas dater de plus de 10 ans. Ils seront analysés à l'aide de la grille de Fortin, F. (2010). Cela nous permettra, dans le chapitre 5, de discuter de la synthèse des résultats et de faire le lien avec la question PICOT, puis de proposer des perspectives pour la pratique. Le dernier chapitre parlera de la conclusion de ce travail de Bachelor. Nous exprimerons les éléments facilitants et contraignants de ce travail et les limites à prendre en compte. Nous finirons

par des propositions sur quelles recherches mener derrière ce travail et quelles en sont les perspectives.

Chapitre 2 : Problématique

Survenue de la question de départ

Une des premières raisons pour laquelle nous nous sommes penchées sur le sujet de la violence, est qu'il est peu approfondi dans la littérature et très questionnant pour les soignants dans le domaine de la psychiatrie. Lors de nos stages en psychiatrie, les mesures de prévention contre la violence n'ont été que peu abordées quoique la violence soit bel et bien présente. Nous pensons donc que les mesures de prévention peuvent être réellement utiles dans la formation et sur les différents lieux de travail. De nombreux questionnements à propos de cette problématique ont émergé, nous amenant à la nécessité d'acquérir de nouvelles connaissances sur le sujet. De plus, depuis le début de la formation, nous portions également un intérêt particulier pour le domaine psychiatrique. La thématique de la prévention de la violence en psychiatrie est abstraite et mystérieuse. Elle est peu connue du grand public et un sujet tabou, qui engendre une certaine crainte ou incompréhension de la part des gens.

Nous nous intéressons également à élargir nos connaissances en vue d'acquérir des outils et compétences qui pourront être appliqués dans nos vies professionnelles et personnelles et ainsi nous aider à gérer certaines situations complexes dans le futur. En effet, nous entendons très souvent parler des outils pour se protéger contre les infections ou les liquides biologiques, mais très peu de mesures potentielles de protection contre des actes de violence, ou encore l'anticipation de l'agressivité qui y est induite.

L'une d'entre nous a effectué un stage au Centre neuchâtelois de Psychiatrie, elle n'a pas eu affaire à des violences physiques à proprement parler, car dans cette unité, les patients pris en charge étaient relativement stabilisés. Par contre, elle a été victime de violences verbales à quelques reprises, dont une qui l'a beaucoup affectée. Ses collègues de l'unité lui ont donné pour unique conseil de garder un ton calme lors d'une attaque verbale, dans le but de faire descendre automatiquement celui du patient. Elle a donc imaginé que la violence verbale est quelque chose qu'on peut relativiser avec l'expérience, mais elle ne pense pas qu'on puisse s'y accoutumer. La technique que lui ont conseillée ses collègues est efficace pour ne pas envenimer la situation, mais n'empêche pas l'acte de violence d'avoir lieu. Elle s'est donc questionnée sur les moyens qui existaient pour anticiper et désamorcer la violence avant que celle-ci n'atteigne le soignant, qui, d'après elle, ne devient jamais insensible à ce genre d'attaque.

Par ailleurs, l'institution avait pour projet de supprimer les CSI (Chambre de Soins Intensifs), mais n'a rien proposé en remplacement. L'interrogation s'est portée sur la pertinence de supprimer un moyen de mise à l'abri du patient en décompensation, qui pourrait être potentiellement dangereux pour lui-même et pour les professionnels de l'unité.

Ces questionnements rencontrés au cours de son stage la laissent penser que la violence en psychiatrie n'est pas une problématique qui a une

prise en charge ciblée, et que sa prévention et gestion sont encore des défis actuels en psychiatrie, quel que soit le type d'unité.

Une autre d'entre nous, ayant également effectué un stage au CNP, a rencontré des patients souffrants de troubles psychotiques et a pu comprendre la nécessité et le rôle des chambres de soins intensifs pour la prise en charge des patients susceptibles de commettre un acte de violence, que ce soit envers eux-mêmes ou envers autrui. Durant le stage, une agression envers une soignante s'est malheureusement produite dans une chambre de soins intensifs. Les discussions qui ont suivi cette situation dans le cadre de l'équipe ont révélé notamment que la distance physique trop faible aurait contribué à déclencher l'agression. On peut relever que cet événement s'est produit malgré les précautions mises en place lors des prises en charge des patients isolés en CSI, telles que la présence obligatoire de deux soignants, le bip d'urgence à portée de main, etc. Néanmoins, la situation a pu très vite être prise en charge car l'équipe soignante présente est venue interagir pour séparer la patiente de la soignante. Par la suite la patiente a reçu un traitement médicamenteux qu'elle accepta de prendre et est restée isolée dans la chambre.

Cette situation l'a beaucoup interrogée sur l'explication et la raison de cette agression. Elle a pu comprendre que des outils de sécurité sont mis en place et que des mesures de préventions contre les agressions sont à respecter, telles que la distance physique et le ton de la voix pour reprendre

l'exemple donné des professionnels. Néanmoins, cela n'explique pas et ne prévient pas pour autant la nature de l'acte de violence verbale ou physique. Nous trouvons alors qu'il est d'autant plus intéressant de réaliser des recherches approfondies sur la nature de la violence en psychiatrie de l'adulte, afin de pouvoir réellement prévenir l'acte de violence et non uniquement s'en protéger.

Pour ce faire, nous allons faire un état des lieux des recherches traitant cette thématique dans la littérature actuelle. Après réflexion et d'un commun accord, la thématique de notre travail de Bachelor va être davantage orientée de la manière suivante: **quelles sont les interventions infirmières que les infirmières peuvent mettre en place pour prévenir la violence des patients envers les soignants en psychiatrie de l'adulte ?**

Pertinence pour la discipline infirmière

Afin d'illustrer la pertinence de notre problématique pour la discipline infirmière, voici les définitions des quatre concepts des métaparadigmes que nous avons mis en lien avec notre thématique.

- **L'être humain**

Ce concept se réfère aux individus, et englobe la culture, les familles, les communautés et d'autres groupes ou agrégats qui participent aux soins infirmiers.

L'être humain est considéré comme un tout réagissant à son environnement. En effet, en référence à notre thématique, dans des situations de violences en psychiatrie de l'adulte, l'individu est touché en premier lieu, mais sa famille, son entourage, son environnement et les personnes participant à sa prise en charge telle que l'équipe soignante, le sont également.

Dans le milieu psychiatrique, il est parfois difficile d'interagir avec les patients qui ne sont parfois pas en mesure d'exprimer leurs besoins ou qui présentent des symptômes d'instabilité émotionnelle, ne supportant pas la frustration. D'où l'importance de le considérer dans son ensemble pour prévenir la violence.

- **L'environnement**

D'après Pépin, Kérouac et Ducharme (2010), l'environnement regroupe différents contextes, cultures locales, régionales, nationales et mondiales, conditions économiques, sociales, et politiques, dans lequel et avec lequel évolue l'être humain. L'environnement est un facteur qui influe sur le développement de comportements violents. En effet, la violence provient d'une frustration qui peut être causée par des éléments extérieurs, et qui, si

elle n'est pas désamorcée, peut mener à des comportements violents. Il est donc important, dans la prévention, de diminuer les facteurs environnementaux susceptibles de générer une frustration chez l'individu. Dans ces facteurs environnementaux, en rapport avec notre thématique, on peut retrouver un manque d'écoute de la part des soignants, une mesure de contention non adaptée, ou la privation d'un besoin/ d'un plaisir par exemple.

- **Santé**

Ce concept se réfère à la progression de l'humain et aux processus de la vie à la mort. C'est un idéal, un " état stable hautement désirable" (Pépin, Kérouac et Ducharme 2010, p. 39).

Dans notre thématique, la santé peut être considérée comme l'absence de violence, ou un désamorçage de celle-ci. Elle permet d'éviter une atteinte à l'intégrité psychologique ou physique de l'être humain. Dans le cadre de la prévention de la violence des patients en psychiatrie de l'adulte, le patient serait en bonne santé en se sentant écouté, en étant en accord avec son environnement, en subissant le moins possible de frustration, en ayant une relation de confiance avec le personnel soignant. Si la violence est prévenue, le patient serait également exempté du sentiment de culpabilité probable qui peut en résulter, et qui pourrait avoir un impact négatif sur son estime de soi.

Il s'agit également ici de la santé au travail du soignant, qui, au travers de la prévention de la violence, serait moins la cible de violences et donc moins sujet au stress, à la peur, et à la culpabilité.

- **Soins infirmiers**

Ce métaparadigme se réfère à la définition des soins infirmiers, c'est-à-dire, les actions faites par les infirmiers/ères en adéquation avec les êtres humains, ainsi que les buts et résultats de leurs interventions.

En lien avec notre thématique, les soins infirmiers seraient définis par les interventions de prévention ou de désamorçage de la violence. Elles passeraient par le fait de limiter la frustration du patient en adaptant son environnement, en étant attentif à ses besoins et en prenant en compte les symptômes liés à sa pathologie dans la compréhension de son comportement. Cela nécessite des capacités d'observation, d'écoute, d'analyse et de communication de la part du soignant. En effet, cette dernière est la première étape pour créer un lien de confiance avec le patient. Si l'agressivité est déjà présente, l'intervention infirmière consisterait notamment à la désamorcer avant que l'acte violent ne survienne. Ce sont ces différentes techniques d'intervention que nous allons approfondir dans la suite de notre travail.

Afin d'appuyer davantage l'intérêt de notre sujet pour la pratique infirmière, nous mettons en lien la thématique avec les savoirs ci-dessous.

- **Le savoir empirique**

L'empirisme repose sur le postulat que l'expérience des sens est à la base de toute connaissance, que tout peut être observé et vérifié par l'observateur. D'après Pépin, Kérouac et Ducharme (2010), le savoir empirique est basé sur la recherche scientifique qui permet d'expliquer les phénomènes à l'aide de méthodes scientifiques et de test d'hypothèses qui ensuite sont validées dans la pratique des soins infirmiers.

C'est le savoir le moins sujet à la subjectivité. Il repose sur trois étapes principales: décrire le phénomène, lui donner une explication et ensuite pouvoir le prédire.

Ce savoir sera fortement mobilisé au travers des recherches pour rédiger le travail du groupe. En effet, les interventions de soin en matière que nous recenserons en matière de prévention de la violence seront basées sur des expériences empiriques tirées de la littérature, ou du vécu de professionnels rencontrés lors de nos stages.

Dans notre thème, il est question de la recherche d'interventions de soins les plus pertinentes et efficaces afin de prévenir la violence. Il est donc nécessaire que l'infirmier/ère puisse prendre du recul et évaluer les interventions qu'elle met en place par le biais de ses sens qu'elle élabore des hypothèses et puisse adapter ses interventions en fonction des résultats perçus directement dans sa pratique. Avant tout, il est important que

l'infirmier/ère mette en place des interventions en se basant sur des expériences de la littérature scientifique ayant prouvé leur efficacité. Cela lui permet d'être assurée que ce qu'elle fait dans sa pratique est basé sur des connaissances probantes, et qu'il est prouvé que l'intervention qu'elle mène est la plus efficace parmi celles qui sont connues dans la littérature et les expériences effectuées jusqu'à ce jour.

- **Le savoir éthique**

Selon Carper, le savoir éthique comprend les obligations morales, les valeurs définies comme morales ou immorales ainsi que la finalité des interventions de soins. Ainsi, le questionnement éthique se fonde tout d'abord sur l'identification et clarification des croyances et valeurs propres à l'individu ou groupes. D'où la complexité de l'aboutissement d'un jugement éthique. En effet, les valeurs détenues par les individus sont confrontées et souvent opposées.

Le mode éthique repose alors sur des théories et des principes éthiques permettant d'aboutir à un raisonnement. En effet, il aide à identifier les différents points de vue, ainsi que les alternatives possibles concernant la résolution de la situation en question.

Dans le cadre de notre thématique, le savoir éthique peut être retenu en regard des moyens et traitements d'urgence lors des admissions de patient en état de crise. En effet, selon l'état de la personne et la dangerosité qu'elle

comporte envers elle-même ou envers le soignant, certains moyens actuels peuvent être considérés comme radicaux, tels que les injections intramusculaires de tranquillisants en urgence et l'isolement de la personne en chambre de soins intensifs. C'est ainsi que le savoir éthique de l'infirmier/ère rentre en matière. Il permet, dans les situations de violence, d'analyser les valeurs des différents partis, amenant à clarifier et comprendre ce qui se cache derrière l'agressivité du patient, et quelles sont les interventions adaptées, faisant suite au raisonnement éthique.

- **Le savoir personnel**

Pépin, Kérouac et Ducharme (2010) nous expliquent que le mode personnel s'appuie sur l'expérience personnelle de l'infirmière, qu'il "englobe la compréhension subjective de soi et de l'autre, ou ce que l'infirmière connaît d'elle-même, tant par son intellect que par son intuition qui lui permettent de comprendre de façon sensible une situation de soins donnée." (p. 17).

Dans les soins en général et d'autant plus dans les situations de violence, il est très important que le soignant acquière une connaissance de lui-même afin de pouvoir accepter autrui et ses comportements. La recherche d'authenticité permet au soignant de comprendre la signification qu'il donne à l'acte de violence et d'accepter la manière dont il le vit, pour pouvoir ainsi réagir de manière fidèle à ses valeurs et à ses caractéristiques d'être humain, tout en accueillant l'expérience et en restant dans l'intention d'aider l'autre. Le

but final étant de mieux se connaître soi-même afin de mieux connaître l'autre pour ainsi favoriser une communication efficace et le désamorçage de la violence.

Plus spécifiquement lorsqu'une situation de violence a lieu, il est primordial pour le soignant qu'il se connaisse, afin de faciliter l'acceptation de ses émotions pour éviter qu'elles ne parasitent la relation soignant soigné. Le soignant doit également, dans des cas de violence, être doté d'une capacité d'introspection, qui lui permette, en dehors de ses heures de travail, de revenir sur l'événement, de comprendre ce qu'il pourrait améliorer et ce qui se cache derrière certaines de ses réactions. Ceci toujours dans une perspective d'une meilleure connaissance de soi.

- **Le savoir esthétique**

Le savoir esthétique, décrit l'importance de chercher à comprendre la spécificité du ressenti et de la vision d'une situation d'un bénéficiaire de soins. Dans le contexte de notre thématique de prévention de la violence, une compréhension des conditions et événements déclencheurs et une connaissance des manifestations et des signes précurseurs sont primordiales afin de pouvoir mettre en place à temps des interventions.

“Le mode esthétique, ou l'art des soins infirmiers, fait référence à l'appréciation de la signification d'une situation et nécessite des ressources

créatives pour rejoindre l'autre profondément et rendre possible ou transformer une expérience." (Pépin, Kérouac et Ducharme 2010, p. 18).

L'art de ce savoir consiste à s'efforcer de voir les événements au travers des yeux de la personne. La compréhension de la situation ainsi acquise permet de répondre plus adéquatement aux besoins et mettre en place des interventions infirmières plus efficaces et spécifiques. Savoir déceler chez l'autre les signes généraux annonciateurs de violence qui sont applicables de manière générale, mais également ceux qui lui sont propres.

Les travaux de Carper nous expliquent que trois étapes composent l'application de cet art : être engagé dans la situation, en avoir une interprétation et ensuite, la projeter.

Revue exploratoire de la littérature et avis d'experts

Dans ce chapitre, nous allons dresser une revue de littérature afin de développer et comprendre la thématique. Dans un premier temps nous exposerons l'avis des professionnels que nous avons interviewés. Puis, dans un second temps, nous exposerons un état des lieux de la littérature par rapport à notre sujet.

○ Interviews

L'une des professionnelles de la santé que nous avons interviewée a treize ans d'expérience pratique dans le domaine de la psychiatrie générale (admission crise, formation en santé publique, prise en charge des patients toxicomanes, schizophrènes et psychotiques). La seconde a travaillé en psychiatrie de l'adulte au Centre neuchâtelois de Psychiatrie durant une année suite à l'obtention de son diplôme. Les dernières sont des infirmières du CNP exerçant actuellement au centre des urgences psychiatriques (CUP).

Toutes deux ont été confrontées à de la violence verbale venant des patients : insultes, projections de problèmes personnels, mais également venant de soignants dans le cadre de contre-transferts. Elles expliquent aussi avoir été exposées à de la violence physique comme des objets lancés, coups de pied, attaque au couteau lors d'une admission, agression d'un médecin, comportements autoagressifs, tentamens, etc.

Selon elles, la violence, qu'elle soit de l'ordre du verbal ou du non verbal, comprend tout acte qui rompt la notion de sécurité psychologique et physique de la victime. Elles différencient cependant agressivité et violence. Tout serait dans l'intention. S'agit-il d'une intention délibérée de faire du mal à l'autre ? L'épisode de violence a-t-il lieu lors d'une crise ? Le patient a-t-il sa capacité de discernement au moment de la crise ? Agit-il dans le but de se défendre ? En effet, la violence pourrait être un mécanisme de défense impulsif qu'on

utilise, car on n'a pas d'autres moyens de s'exprimer sur le moment présent. Les situations de violence qu'elles ont vécues sont fréquemment des expressions de tensions internes. Elles impliquent souvent des patients dans des situations de soins complexes qui ne se retrouvent pas dans des structures toujours adaptées à leurs besoins. Ces patients sont ainsi très régulièrement transférés d'un établissement et d'un service à un autre et nécessitent la présence systématique d'un soignant; une attention constante qui peut engendrer une tension importante dans l'équipe. Les séjours prolongés jouent également sur la patience de l'équipe et sur la distance professionnelle, qui, si elle est diminuée, peut plus facilement laisser place à des actes de violence du soignant envers le patient et vice versa.

Les facteurs qui réduisent le risque de comportements violents, d'après leurs expériences, sont des équipes formées (connaissances pures, techniques de désamorçage physique) avec des formations internes avec rappels pour tous les collaborateurs, un effectif suffisant, une bonne collaboration interprofessionnelle au sein de l'unité, des méthodes de communication adaptées, l'application des protocoles systématiques, une médication adaptée, une équipe soudée, une bonne coordination avec les différentes unités et avec la police, un relai toutes les heures/toutes les 2 heures (moyens institutionnels), une adaptation des prises en charge aux besoins du patient.

En ce qui concerne l'autoagressivité (tentamen, automutilation), elles expliquent que la surveillance rapprochée est utile pour diminuer les risques,

avant et après le passage à l'acte, de même que l'évaluation au quotidien, qui aiderait à savoir si le patient doit avoir un cadre ouvert, ou fermé et sortir seulement sous surveillance. La prévention est étroitement liée à l'observation.

Prévenir fait partie du rôle infirmier, notamment par l'observation, la gestion des dynamiques de groupe et l'observation des étapes de la violence. Il est nécessaire de repérer tout changement de comportement, de regarder le patient au travers de l'évaluation de son état mental, son apparence, son comportement, en connaissant sa pathologie et à quel niveau il se situe dans son processus de rétablissement.

Les patients peuvent eux-mêmes mettre en place des stratégies pour éviter le passage à l'acte en travaillant sur leur connaissance d'eux-mêmes et sur les éléments déclencheurs. Le but est que le patient puisse se gérer à l'hôpital, mais aussi au quotidien, à domicile.

Dans le processus de gestion de l'acte, on trouve aussi la notion du non négociable. Lorsqu'il s'agit d'un patient ayant sa capacité de discernement, poser un cadre et des règles, donner des limites sur lesquelles on ne déroge pas est très important. Le cadre sécurise les patients tout en laissant une marge de manœuvre. Il est lié au règlement de l'unité, aux programmes thérapeutiques et aux règles des activités : il est important de définir ce qu'il se passe si le patient ne les respecte pas.

La plus ancienne des personnes que nous avons interviewées trouvait que l'agressivité et les tensions avaient lieu en particulier avec les toxicomanes en sevrage, mais que les situations de violences auxquelles elle a assisté ont, de manière générale, toujours bien été gérées et se sont bien terminées. Lors de sa pratique professionnelle, il y avait peu de situations de violence, elle en déduit que les moyens mis en place devaient être efficaces. La structure était le rythme du patient, il avait plus de liberté en situation de crise, il devait récupérer avant d'avoir un rythme.

À cette époque, il y avait la formation APIC (Approche Préventive Intervention Contrôlée), qui était proposée à l'interne et destinée à tout corps de métier confondu. Chaque année, tous les membres des équipes étaient formés (quatre jours de formation et un jour de rappel l'année suivante) à désengager, à prévenir et à désamorcer la violence. Ils travaillaient sur l'observation des patients, la gestion du groupe et sur de possibles altercations entre les patients avec également des analyses de pratique tous les 15 jours au cas par cas. Elle explique que depuis son temps de pratique, il y a eu une évolution en termes de prestations, une diminution des effectifs, l'arrivée d'ASSC et ASE, etc., tandis qu'à l'époque les infirmiers en psychiatrie avaient une formation spécifique, se connaissaient entre eux et se transmettaient oralement des savoirs. Actuellement, le changement constant des équipes à compositions multiples pourrait être un des facteurs qui expliqueraient l'augmentation de la violence de nos jours. Il est donc nécessaire de trouver

de nouvelles manières de travailler selon elle. Elle s'interroge également sur les moyens par lesquels on pourrait poursuivre ce passage de la compétence orale dans les équipes, au quotidien. Pour elle, les réformes sont de l'ordre de l'obligation et de la sécurité des équipes. Elles doivent être pensées en matière de formation continue pour diminuer les risques d'une équipe.

Selon l'expérience actuelle de la plus jeune personne des deux personnes que nous avons interviewée, la violence verbale est quotidienne dans le service de psychiatrie où elle travaillait, et la violence physique se produisait une à deux fois par semaine. Selon elle, pour gérer la violence verbale, il est recommandé de pratiquer de l'écoute active, d'adopter une posture non verbale adéquate et de laisser le temps au patient de redescendre. Cela permet de désamorcer la violence et, une fois apaisé, d'en comprendre les raisons.

Dans son service, au niveau de la gestion de la violence physique, il y avait la formation RADAR qui enseigne comment mobiliser un patient en équipe pour une méthode contenant et non-violente. Selon la professionnelle jeune diplômée, l'enjeu et la complexité de la violence en psychiatrie de l'adulte sont vraiment ressentis, c'est une remise en question quotidienne. Chaque situation est différente et les prises en charge changent tout le temps en fonction du patient et de l'équipe.

Nous avons également été reçues par deux soignantes du CUP (Centre d'Urgences Psychiatriques) qui ont pu répondre à nos questions. Afin de mieux cerner les problématiques auxquelles elles sont susceptibles de faire face au sein de leur unité, nous allons tout d'abord préciser le contexte des urgences psychiatriques.

Une unité d'urgence psychiatrique accueille d'après P. Juillet (2000), des patients "en état critique, souvent dangereux, ressortissant à une affection psychiatrique ou, surtout chez l'enfant et l'adolescent, à une situation de conflit, de tensions internes, de détresse, d'origines extrêmement variées, parfois à la limite du pathologique, et nécessitant une prise en soins rapide." Il peut s'agir de patients présentant un état confusionnel aigu ou délirant provenant d'une cause organique à investiguer, d'une exacerbation de crises chez un schizophrène ou délirant chronique connu, d'une décompensation émotionnelle, ou encore une problématique de manque chez un toxicomane.

Selon P. Juillet (2000), les urgences psychiatriques sont habituellement admises à l'hôpital général, et constituent 10 à 30% des urgences. Environ 70% d'entre elles nécessitent d'être hospitalisées. Pour les 30% restants, une intervention brève de quelques heures est souvent suffisante. Elle consiste en l'écoute du patient, aux contacts avec les proches, à l'évaluation et à la dédramatisation de la situation, à l'administration d'anxiolytiques et de sédatifs, etc.

Voici donc, ci-dessous, ce que nous avons retenu de notre entretien avec deux infirmières du CUP :

Les infirmières du CUP relèvent des niveaux de tolérance différents face à l'agressivité. Tous les soignants ne se sentent pas forcément agressés face aux mêmes situations. De plus, le fait d'être "agressé" par une personne ayant une pathologie psychiatrique et des troubles du comportement associé n'a pas le même impact sur les soignants, car elle n'est pas dirigée contre leur personne. Par exemple, le fait que la violence provienne d'une personne psychotique permet aux soignants de ne pas la prendre personnellement, mais plus comme une manifestation de sa maladie. L'expérience joue également un rôle variable dans la gestion de la violence. Au sein du CUP, les soignants expérimentés ne vivent pas la chose de la même façon, c'est une expérience individuelle.

Elles expliquent également qu'il y a des patients qui reviennent à plusieurs reprises et qu'ils sont ainsi connus du service. C'est pourquoi une certaine relation entre le patient et les soignants est établie. C'est un élément important, car cette relation avec le patient facilite la prise en charge et limite les événements soudains et les imprévus, tels qu'une crise de violence.

Les gens qui viennent sont plutôt démunis, angoissés, ils sont en souffrance. Il s'agit donc rarement de la violence gratuite. Les manifestations potentielles d'agressivité dépendent beaucoup de notre attitude et de l'habileté

à calmer leur anxiété. Il est primordial de toujours respecter les distances interpersonnelles de sécurité, de ne jamais tourner le dos, d'essayer de ne pas avoir une attitude de menace, de ne pas bloquer les sorties pour que la personne ne se sente pas prise au piège, mais au contraire dans un environnement rassurant. Autrement dit : "Si on se sent en sécurité, on donne une sensation à l'autre de sécurité". Les langages non verbaux et para verbaux, ainsi que notre positionnement, sont très importants. En effet, nos interlocutrices expliquent qu'il faut éviter de s'interposer, car cela peut se retourner contre nous. Dans ces moments, le sens de l'observation est primordial.

Elles abordent également l'importance d'une bonne collaboration au sein de l'équipe. "Toujours savoir où sont nos collègues, communiquer, et partager nos observations sont essentiels". "On n'est jamais tout seul face à la violence". Se former les uns les autres et utiliser les compétences de chacun sont des qualités pour prendre en charge des patients aux urgences psychiatriques.

Elles précisent que le rôle du soignant n'est pas de contraindre physiquement, ce rôle incombe à la police. En effet, notre rôle est de soigner. Si le patient vient avec la police, l'infirmière doit s'assurer que la personne soit collaborante avant le départ de la police. En effet, le cadre est important. Il est possible de confronter la personne une fois que la tension est redescendue,

mais l'infirmière ne doit pas se mettre en danger en s'interposant physiquement lors d'une entrée au CUP, ce rôle étant celui de la police.

Dans le cas de situations problématiques, l'équipe va chercher à identifier les éléments perturbateurs et entravant la prise en charge. Pour ce faire, l'équipe met en place des temps de parole réservés à ce genre de situation. Ainsi, des remises en question sur la prise en charge sont évoquées pour se recentrer sur l'évolution de l'état du patient et les alternatives nécessaires pour favoriser celui-ci.

En ce qui concerne le soutien des collaborateurs du CUP, la hiérarchie propose des consultations pour les professionnels. Elle met également à disposition des groupes de débriefing sur des événements ayant pu causer des psycho-traumatismes.

Concernant la prise en charge de la violence à proprement parler, la formation actuelle au CNP s'intitule "RADAR". Il s'agit d'une méthode fondée par L.Regeer, qui enseigne une maîtrise de l'agitation psychomotrice d'un ou une patient-e avec une méthode de maintien physique ferme. L'acronyme RADAR englobe les actions suivantes:

1. Évaluer le Risque de passage à l'acte violent (par ex. l'échelle DASA/ BVC (Broset Violence Checklist) /HCR-20 (Historical-Clinical-Risk Management-20) /HoNOS etc.)
2. Anticiper les caractéristiques de la violence imminente et les nommer

3. Diagnostiquer (constater) le risque de violence envers les autres et déterminer le résultat recherché
4. Analyser et planifier des mesures d'actions et les interventions
5. Réagir de façon professionnelle avec une méthode reconnue comme le « Contrôle et maîtrise physique » en équipe puis enregistrer l'incident.

Dans cette formation, les techniques de maîtrise d'un patient violent sont enseignées de façon à ne blesser ni le patient ni le personnel soignant. Le processus est organisé et non précipité et est centré sur les questions suivantes: "Qui fait quoi, où et comment ?"

L'important est d'agir vite et bien, tout en maintenant un dialogue cohérent et non violent afin de désamorcer la crise tout en restant en communication. En effet, dès que la communication est perdue, il y a un risque de manifestation de violence (attitude défensive). Dans ces cas-là, il est aussi important de connaître les personnes-ressources des patients qui peuvent potentiellement les calmer et les rassurer.

Les soignantes interrogées nous ont donné quelques pistes concernant des attitudes à adopter afin de prévenir la violence, notamment investir la personne, l'interroger, et identifier les émotions ressenties à propos de l'état du patient afin de pouvoir lui en faire part: "Je ressens que vous êtes frustré, est-ce que j'ai raison ? Est-ce que je me trompe ? » Il est nécessaire d'accueillir la personne comme elle est, et nous avons besoin d'elle pour comprendre son

état. Cette posture pourrait s'inscrire dans la théorie du Caring, qui décrit une philosophie de prise en charge qui nous semble adaptée à la prévention de la violence. Il s'agit d'une approche définie par Watson, que nous décrirons dans le chapitre 3.

Afin d'appuyer ces témoignages de professionnels, nous avons effectué une revue de littérature recensant les derniers résultats de recherche liés à notre thématique. Nous avons décidé de structurer l'état des lieux par différents éléments qui se sont démarqués dans les recherches réalisées.

- **La complexité du problème, son impact actuel sur le système de santé**

D'après l'OMS (2002),

Une étude commune OIT/CII/OMS/ISP indique que partout la violence incite les agents de santé à abandonner leur profession et l'offre en soins de qualité s'en ressent. [...] Au-delà des frontières, des cultures, des conditions de travail et des groupes professionnels, la violence dans les services de santé est une épidémie qui touche toutes les sociétés, y compris celles des pays en développement. [...]

Elle montre que plus de la moitié du personnel de santé interrogé a été victime au moins une fois de violence physique ou psychologique au cours de l'année précédente. [...] La consultation a abouti à la conclusion que la violence psychologique avait une forte prévalence. [...] En outre, le stress inhérent à la restructuration de nombreux systèmes de santé est un facteur majeur qui contribue à la violence dans ce milieu. [...] Dans la plupart des pays étudiés, il n'y avait pas de directives spécifiques aux lieux de travail pour éviter ou réagir à la violence. Cette situation entraîne une notification inférieure au nombre des incidents, un suivi insuffisant de ceux qui sont signalés, l'absence de sanction pour leurs auteurs et le mécontentement des victimes.

Fluttert, F. A. J., Van Meijel, B., Van Leeuwen, M., Bjørkly, S., Nijman, H., & Grypdonck, M. (2011) nous expliquent que les infirmières dans les unités psychiatriques sont souvent confrontées à l'agressivité des patients hospitalisés et qu'il est difficile de déterminer les causes exactes de l'agressivité de l'individu.

Selon Stubbs, B. (2009) l'agressivité touche principalement les unités de psychiatrie, de gériatrie et d'urgence

Pour Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015), ce sujet devient une préoccupation grandissante, car le personnel infirmier est très exposé à la violence (la majorité des infirmiers feront l'expérience de la violence au cours de leur carrière, peu importe leur domaine de pratique). Les auteurs expliquent également l'importance de cette problématique par les conséquences engendrées telles que les atteintes physiques et psychologiques des individus ainsi que les coûts financiers induits. Bowers et coll., 2011; Lozzino et coll., 2015 renforcent ces propos en observant que les événements violents et agressifs se produisent couramment dans les milieux de santé mentale à l'échelle internationale.

Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). démontrent dans leurs statistiques qu'un travailleur sur dix a déclaré avoir été victime d'agression physique, qu'un tiers a été exposé à de la violence verbale au travail et que les professions les plus touchées sont les infirmiers-ères et les médecins dans

les unités de psychiatrie et d'urgence. L'agression verbale est un événement courant dans les services psychiatriques, plus encore que l'agression physique (Arnetz & Arnetz 2001 ; Kay et al. 1988; Rippon 2000), le personnel étant les victimes les plus fréquentes (Stewart & Bowers 2013).

D'après leurs recherches, Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015) ont relevé un faible niveau de connaissances ainsi qu'un manque d'instruments de mesure et de protocoles standardisés.

Nous pouvons alors déduire de ces écrits que l'agressivité fait l'objet d'une problématique complexe actuelle et qu'elle touche en particulier les secteurs de psychiatrie. Ces résultats de recherche nous amènent à nous poser la question des raisons pour lesquelles les actes de violence augmentent et des moyens qui seraient efficaces pour les diminuer. Ils expliquent la complexité de ce type de prise en charge et l'augmentation des interactions violentes dans la relation soigné-soignant. Le manque de formation et d'outils démontre la nécessité de se pencher sur la recherche de nouvelles approches pour la pratique infirmière.

- **Facteurs déclencheurs de la violence**

Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015) ont appuyé différentes caractéristiques de la violence. À travers leur article, ils

ont expliqué que les comportements dits violents sont visibles, mais certains, tels qu'un regard, peuvent également constituer une forme de violence.

Ils ont également déterminé différents facteurs favorisant l'acte de violence, notamment chez :

Les hommes de moins de 40 ans souffrant de troubles psychotiques, bipolaires, ou ayant des comportements d'abus de substances.

Les personnes ayant des antécédents de violence, judiciaire ou un passé dans un milieu hospitalier psycholégal.

L'organisation de l'unité; selon les pratiques qui sont mises en place, règlements, protocoles, etc.

L'environnement physique; agitation régnant dans le service se manifestant par des allées et venues de personne, les bruits, l'éclairage, etc.

La proximité des patients dits somatiques et psychiatriques favorisant l'interaction.

Un avis en partie partagé par Wong, A., Wing, L., Weiss, B., & Gang, M. (2015), qui soulignent également que les facteurs biomédicaux (notamment les pathologies), facteurs externes (notamment comportement personnel), perspectives situationnelles (notamment contexte, situation) influencent le comportement agressif et l'acte de violence.

Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012) mentionnent que le contrôle du travail, le soutien social, la justice organisationnelle sont des facteurs de protection de la violence dans les unités.

Blando, J. D., O'Hagan, E., Casteel, C., Nocera, M. A., & Peek-Asa, C. (2013) partagent également les éléments cités précédemment. Ils soulignent de plus que la population gériatrique présente davantage de risques de violence de par les démences (qui prédisposent à des comportements violents) et que certaines interventions telles que la toilette intime (envahissant l'espace personnel du patient) présentent un risque plus élevé d'agression.

De tous ces écrits, nous pouvons déduire que les recherches présentent des idées communes concernant les facteurs déclencheurs de la violence. Leur grand nombre démontre la complexité de la prise en charge et la nécessité de les prendre en compte pour améliorer la qualité des interventions, ainsi que pour limiter leurs conséquences.

- **Conséquences sur la santé psychologique**

Les études de Wong, A., Wing, L., Weiss, B., & Gang, M. (2015) montrent que les prestataires de santé peuvent éprouver de la peur et de l'anxiété lorsqu'ils sont amenés à rencontrer des patients ou visiteurs potentiellement violents. Cette crainte allant parfois jusqu'au refus de prendre en charge certains patients ou visiteurs.

Blando, J. D., O'Hagan, E., Casteel, C., Nocera, M. A., & Peek-Asa, C. (2013) parlent de la différence de perception de la sécurité au travail suivant les contextes. Par exemple aux urgences la perception de sécurité est plus négative qu'en contexte psychiatrique, car les patients ne sont pas stables, pas connus du personnel, tout le monde peut y rentrer et les infirmières sont moins formées à désamorcer sur le point de vue relationnel, par rapport à un secteur psychiatrique.

L'agression verbale peut être aussi dommageable sur le plan psychologique que l'agression physique ; Flannery et ses collaborateurs (1995) ont signalé que les victimes de menaces verbales présentaient des symptômes semblables à ceux du syndrome de stress post-traumatique et qu'elles avaient des effets négatifs aussi longtemps que 10 jours après l'incident.

Pour appuyer ces propos, il est intéressant de parler des conséquences de la violence au travers des articles pénaux dans le contexte psychiatrique.

Les articles du Code pénal qui définissent les lésions corporelles les séparent en différentes formes: les lésions corporelles graves, punies d'office: (Art. 122), elles concernent les mutilations corporelles ou causé une incapacité de travail, une infirmité, une maladie mentale ou une défiguration importante. Les lésions corporelles simples, punies sur plainte (Art. 123), sont relatives aux autres atteintes à l'intégrité corporelle ou à la santé. Les lésions corporelles par négligences (Art 125) et les voies de fait (Art 126) sont punies d'une

amende et couvrent les gestes désagréables qui ne causent pas de lésions corporelles ni d'atteinte à la santé, mais qui néanmoins ont une intention agressive, tels que par exemple, griffures, gifles ou pincements. Concernant la mise en danger de la vie ou de la santé d'autrui, l'article 127 (Exposition) explique que celui qui a la responsabilité d'une personne dans l'incapacité de se protéger elle-même et qui "l'aura exposée à un danger de mort ou à un danger grave et imminent pour la santé, ou l'aura abandonnée en un tel danger" ou celui qui aura mis autrui en danger de mort imminent (Art. 129), sera poursuivi et risque une peine privative de liberté de cinq ans ou d'une peine pécuniaire.

Dans l'article 128 traitant de l'omission de prêter secours, il est cité : "Celui qui n'aura pas prêté secours à une personne qu'il a blessée ou mise en danger de mort imminente, alors que l'on pouvait raisonnablement l'exiger de lui, sera puni." Il risque une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. Celui qui aura pris part à une bagarre (Art. 133) qui aura causé la mort ou des lésions corporelles sera également puni d'une peine de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. En revanche il paraît normal que celui qui se sera contenté de repousser une attaque, défendre autrui ou à séparer les combattants ne soit pas punissable.

Certains facteurs, tels que la symptomatologie et la pathologie du patient, vont finalement à l'encontre des articles pénaux. En effet, l'approche juridique peut être remise en question s'il s'agit par exemple d'une personne

schizophrène, ayant de nombreux symptômes (idée de persécution, hallucinations ...) qui l'ont amené à agresser une personne. Suivant la pathologie, l'acte de violence n'est pas analysé de la même manière que pour une personne n'ayant pas de pathologie psychiatrique.

Afin de limiter ces conséquences qu'on peut qualifier de graves, la littérature recense quelques suggestions de stratégies qui permettraient de prévenir la violence dans les soins.

- **Introduction à la prévention de la violence dans les soins**

D'après Stubbs, B. (2009), pour éviter les épisodes de violence le personnel pourrait être formé pour utiliser la manipulation douce et sûre ainsi que des techniques d'immobilisation du patient agressif. L'identification des facteurs, par exemple les antécédents pouvant augmenter le risque de douleur ou blessure lors de mesures de contentions et de restriction de liberté de mouvement, serait également un moyen de prévenir la violence du patient.

D'après Wong, A., Wing, L., Weiss, B., & Gang, M. (2015), une approche fondée sur le travail en équipe, avec une formation ciblée du personnel, aurait un résultat positivement significatif dans la diminution de la violence. En effet, l'élaboration d'un programme d'étude interprofessionnel (infirmières, médecin, policier) a permis l'amélioration du travail en équipe et de l'attitude du personnel en regard de la violence basée sur la simulation. L'amélioration de l'attitude des prestataires et l'amélioration de la

compréhension des facteurs menant à la violence des patients a engendré un impact significatif sur l'atténuation des agressions, ce qui est directement lié à un meilleur climat de sécurité au travail.

D'après Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012), si les aides psychosociales dans les institutions ou l'appui des supérieurs sont renforcés, cela améliore grandement la gestion de la violence et sa perception et ainsi peut diminuer les conséquences négatives sur la psychologie du soignant.

La Haute Autorité de Santé (2016) a publié un guide d'outil destiné à l'équipe de soins pluridisciplinaire pour l'amélioration des pratiques qui est notamment mis à disposition sur les bases informatiques des unités de l'hôpital psychiatrique de Préfargier (NE). L'outil est présenté en 5 parties et a pour but de mieux soigner en connaissant le patient, en reconnaissant sa maladie et en privilégiant une lecture clinique de son histoire, d'assurer la continuité des soins et éviter si possible des ruptures de prise en charge, de renforcer la place et le rôle du patient dans sa prise en charge en lui permettant d'être le plus possible acteur de sa trajectoire en s'appuyant sur ses ressources psychiques, familiales, sociales, amicales et professionnelles et de faciliter l'alliance thérapeutique.

Parmi les outils qui permettraient de prévenir les épisodes de violence, on retrouve également des techniques relationnelles, comme expliqué dans l'étude de Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D.

(2015). C'est par l'établissement d'une relation thérapeutique, une approche authentique, calme et engagée, que s'établit un dialogue qui permet de prévenir l'escalade de comportements. Cela permettrait non seulement de modérer l'intensité ou la durée d'une crise, mais également de prévenir l'occurrence de celle-ci.

D'après Flutters, F. A. J., Van Meijel, B., Van Leeuwen, M., Bjørkly, S., Nijman, H., & Grypdonck, M. (2011), pour prévenir les incidents agressifs, les infirmières devraient constamment réfléchir à leurs comportements et styles de communication afin d'améliorer la qualité des interactions avec les patients.

Ils se sont basés sur des études antérieures concernant la Broset Violence Checklist (Almvik et coll., 2000) et l'instrument Dynamic Appraisal of Situational Aggression (Ogloff et Daffern, 2006) qui servent à évaluer le risque d'agression chez les patients hospitalisés. En effet, l'importance de détecter les signes avant-coureurs tels que les changements de comportements, les pensées, les perceptions et les sentiments d'un individu, est primordiale pour prendre en charge rapidement et prévenir les actes de violence. Les signes d'alerte précoce internes (perçus uniquement par le patient) doivent être différenciés des signes d'alerte précoce externes (qui sont également observés par d'autres), ce qui implique l'importance de la collaboration avec le patient. Ils ont donc développé l'outil FESAI qui est une liste comprenant différents signes possiblement annonciateurs d'une agressivité montante, et qui a été construit par le biais d'une collaboration entre l'infirmière et le patient. La liste

n'est pas exhaustive, mais est susceptible de donner des pistes aux soignants afin de pouvoir mettre en place une intervention adaptée.

D'après Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015), la rupture du dialogue est considérée comme signe précurseur d'un accès de violence potentiel, les participants à leur étude jugeant que le patient est alors moins prévisible. Cette même étude montre qu'une bonne connaissance de soi, mais également du patient est nécessaire à la prévention de l'agressivité du patient. Les participants infirmiers s'entendent pour affirmer que bien connaître les patients est un atout de taille pour anticiper leurs réactions et évaluer la sévérité de leurs comportements.

Toujours selon Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015), le fait de revenir sur l'épisode de violence montrerait des bénéfices, cela permettrait au patient de comprendre les raisons des interventions et donc le fait qu'elles n'ont rien d'arbitraire. Afin de favoriser le sentiment de sécurité, il serait utile d'adapter un espace au département d'urgence afin d'être en mesure de mieux répondre aux besoins des patients aux prises avec un problème de santé mentale. En ce qui concerne la médication, l'intervention serait efficace, mais les problématiques de changement de traitement ou de collaboration entre le médecin et les infirmières restent un frein. L'article fait également ressortir l'outil OMEGA , qui servirait à évaluer le potentiel de dangerosité du comportement d'un patient. Les auteurs font également ressortir des cas ou des stratégies

“d’autorisation” ont été mises en place par manque de personnel. Cela consistait à désamorcer une escalade d’agitation contre le règlement en raison de période de pénurie de personnel, parce qu’ils craignaient une désorganisation de l’unité et parce qu’ils étaient certains que les patients en question ne s’enfuiraient pas.

Selon l’expérience de certains, il peut s’avérer nécessaire, dans certains cas, de contourner ces règles précisément pour des raisons de sécurité. (ex.: autoriser un patient à aller fumer, car il risquait de développer une agressivité face à un refus et que l’effectif était insuffisant pour gérer un épisode de violence)

Ces diverses recherches nous ont permis d’avoir un aperçu du contenu de la littérature abordant la thématique de notre travail.

En effet, il s’agit d’une problématique actuelle ayant des conséquences sur la santé mentale des patients et des soignants. De plus, les recherches ainsi que nos interviews ont démontré la présence accrue de cette problématique dans le contexte des urgences psychiatriques. Nous avons pu comprendre que les interventions relationnelles en amont de l’épisode de violence sont primordiales afin de la prévenir. C’est pourquoi nous souhaitons rechercher les outils infirmiers adaptés au contexte psychiatrique qui serviraient à prévenir les dérapages de la violence.

Ces éléments nous permettent de consolider notre question de départ de la manière suivante : **quelles sont les stratégies infirmières appropriées pour diminuer la violence du patient envers le soignant dans le cadre des urgences psychiatriques ?**

Précision des concepts pertinents

Les concepts retenus comme significatifs pour la suite du travail sont: la violence, la psychiatrie ainsi que la prévention. Nous avons choisi d'étudier particulièrement la violence dans le contexte des urgences psychiatriques, car, d'après les recherches que nous avons effectuées, c'est l'un des contextes où les actes de violence sont le plus fréquemment rencontrés. Nous allons donc préciser la notion de psychiatrie qui ajoute une certaine complexité au concept de la prévention de la violence et qui est donc un facteur indispensable à prendre en compte dans la résolution de notre thématique. En effet, le contexte psychiatrique va grandement influencer la manière dont les interventions vont être mises en place par rapport à un domaine non psychiatrique, puisqu'il faut prendre en compte la symptomatique du patient. En fonction du type de pathologie et de ses capacités de gestion émotionnelle, cela peut rendre difficile sa compréhension de la prise en charge, ou l'établissement d'une relation de confiance avec le soignant.

Nous allons également développer le concept de violence qui est central dans notre travail.

Enfin, nous allons préciser la notion de prévention primaire, secondaire et tertiaire en regard de la problématique de la violence chez les patients en unité de soins psychiatrique.

Perspectives et propositions pour la pratique

Explorer cette problématique permet de mesurer l'efficacité de la communication non violente sur l'état psychique des patients en psychiatrie de l'adulte. Ceci dans le but de pouvoir prévenir la violence qui, selon les recherches, est de plus en plus courante et a des conséquences importantes pour la santé mentale du patient et finalement, d'améliorer la pratique infirmière.

C'est une problématique grandissante qui a un impact non seulement sur la pratique infirmière, en lien avec la complexité des interventions de prévention, mais qui a aussi une atteinte sur les coûts et le fonctionnement du système de santé. En effet, la violence des patients peut affecter les soignants et engendrer une souffrance psychologique pouvant conduire à un épuisement professionnel, voire un arrêt de travail, notamment par la peur, l'anxiété, la détresse, le sentiment d'impuissance qu'elle est susceptible de provoquer.

De plus, nous avons pu comprendre, suite aux recherches, que la prévention est essentielle pour réduire la violence et qu'il existe différents outils à cet effet. Les articles ainsi que l'avis des professionnels de santé, ont appuyé la nécessité de la formation du personnel soignant en particulier sur la

communication non violente. Elle passe avant tout par la reconnaissance des signes avant-coureurs de la violence.

Lorsque les actes de prévention de la violence ont fait défaut, des pratiques restrictives sont utilisées par les soignants et peuvent avoir des conséquences physiques et psychiques importantes pour les deux partis. En prévenant l'acte de violence, celles-ci seront évitées et les situations de contention seront moins fréquemment rencontrées. Cela permettrait de diminuer les conséquences de la violence sur l'état psychique du patient et d'éviter une situation pouvant engendrer un sentiment de frustration et de culpabilité de la part des professionnels.

En somme, ces situations révèlent un questionnement éthique concernant la liberté et la volonté du patient, c'est pourquoi il est d'autant plus intéressant d'approfondir cette thématique pour la pratique infirmière.

Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers

Définition et développement des concepts retenus comme pertinents

Dans ce chapitre, nous allons définir et développer les concepts qui émanent de la question de recherche et qui sont retenus comme pertinents. Le concept majeur de notre thématique et le premier que nous allons développer est la violence.

○ **La violence**

Selon l’OMS, la violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l’encontre des autres ou de soi-même, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.

Michel Michel, Jean-François Thirion, Christine Sionnet, p.14 (2015) différencient l’agressivité et la violence de cette manière:

La violence se situe sur le versant objectif : elle implique le passage à l’acte, l’agression (visée statistique ou quand on apprécie le préjudice pour une victime).

L’agressivité se situe sur le versant subjectif : elle implique une pulsion, une colère (motivations, signification d’un acte de violence).

Le champ de l'agressivité est beaucoup plus vaste que celui de la violence, tous ceux qui ont eu envie de tuer quelqu'un ne sont pas devenus meurtriers.

Pour compléter cette définition, plusieurs niveaux ont été distingués par Michel Michel, Jean-François Thirion, Christine Sionnet :

La violence morale (ou psychologique) : Exercice intentionnel d'un pouvoir, avec éventuellement menace du recours à la force physique, à l'encontre d'une personne ou d'un groupe, portant préjudice à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Le terme recouvre les agressions verbales, les tracasseries, les brimades, le harcèlement et les menaces.

La violence physique : action volontaire d'un ou de plusieurs individus qui porte atteinte à l'intégrité physique ou morale d'un autre individu. Il peut s'agir de coups et blessures qui impliquent un contact direct entre agresseur et victime, mais aussi d'agissements destinés à impressionner fortement, à causer un choc émotionnel ou un trouble psychologique.

La violence verbale : porter atteinte verbalement à autrui, intentionnellement ou non. On retrouve dans ce type de violence les propos excessifs, blessants, grossiers, les propos incitant à la violence, à la haine ou à la discrimination.

Selon Morasz (2002), la violence se traduit par un processus dynamique du passage à l'acte. En effet, elle suit généralement une structure de plusieurs étapes comprenant les signes annonciateurs de l'événement violent. L'auteur a différencié six phases pouvant varier dans l'intensité et la durée et précise qu'elles peuvent aussi être isolées les unes des autres. Les phases sont illustrées dans la Figure 1 ci-dessous et décrites de la manière suivante :

Phase 1, l'activation : elle correspond à l'apparition d'un stress important ressenti face à la survenance d'un fait pouvant générer un sentiment nouveau tel que la peur ou l'anxiété.

Phase 2, l'intensification : suite à ce stress éprouvé, si la personne présente des difficultés à y faire face, celui-ci va s'accroître et favorisera de la frustration, de l'excitation et amènera la situation à s'amplifier.

Phase 3, la crise : La crise correspond à l'apogée de la situation dans laquelle des tensions internes se sont accrues. La personne perd tout contrôle et peut être amenée à se comporter de manière désinhibée.

Phase 4, la récupération: consécutivement à la crise intensive, la personne est amenée à reprendre naturellement le contrôle d'elle-même et de ses pulsions agressives. Néanmoins, si de nouveaux stimuli apparaissent, la crise peut à tout moment se déclencher.

Phase 5, la stabilisation: Dans cette phase, l'agitation de la personne est contenue de manière suffisante pour qu'un travail sur l'acte de violence puisse être abordé avec la personne.

Phase 6, l'élaboration: l'élaboration correspond à la mise en place d'un dialogue permettant de comprendre ce qui s'est produit. Ceci en se centrant sur le lien entre l'acte de violence et les processus psychiques enclenchés, dans le but de donner un sens à l'événement produit.

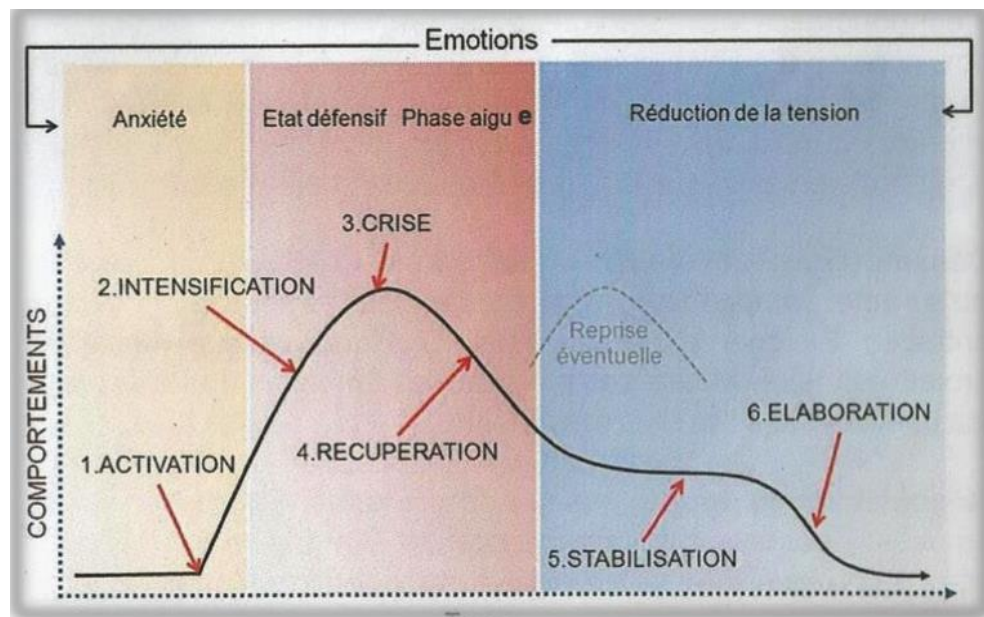


Figure 1. Stades de la violence

Tiré de : Coraboeuf, B. & Langlois, G. (2014). [Communication personnelle] Inspiré de : Morasz, L. 2002, p.39

En rapport avec notre thématique et en nous appuyant sur les écrits de Morasz, L. 2002, p.39, nous pouvons dire que la prévention de la crise de violence passerait par la prévention ou la gestion de l'anxiété du patient. En effet, c'est une situation de stress ou de peur qui, non gérés, peuvent mener à l'activation puis à l'intensification de la violence qui, à son tour, débouche sur une crise. Celle-ci retentira sur le soignant et le patient lui-même. Il est donc nécessaire d'agir à la base du problème, au niveau des facteurs

déclenchants, qui peuvent être les sources de stress du patient, et de la montée de son agressivité.

Ce que nous pouvons déduire de ces éléments est, notamment, la difficulté d'analyse de la littérature sur la violence, car plusieurs types et définitions existent. De plus, une part de subjectivité est présente par rapport aux personnes qui la décrivent. En effet les facteurs individuels tels que la santé mentale du soignant influencent la conception de la violence.

- **La prévention de la violence en psychiatrie de l'adulte**

Selon l'OMS (1948), la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.

Selon l'OMS (2016), trois types peuvent être distingués :

La prévention primaire : Elle regroupe l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population par la réduction des causes et facteurs de risques.

La prévention secondaire, qui vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle est centrée sur l'apparition du trouble ou de la pathologie afin d'empêcher son évolution et de diminuer les facteurs de risque la concernant.

La prévention tertiaire : elle importe de diminuer la prévalence des maladies chroniques ou des récidives dans une population, ainsi que de réduire les complications possibles à la maladie.

Dans les soins psychiatriques aux malades hospitalisés, l'objectif du niveau de prévention primaire est de créer un climat quotidien dans les services qui minimise le risque que la violence se développe. Cela comprend, par exemple, de bonnes relations entre le personnel et les patients, l'évaluation des risques, l'utilisation de plans de soins et un milieu physique adapté. La prévention secondaire est utilisée lorsque la violence est perçue comme imminente et comprend souvent l'utilisation de techniques de désescalade. Au niveau tertiaire, il existe déjà une situation de violence et la prévention peut comprendre la prise en charge physique sécuritaire d'un patient ainsi qu'une analyse post-incident (Delaney & Johnson 2006, Paterson et al. 2009).

- **La psychiatrie**

La définition que donne le Larousse de la psychiatrie est " Spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques."

Selon M. Hanus & Marchal (1997), "la psychiatrie est la médecine de l'âme et de l'esprit". Elle s'intéresse donc essentiellement aux formes cliniques, diagnostic, évolution, pronostic et traitements des maladies mentales. Mais étudie également leurs origines et ainsi est liée avec la pathologie neurologique et avec la psychopathologie, c'est-à-dire l'ensemble des perturbations psychologiques. Elle se trouve être une discipline charnière où se retrouvent au contact du patient les connaissances en neurosciences, nécessaires à la psychopharmacologie et celles en psychologie qui se sont

beaucoup enrichies des apports de psychanalyse. Ces deux aspects de la psychiatrie se retrouvent dans la thérapeutique où se trouve souvent indiquée l'association d'un traitement médicamenteux psychotrope et d'une psychothérapie.

La médecine ne s'intéresse pas tant aux maladies qu'aux malades. À ce titre, la psychiatrie a pour vocation de soulager les souffrances de l'âme et de l'esprit. Les souffrances psychologiques sont loin de relever toutes de la pathologie, celle du deuil par exemple ne l'est pas.

Choix du cadre théorique et ses principes fondamentaux

Afin d'éclairer notre sujet et les pistes pour répondre à notre question de recherche, nous allons nous appuyer sur le cadre théorique de la philosophie du Caring de Jean Watson.

La théorie de Jean Watson, élaborée entre 1975 et 1979, fait référence à la philosophie et la science du caring, qui constitue un champ de recherche très étendu dans la discipline. Pour qu'une rencontre soit basée sur le caring, la compétence, la relation de confiance et le lien soignant-patient sont nécessaires. Nous avons choisi le cadre conceptuel de la théorie de J. Watson, car c'est une théorie à large spectre qui décrit une attitude, une manière globale de voir le soin, plutôt que des actes concrets et précis. D'après Watson, le caring est une philosophie en même temps qu'une science. Le caring est une manière de percevoir son rôle.

Or, d'après ce que nous avons pu trouver dans les recherches actuelles, afin de désactiver la violence ou de la prévenir, la solution résiderait non pas dans des protocoles bien dictés, mais dans une attitude, un ressenti, une connexion avec le patient et ses ressentis au moment de la relation.

Nous sommes d'avis que pour prévenir la violence, les actions ne suffisent pas, il faut savoir être avec l'autre, comprendre l'autre, instaurer une relation de confiance sur un long terme et instaurer un lien d'esprit à esprit. En effet, les recherches établies dans la revue de littérature ont démontré que l'aspect relationnel est très important dans la prévention de la violence.

La théorie de Watson renforce également "l'importance du soutien de la dignité humaine, la préservation de l'humanité et la facilitation de la connaissance de soi, le contrôle de soi, l'auto soins et l'auto healing". Ce modèle met également l'accent sur l'autonomie de la personne dans la gestion de ses ressentis. Elle peut donc également permettre au patient de prendre conscience de certains de ses états d'âme et d'apprendre à les gérer afin d'éviter des situations de violence.

- **Définition des concepts de la théorie de Jean Watson**

D'après Mayeroff, M. (1971), le Caring représente l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser ; c'est un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement.

Selon Watson, le caring est un affect et une caractéristique humaine. C'est-à-dire que, de manière innée, les personnes ont tendance à se

préoccuper d'autrui, ce qui se rattache à la bienveillance et la dignité humaine. Cela donne ainsi au Caring un sens éthique.

Dans la pratique, le caring est une intervention thérapeutique découlant de la relation interpersonnelle de l'infirmière et du bénéficiaire de soins. D'après Arslan-Özkan, Okumuş, & Buldukoğlu, (2014), "Dans un service où les patients ont bénéficié des soins par des infirmières ayant reçu une formation à la théorie de Watson, ceux-ci montrent une **moins grande détresse** liée à leurs problèmes, un **sentiment d'efficacité personnelle**, un **meilleur niveau d'ajustement**." Ce sont, d'après nous, autant de facteurs qui pourraient prévenir la violence dans les services.

Watson J. (2008), caractérise le caring par un ensemble de facteurs, "les 10 processus caritas" afin d'orienter la pratique infirmière. En effet, ces facteurs définissent le processus de soin permettant au patient d'atteindre ou de maintenir un niveau de santé (Alligood, Tomey, 2010). L'infirmière peut ainsi venir en aide et prodiguer des soins aux patients en s'appuyant sur ces facteurs.

De plus, le caring promeut l'expression des sentiments positifs et négatifs (caritas 1), ce qui pourrait permettre la libération d'une frustration qui, si elle n'est pas exprimée par la parole, pourrait l'être par un comportement agressif. Être dans le caring comprend également la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction (caritas 8). Ainsi il y a la notion de prévenir

l'acte violent en aménageant un environnement le plus favorable possible et en limitant donc les facteurs qui le provoquent.

Le caring consiste à assister le patient dans la satisfaction de ses besoins (caritas 9). Or la violence peut être provoquée par une tension interne provenant de besoins non satisfaits. C'est donc pour cela que nous pensons que la théorie de J. Watson peut apporter des outils pour favoriser le bien-être des patients de par la présence et l'attitude de caring des soignants auprès des patients, et ainsi limiter les épisodes de violence.

Chapitre 4 : Méthode

Précision de la question de recherche à l'aide de la méthode PICOT

Afin de délimiter notre question de recherche d'un point de vue méthodologique, nous allons utiliser la méthode suivante faisant référence à la formulation PICOT (Melnik & Fineout-Overholt (2013)). Cette formulation nous permettra d'identifier les mots-clés de la question.

Le P correspond à la population ou au problème concerné dans la recherche. Dans le cadre de notre travail, les patients adultes admis aux urgences psychiatriques font donc référence à la population concernée. Nous avons choisi de ne pas préciser l'âge de la population, ceci afin de respecter la thématique du travail de bachelor, à savoir la psychiatrie de l'adulte. Concernant le genre, les patients admis aux urgences psychiatriques peuvent être autant les hommes que les femmes, il n'est donc pas nécessaire de le délimiter. Nous sélectionnons la population internationale, car limiter cette recherche à la population suisse ne permettrait pas d'avoir des résultats optimaux dans les bases de données.

Le I fait référence à l'intervention ou l'intérêt de cette recherche. Dans notre étude, il s'agit des stratégies infirmières. Ce terme correspond à différents concepts tels que la communication verbale, non verbale, les interventions infirmières, etc. C'est pourquoi le terme stratégie est adéquat en référence à l'intérêt de cette recherche.

Le C correspond à la comparaison et ne rentre pas en compte dans cette question de recherche.

Le O correspond aux résultats recherchés (outcomes), dans notre cas, il s'agit de prévenir les risques de violence envers les soignants

Le T correspond au temps et ne rentre pas en compte dans notre recherche, car nous ne l'avons pas délimité spatio temporellement.

Ce qui donne pour récapitulatif le tableau 1 suivant:

Tableau 1

Tableau d'élaboration de la question PICOT

Critère PICOT	Signification
P	Patients adultes admis aux urgences psychiatriques
I	les stratégies infirmières efficaces
O	la prévention de la violence des patients envers les soignants

Type de question

Notre question de recherche est donc la suivante : Chez les patients adultes admis aux urgences psychiatriques, quelles sont les stratégies infirmières efficaces qui pourraient prévenir leurs risques de violence envers les soignants ?

C'est une question de type intervention. Dans les questions de ce type, on cherche particulièrement le meilleur traitement, acte de prévention, d'éducation ou le meilleur soin de santé, afin de régler une problématique de santé. En effet, on cherche ici les meilleurs actes de prévention que l'infirmière

peut mettre en place afin de diminuer la violence dans les unités de psychiatrie.

Critères de sélection des articles

Pour trouver nos articles, nous avons effectué nos recherches sur les bases de données CINAHL, PUBMED, PSYCHINFO, COCHRANE, JBI ainsi que MEDLINE. Nous n'avons trouvé aucun article sur les bases de données JBI, PSYCHINFO, et COCHRANE. C'est pourquoi nous les avons écartées.

Nous avons ensuite traduit nos mots-clés de l'anglais au Français. Les mots-clés ainsi que leur traduction apparaissent dans le tableau ci-dessous.

Dans chaque base de données nous avons spécifié nos mots-clés en utilisant les thésaurus/descripteurs spécifiques.

Nous précisons que les articles ont été recherchés avec les filtres suivants: date entre 2009 et 2019. Lorsque le nombre d'articles obtenu était trop élevé, nous avons utilisé le filtre Full Text ou Free Full Text (pour la base de données Pubmed). Tous les articles qui nous intéressaient étaient, par chance, disponibles en intégralité. Nous avons répertorié nos recherches sous la forme d'un tableau comprenant les mots-clés.

Mots-clés et descripteurs

Nous avons extrait les mots-clés en français tirés de notre question PICOT, puis, à l'aide du grand dictionnaire terminologique, nous avons traduit ces mots-clés en anglais. Nous les avons répertoriés dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2

Traduction des mots-clés en anglais

Mots-clés	Mots-clés anglais d'après le grand dictionnaire terminologique
1. Urgences psychiatriques 1. Outils - stratégies de communication - techniques de désescalade 2. Violence - agressivité - prévention de la violence	1. Psychiatric emergency services - psychiatric emergencies 2. Tools - Strategies - Approach - communication strategy - de-escalation techniques 3. Violence - aggression - violence prevention - restraint reduction

Une fois ceux-ci déterminés, nous avons pu les insérer dans les bases données en recherchant tout d'abord pour tous les mots-clés leurs descripteurs associés, propres à chaque base de données, qui sont également insérés plus bas dans le tableau 3. Lors de cette transformation à l'aide des descripteurs nous avons sélectionné les termes les plus adéquats pour notre recherche et qui nous ont permis de trouver un maximum d'article sur notre thématique afin de répondre à notre question PICOT.

Tableau 3

Résultats des recherches dans les différentes bases de données

Bases de données	Descripteurs	Nombre de résultats recherche	Articles sélectionnés (titre)
Pubmed	Violence AND Prevention AND Psychiatric services	221	<ul style="list-style-type: none"> • A Live Threat Violence Simulation Exercise for Psychiatric Outpatient Departments: A Valuable Aid to Training in Violence Prevention. • Violence prevention education program for psychiatric outpatient departments. • Predicting aggressive behaviour in acute forensic mental health units: A re-examination of the dynamic appraisal of situational aggression's predictive validity. • Behavioral Emergency Response Team: Implementation Improves Patient Safety, Staff Safety, and Staff Collaboration.

			<ul style="list-style-type: none"> The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units.
	Psychiatric inpatient units AND violence AND prevention	54	<ul style="list-style-type: none"> The support-control continuum : An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings.
Cinahl	Psychiatric services AND tool AND violence control	15	<ul style="list-style-type: none"> Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward. Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China.
		Trouvé dans les suggestions d'articles	<ul style="list-style-type: none"> International Journal of Nursing Studies Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards : The Safewards cluster randomised controlled trial.
	De-escalation AND Psychiatric settings OR mental health AND violence	28	<ul style="list-style-type: none"> Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings.
	de-escalation AND Violence OR aggression AND restraints in mental health	13	<ul style="list-style-type: none"> Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale'.
	caring AND psychiatric AND security OR violence	43	<ul style="list-style-type: none"> The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care.
Medline	Emergency services, Psychiatric (Methods) AND Violence (prevention & control)	4	<ul style="list-style-type: none"> Mental health-related risk factors for violence: Using the evidence to guide mental health triage decision.
	Aggressions management AND communication of strategy	15	<ul style="list-style-type: none"> At the crossroads of violence and aggression in the emergency department : perspectives of Australian emergency nurses.
		Trouvé dans des suggestions d'articles	<ul style="list-style-type: none"> Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey.

Sélection des articles

Nous avons effectué plusieurs recherches, chacune sur une base de données différente, afin de limiter la répétition de recherches avec des mots-clés semblables. Nous avons combiné les différents descripteurs et nous

n'avons sélectionné que des articles dont l'année de publication remontait à moins de dix ans, pour des raisons de validité scientifique.

Plusieurs recherches ne donnaient aucun article. En effet, nous avons fait onze combinaisons de descripteurs qui n'ont pas donné d'articles. Nous avons donc, pour une même base de données, recherché les articles en faisant plusieurs assemblages de mots-clés différents. Nous avons sélectionné les articles en fonction du titre qui nous indiquait, à première vue, si le sujet de l'article s'apparentait à notre question de recherche. Nous lisions le résumé de l'article afin de bien comprendre son but et de vérifier si la population et le contexte étaient appropriés à ce que nous étudions.

Après avoir retenu dix-huit articles, nous les avons traduits et avons pu constater ou non l'intérêt des articles par rapport à notre question de départ. Nous avons étudié les niveaux de preuve des différents articles en retenant principalement des méta-analyses, des revues systématiques et des essais randomisés contrôlés. Nous avons néanmoins sélectionné des études pour lesquelles le niveau de preuve était inférieur, mais qui présentaient un impact factor correct ($>1,5$).

Après avoir étudié les niveaux de preuve et impact factor de chaque article, nous en avons mis trois de côté qui ne possédaient ni un bon niveau de preuve, ni un bon impact factor.

Nous avons donc sélectionné quinze articles, dont sept provenant de la base de données CINAHL, trois provenant de MEDLINE, et cinq provenant de Pubmed.

Pour la première partie du contenu de notre recherche, nous avons sélectionné 6 articles traitant de l'observation, de l'évaluation, de la prévention et du dépistage de la violence. En deuxième partie, neuf articles centrés sur des interventions infirmières, dont trois articles décrivant la méthode de la désescalade. Nous avons priorisé les recherches sur cette technique, car elle est ressortie en priorité dans la littérature. Nous avons réalisé cette structure en fonction des résultats obtenus dans les bases de données. Néanmoins, ceux-ci étant peu nombreux, nous n'avons pas un grand nombre de possibilités. Un idéal aurait été d'avoir davantage de recherches sur une seule et même intervention pour appuyer la représentativité des résultats. Cependant, la totalité des articles apporte non seulement en partie réponse à notre question de recherche, mais apporte également toute une palette d'outils efficaces pour prévenir au mieux la violence en fonction des situations.

Voici ci-dessous, dans le tableau 4, les articles choisis, leur impact factor, leur date de publication, ainsi que les raisons précises pour lesquelles nous les avons sélectionnés.

Tableau 4

Argumentation du choix des articles

Titre de l'article	Impact Factor et Niveau de preuve	Année
A Live Threat Violence Simulation Exercise for Psychiatric Outpatient Departments: A Valuable Aid to Training in Violence Prevention.	IF 1.6 Niveau II : étude de cas-témoins	2018
Predicting aggressive behaviour in acute forensic mental health units: A re-examination of the dynamic appraisal of situational aggression's predictive validity.	IF 2.03 Niveau I : essai contrôlé randomisé avec risques de biais élevés	2017
Behavioral Emergency Response Team: Implementation Improves Patient Safety, Staff Safety, and Staff Collaboration.	IF 2.14 Niveau I : essai contrôlé randomisé avec faibles risques de biais	2017
Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward.	IF 1.84 Niveau II : étude de cohorte bien menée avec un risque modéré de biais	2017
Violence Prevention Education Program for Psychiatric Outpatient Departments.	IF 1.6 Niveau II : étude de cohortes avec un risque modéré de biais.	2014
Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China.	IF 1.7 Niveau I : essai contrôlé randomisé avec risque de biais élevé	2014
Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards : The Safewards cluster randomised controlled trial.	IF 3.6 Niveau I : essai contrôlé randomisé avec risque de biais modéré.	2015
The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units	IF 1.7 Niveau II : étude de cas-témoins avec risque élevé de facteurs de confusion	2013
Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings.	IF 1.6 Niveau II : étude de cas-témoins	2016
The support-control continuum : An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings.	IF 3.6 Niveau VI : étude qualitative analytique	2018

Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale'.	IF 1.7 Niveau I : Essais contrôlés randomisés avec un risque de biais élevé	2016
The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care.	IF 1.7 Niveau : Etude qualitative randomisée	2010
At the crossroads of violence and aggression in the emergency department : perspectives of Australian emergency nurses	IF 1.03 Niveau II: étude de cas-témoins contrôlée	2014
Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey.	IF 2.2 Niveau II : étude de cohorte avec un risque significatif que la relation ne soit pas causale.	2012
Mental health-related risk factors for violence: Using the evidence to guide mental health triage decision making	IF 1.7 Niveau I: Revues systématiques d'essais randomisés contrôlés avec un risque de biais très faible	2012

Analyse des articles avec la grille de Fortin (2010)

Pour analyser ces 15 articles, nous avons utilisé la grille de Fortin (2010). Celle-ci qui permet une lecture critique ainsi que l'analyse d'articles scientifiques. Les grilles de Fortin sont présentées en appendice A

Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion

Ces différents articles ont permis d'analyser notre question de recherche. Pour la synthèse des résultats, nous avons décrit les études et les résultats de chaque article de manière indépendante. Nous avons classé les articles.

Articles traitant de l'observation, l'évaluation et du dépistage de la violence

1. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses

Morphet, J., Ed, M. N., Grif, D., & Campus, H. (2014), présentent dans cette étude l'identification des causes et des actes communs de violence aux urgences perçues par trois groupes d'infirmières exerçant différentes fonctions (triage / non-triage / gestion unité). Les résultats ont montré que les longs temps d'attente, les drogues et l'alcool ont tous contribué à la violence à l'urgence. L'amélioration de la communication au triage et le soutien de la direction pour assurer le suivi des épisodes de violence ont été suggérés comme stratégies pour réduire la violence à l'urgence.

2. Mental health-related risk factors for violence: Using the evidence to guide mental health triage decision making

L'étude de Sands, N., Elsom, S., Gerditz, M., & Khaw, D. (2012) est une revue systématique qui vise à identifier les meilleures données probantes disponibles sur les facteurs de risque liés à la santé mentale pour la violence initiée par le patient.

Les articles ont fait l'objet d'un examen de pertinence par deux examinateurs et une équipe de six chercheurs a participé à l'évaluation critique des articles. Cette étude a permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risque de violence à l'aide de preuves solides et facilement observables dans la pensée, la parole et le comportement du patient, telles que l'hostilité et la suspicion, les expressions de colère, d'irritabilité et d'agitation. Les symptômes psychiatriques associés de façon significative au risque de violence sont principalement liés à la présence de symptômes positifs de schizophrénie, comme un trouble de la pensée grave et des hallucinations. L'une des tâches clés du triage consiste à déterminer l'urgence de la présentation ou le délai optimal dans lequel une intervention devrait avoir lieu. La gestion du risque de violence par l'identification précoce des facteurs de risque et des interventions opportunes et appropriées optimise le potentiel de résultats plus sûrs pour les utilisateurs des services et le personnel de santé.

3. Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China

Yao, X., Li, Z., Arthur, D., Hu, L., An, F. R., & Cheng, G. (2014), dans leur article, testent l'efficacité de la BVC dans deux unités de soins aigus d'un hôpital psychiatrique de Pékin. La Brøset Violence Checklist (BVC), est l'instrument le plus fréquemment cité pour évaluer le risque de violence chez les patients hospitalisés en psychiatrie. Cet outil offre une méthode rapide et facile à utiliser pour dépister les patients présentant un potentiel de violence,

ce qui permet une intervention précoce. Les réactions des infirmières ont été très encourageantes et son utilisation semble prometteuse.

Il a été constaté que différents changements de comportement ont été notés dans la période de 24 h avant un incident violent, et la BVC évalue spécifiquement les six éléments suivants: la confusion, l'irritabilité, la turbulence, menaces physiques, menaces verbales et attaques sur des objets. Chaque élément est noté indépendamment, puis une somme totale est obtenue. Une somme de 0 indique que le risque de violence est faible, alors qu'un score entre 2 et 6 indique un risque élevé de violence et la nécessité immédiate de mesures préventives. On suppose donc qu'un client qui manifeste plus de deux de ces comportements a un potentiel élevé de devenir violent au cours de la période de 24 heures qui suit. La présente étude visait à examiner son applicabilité, sa fiabilité, sa validité et son acceptabilité dans un hôpital psychiatrique chinois: cet instrument s'est avéré rapide et facile à utiliser dans les cliniques chinoises et a obtenu l'appui des infirmières, une occasion de quantifier le potentiel de violence parmi leurs clients. La fiabilité inter-évaluateur et la capacité de prédiction étaient compatibles avec les études initiales.

4. Predicting aggressive behaviour in acute forensic mental health units: A re-examination of the dynamic appraisal of situational aggression's predictive validity

L'étude de Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J., & McKenna, B.

(2017). A pour but de décrire la validité prédictive de l'outil d'évaluation de

l'évaluation dynamique de l'agressivité situationnelle (DASA) chez des hommes et des femmes admis dans les unités de soins aigus en psychiatrie.

Le DASA est, à l'instar de la BVC, un instrument structuré d'évaluation du risque conçu spécialement pour les unités de santé mentale. Le DASA a été développé en 2002 à partir d'une recherche menée au Thomas Embling Hospital à partir d'une cohorte de patients résidant dans les unités de soins aigus de cet hôpital. Il a été utilisé dans plusieurs pays et dans divers milieux, y compris les prisons et les services de santé mentale médico-légaux et généraux.

La DASA comprend 7 éléments : attitudes négatives, impulsivité, irritabilité, menaces verbales, sensibilité à la provocation perçue, facilité à se mettre en colère lorsque les demandes sont refusées, et refus de suivre les directives. Chaque élément est noté par son absence (0) ou sa présence (1) dans les 24h précédant l'évaluation, puis additionné à la somme des notes des éléments. Chacun des 7 items est indépendamment lié à l'agressivité dans les 24 heures qui suivent. Les cotes de risque initiales de DASA (0, 1 = faible ; 2, 3 = modéré ; 4, 5, 6, 7 = élevé) ont été tirées d'Ogloff et Daffern (2006) et aident à la classification et à la planification des interventions. Les résultats ont révélé une validité prédictive modeste pour les hommes et les femmes. Les analyses GEE ont suggéré la nécessité d'ajuster les bandes de risque DASA aux suivantes (avec les rapports de cotes (OR) associés pour les comportements agressifs) : 0 = risque faible ; 1, 2, 3 = risque modéré OU,

4,70 (IC à 95 % : 2,84-7,80) ; et 4, 5, 6, 7 = risque élevé OU, 16,13 (IC à 95 % : 9,71-26,78). Le DASA nouvellement calibré pourrait guider les infirmières en les avertissant avec plus de précision du risque accru de violence des patients. Les évaluations des risques de la DASA pourraient indiquer quand intervenir pour prévenir l'agression, ce qui pourrait améliorer la prévention de l'agression et, éventuellement, si les interventions peuvent avoir lieu avant les actes d'agression, réduire le recours à des interventions restrictives.

5. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units

Le but de l'article de Björkdahl, A., Hansebo, G., & Palmstierna, T. (2013) consiste à explorer l'influence d'un programme de formation du personnel à la prévention et la gestion de la violence. Il s'agit du " modèle de Bergen ", utilisé en Suède dans les services psychiatriques des patients hospitalisés. Malgré la restreinte du lieu de l'étude et de l'échantillon, il reste approprié à notre question de recherche. Ce modèle met en avant des facteurs de prévention primaire basés sur de bonnes relations personnel-patient. Les participants sont encouragés à réfléchir à leur propre approche apparente ou tacite de l'agressivité des patients, ainsi qu'à l'organisation des services. Il comprend également : la théorie de l'agression, l'éthique dans les soins, les règles et protocoles de soins, les facteurs de risque et leur évaluation, les lois et législations et l'impact de l'environnement physique. Les sections secondaires et tertiaires de la formation portent sur les styles d'établissements des limites et la négociation, l'autodéfense, les techniques de

contention physique et les questions de sécurité, l'isolement et les médicaments forcés, les séances post-incident avec le patient et le personnel et l'examen critique des incidents de violence.

D'après les questionnaires utilisés dans la méthode, les résultats ont montré que le personnel des services formés au modèle de Bergen avait une perception nettement plus positive du climat de prévention et de gestion de la violence. En particulier sur les domaines suivants: les règles du service, la régulation émotionnelle des membres du personnel dans les situations difficiles, l'intérêt du personnel pour les causes possibles d'agression des patients et la volonté du personnel d'intervenir à un stade précoce de l'agression des patients.

6. Violence Prevention Education Program for Psychiatric Outpatient Departments

Feinstein, R. E. (2014) a mis au point, dans cette étude, un programme complet de formation ciblé sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans le cadre des consultations ambulatoires. Ce programme contenait notamment des simulations. Il a été conçu pour préparer les résidents et le personnel des services psychiatriques à réagir de façon optimale aux menaces ou aux événements violents et aux patients externes. Il comprend la formation sur l'évaluation des risques de violence qui se concentre sur des sujets comme : les lignes directrices pour l'entrevue d'un patient violent ; l'évaluation clinique du risque de violence ; l'utilisation d'outils d'évaluation du risque de violence pratique pour documenter le risque de violence, la simulation et les

discussions sur le risque de violence. Ce programme a été dispensé en 2011 et 2012 à environ 60 résidents/employés en psychiatrie chaque année.

Les commentaires qualitatifs sur l'ensemble du programme et des données provenant de deux années d'enquêtes post-événements sur l'utilité de l'exercice de simulation de menace de violence" ont révélé que la grande majorité des commentaires sur les éléments 1 à 7 du programme étaient positifs. En 2011 et 2012, respectivement, 76 % et 86 % des participants ont répondu à une enquête post-événement sur l'exercice de simulation de la menace de violence ; 90 % et 88 % des participants ont déclaré que la simulation avait été très/assez utile ; et 86 % et 82 % des participants respectivement se sont dits beaucoup mieux préparés pour faire face à un événement violent. Bien qu'il soit difficile de démontrer que ce programme prévient efficacement la violence, la réaction globalement positive des participants a encouragé les auteurs à poursuivre le développement de leur programme de qualité et de sécurité et à l'offrir facilement reproductible et modifiable aux autres. Les résultats de cette expérience montrent que l'enseignement des techniques de désescalade verbale est à la fois pratique et améliore le sentiment de sécurité des résidents psychiatriques et du personnel dans un contexte ambulatoire, et que l'éducation sur l'utilisation des techniques d'entrevue, l'évaluation clinique de la violence et l'utilisation des outils d'évaluation du risque de violence peuvent améliorer les jugements cliniques et la documentation sur le risque de violence imminente. De plus, il est démontré qu'enseigner l'utilisation d'un " plan de congé pour violence et

sécurité " et son intégration au dossier de santé électronique est probablement bénéfique pour réduire la réadmission après le congé, peut réduire la violence et améliore la documentation d'un plan de prévention de la violence. Finalement, l'enseignement par le biais d'exercices de simulation de menace de violence est pratique et constitue un outil pédagogique expérientiel majeur pour faciliter la prévention de la violence dans un environnement de clinique externe.

Articles donnant des interventions

7. The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings

Dans cette étude, Price, O., Baker, J., Bee, P., & Lovell, K. (2018) cherchent à obtenir les descriptions des techniques de désescalade actuellement utilisées dans les milieux de santé mentale et explorer les facteurs perçus comme ayant une influence sur leur mise en œuvre et leur efficacité. La technique de désescalade fait référence à une intervention verbale par exemple, une conversation calme ou autre type d'intervention par exemple, une pause, des exercices de respiration profonde, etc. Les résultats de l'étude mettent en avant 14 techniques utilisées par les participants en réponse à l'escalade de l'agressivité, qui se situe sur le continuum du soutien au contrôle. Les techniques ont été classées en trois groupes :

1. Les techniques de soutien

- Intervention passive ; ne prendre aucune mesure sauf pour faciliter la libération de la colère d'une manière contrôlée.
- Réassurance; utilisation de phrase rassurante et courante pour promouvoir un sentiment de sécurité
- Distraction; détourner le patient des stimulus aggravants
- Identification du problème
- Résolution; aborder les préoccupations pratiquement résolues
- Recadrage

Les facteurs influençant ces techniques de soutien peuvent être le vécu, l'environnement, du patient et le besoin d'autorégulation de la part du patient mais également du soignant. Les résultats soulignent que la distraction est inefficace quand la personne a la capacité de résoudre le problème.

2. Les techniques de contrôle non physique

- Manipulation de l'environnement pour réduire la stimulation, maximiser la sécurité et limiter la contagion de l'agressivité
- Réprimandes ; expression de la désapprobation de la conduite du patient souvent accompagnée de rappels des règles et des normes de conduite attendues
- Dissuasions ; en soulignant les conséquences potentielles
- Instructions

Les facteurs influençant l'utilisation et les effets de ces techniques peuvent être la difficulté de comprendre l'agressivité, le sentiment d'impuissance, l'utilisation des alarmes (qui peuvent augmenter l'agitation), les exigences économiques qui peuvent affaiblir le niveau de connaissance du patient.

3. Les techniques de contrôle physique

Le but des techniques de contrôle physique est d'éliminer toute nouvelle agression par l'application de pratiques restrictives telles que: la médication, les médicaments psychotropes forcés, l'isolement, la contention. Et les facteurs influençant ces pratiques sont le manque de compétence non pharmacologique, la peur de contagiosité de la violence, l'incapacité de tolérer de longue période d'agression et l'incertitude quant au comportement de la personne violente.

Il est important de noter qu'il existe un lien entre ces techniques de contrôle non physique et l'augmentation de l'agressivité.

8. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings

Le but de Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. (2016) est clair et consiste à explorer les facteurs qui influencent l'utilisation de la désescalade et son efficacité dans l'arrêt des conflits en milieu hospitalier psychiatrique aigu. Les chercheurs ont enregistré pour chaque patient (n = 522), leur implication dans un conflit (p. ex.

agressions) ou un confinement (p. ex. médicaments contraints) pendant les deux premières semaines de leur admission et ils ont analysé l'efficacité de l'intervention. Les résultats de l'étude ont démontré que la désescalade a réussi dans environ 60 % des cas. Elle est donc souvent efficace pour mettre fin à une séquence de conflits dans des situations d'hospitalisation aiguë, mais les antécédents de violence des patients ont été démontrés comme étant le facteur primaire influençant l'efficacité de la désescalade.

9. Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale

Mavandadi, V., Bieling, P. J., & Madsen, V. (2016) expliquent que l'échelle DABS (De-Escalating Aggressive Behaviour Scale), mise au point par Naau et ses collaborateurs en 2009, fournit sept compétences nécessaires à la désescalade. L'étude de Mavandi, V., Bieling, P. J., & Madsen, V. (2016) consiste à la modification du DABS pour y inclure des descriptions du personnel le plus compétent, le plus acceptable et le moins souhaitable et de valider le DABS anglais modifié (EMDABS). Le DABS fournit sept compétences nécessaires à la désescalade

afin d'élaborer des descriptions d'éléments pour l'EMDABS, 50 interactions conflictuelles entre le personnel et les patients ont été examinées, résumées et croisées avec la documentation ($n = 19$). L'EMDABS a démontré une très bonne fiabilité entre les évaluateurs [$ICC(3, 1) = 0,752$] et une forte cohérence interne ($\alpha = 0,901$). L'EMDABS a été validé pour une utilisation future dans la recherche et la pratique. L'EMDABS propose des éléments

empiriques et des descriptions des meilleures pratiques associées pour informer et évaluer les pratiques de désescalade. Dans l'ensemble, les auteurs suggèrent que les praticiens de la santé mentale utilisent les éléments de l'EMDABS et les descriptions associées pour informer les lignes directrices sur la meilleure façon de désescalader un client qui escalade vers l'agression ou la violence.

10. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial

Le but de l'étude de Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015) consiste à évaluer l'efficacité du modèle Safewards qui est destiné au personnel infirmier pour réduire les taux de conflit et de confinement au niveau des services de soins psychiatriques actifs. Ce modèle est composé d'une liste d'interventions qui sont les suivantes: Établir des attentes mutuelles claires/ utiliser des mots doux/ adopter un discours positif de chaque patient lors des transmissions infirmière / Identifier les mauvaises nouvelles qu'un patient pourrait recevoir de son entourage et intervenir rapidement pour en discuter / Approfondir la connaissance des patients / Réunions régulières des patients pour renforcer, formaliser et intensifier le soutien entre patients / Utiliser une caisse d'outils de distraction et de modulation sensorielle pour les patients agités / Donner des explications rassurantes à tous les patients à la suite d'incidents potentiellement effrayants / Afficher des messages positifs sur le service de la part des patients.

Les conditions expérimentales du modèle ont réduit le taux d'événements conflictuels de 15 % et de 26,4 % pour le taux d'événements de confinement. Ce qui a prouvé l'efficacité du modèle. Safewards a déjà été recommandé dans la politique (Department of Health, 2014). Néanmoins, les auteurs préconisent qu'une réplique indépendante des résultats dans un autre essai les rendrait plus sûrs.

11. Behavioral Emergency Response Team: Implementation Improves Patient Safety, Staff Safety, and Staff Collaboration

Zicko, C. J. M., Schroeder, L. R. A., Byers, C. W. S., Taylor, L. A. M., & Spence, C. D. L. (2017). Ont basé leur étude sur des données probantes qui déterminent comment une équipe d'intervention spécialisée dans les urgences comportementales (BERT) influe sur la sécurité du personnel et des patients et qui examine le niveau de connaissance, de confiance et de soutien du personnel infirmier envers cet outil de gestion et prévention de la violence.

Zicko et al. (2017) ont effectué une étude sur la confiance du personnel dans l'identification, la gestion et la désescalade des symptômes du comportement avant et après la mise en œuvre du BERT. Depuis des années, dans leur établissement, ils ont recours à des équipes d'intervention rapide (EIR), composées d'experts en soins intensifs qui répondent aux urgences médicales somatiques. Le BERT offre des services de consultation et d'intervention en temps opportun, notamment : a) en désamorçant les personnes qui peuvent avoir des comportements potentiellement violents ; b) en donnant l'exemple en matière d'intervention en situation de crise, ce qui

peut améliorer les capacités des membres du personnel somatique et promouvoir la confiance en soi pour régler des problèmes de comportement similaires dans l'avenir ; c) en informant le personnel des unités après le désarmement ; et d) en donnant une formation. L'utilisation du BERT lors des urgences comportementales a entraîné une réduction du nombre d'agressions et du nombre d'interventions de sécurité ainsi que du recours aux contentions. Les infirmières des unités de psychiatrie et de somatique ont évalué le BERT comme étant favorable et efficace.

Ce projet a démontré qu'un BERT aide à désamorcer les patients avant que la violence n'éclate, améliore la sécurité des patients et du personnel, et améliore la collaboration entre le personnel de la SEP et celui de MH. Compte tenu de l'immense succès remporté, le BERT a été étendu à toutes leurs unités pour adultes hospitalisés.

L'un des principaux défis a été d'obtenir l'adhésion de l'unité de santé mentale. Le BERT lui demandait de s'acquitter d'une tâche supplémentaire au cours de la journée et de quitter le confort de leur unité pour intervenir en cas d'urgence comportementale dans un milieu autre que le leur, où des risques et des problèmes de sécurité supplémentaires existent. Afin d'améliorer leur adhésion, les dirigeants des unités de santé mentale et le personnel infirmier ont été encouragés à participer au processus de planification et de mise en œuvre et en promouvant le BERT comme une occasion pour le personnel de partager ses connaissances et ses compétences spécialisées avec d'autres personnes et de pratiquer le leadership.

Un deuxième défi consistait à maintenir et faire perdurer la connaissance du BERT au travers des changements fréquents de personnel. La formation des médecins du BERT était insuffisante, ce qui a diminué leur adhésion. Pour surmonter ce problème, ils ont consulté la Direction de l'éducation et intégré le BERT à leur formation afin d'assurer sa connaissance, compréhension et maintien.

Un troisième défi, mais aussi la clé du succès, était de reproduire un programme d'EIR médical existant. Cela a permis aux prestataires et au personnel de comprendre facilement le concept du BERT et donc de l'activer facilement lorsque le service était nécessaire. Malheureusement, comme dans le cas du programme d'EIR, le personnel attend souvent trop longtemps avant d'appeler le BERT. Probablement, le personnel hésite à appeler une EIR ou un BERT tôt parce qu'il perçoit cela comme un échec dans la prise en charge du patient ou parce qu'il veut être celui qui "sauve et désescalade" le patient ; cependant, d'autres recherches et questions seront nécessaires pour comprendre vraiment l'hésitation du personnel.

12. Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward

L'étude de Kaunomäki, J. et al. (2017) visait à déterminer quelles étaient les interventions appliquées par le personnel d'un service psychiatrique pour diminuer le risque de violence après l'identification d'un patient à risque, à l'aide de l'outil DASA, à quelle fréquence et quelle était leur efficacité. Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet.

Environ 20% des patients hospitalisés dans le service des admissions ont obtenu une évaluation élevée du risque de violence au moins une fois au cours de leurs périodes de traitement. Dans la plupart des cas, cela a conduit à des interventions visant à réduire le risque de violence perçu. Dans la grande majorité des cas qui ont eu un score DASA élevé, au moins une intervention visant à réduire le risque de violence a été utilisée. Les 3 interventions les plus utilisées sont les médicaments, l'isolement et les discussions ciblées avec une infirmière. Cependant, les interventions non coercitives et non pharmacologiques, comme les activités quotidiennes, sont associées de façon significative à la diminution du risque perçu de violence.

A Live Threat Violence Simulation Exercise for Psychiatric Outpatient Departments: A Valuable Aid to Training in Violence

Prevention Suite à de multiples expériences personnelles de violence en psychiatrie, Feinstein, R. E., & Yager, J. (2018) , ont mis au point une méthode d'évaluation de la violence en direct par des exercices de simulation de menace pour compléter la formation à la prévention de la violence. Cette simulation consiste en une expérience pratique des éléments suivants : prise de décision situationnelle, utilisation des caractéristiques de sécurité de la clinique, plan de communication, carte de réparation d'urgence, compétences en désescalade et gestion des situations violentes les plus menaçantes. Cette technique a permis au personnel d'être formé et mieux préparé aux situations

de violence et d'améliorer et optimiser la collaboration entre les différents acteurs.

13. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey

L'étude de Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. G. (2012) est une enquête transversale et porte sur l'expérience du personnel de santé en matière de violence des patients et des visiteurs. Les interventions du personnel et les conséquences de la violence pour les différentes professions font l'objet d'une enquête.

En effet, il y a un manque d'études décrivant les facteurs qui influent sur l'occurrence de la violence des patients et des visiteurs, les stratégies d'intervention et les conséquences.

L'enquête a été menée en 2007 auprès de 2495 collaborateurs travaillant dans différents services d'un hôpital général universitaire suisse. Le questionnaire utilisé était l'Enquête sur la violence vécue par le personnel.

La moitié du personnel a été victime de violence de la part des patients et des visiteurs au cours des 12 derniers mois et 11 % au cours de la semaine précédente. L'âge du personnel et la durée de l'expérience dans leur milieu de travail actuel ont influencé l'exposition à la violence des patients et des visiteurs. La violence se produisait principalement lorsque le personnel accomplissait des tâches impliquant un contact personnel étroit. Seulement 16 % du personnel a été formé à la gestion des agressions. Le sentiment de confiance dans la gestion de la violence des patients et des visiteurs dépendait

en grande partie de l'attitude de l'organisation face à la violence. Les principales interventions utilisées et qui ont été efficaces sont des discussions apaisantes et informatives.

14. The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care

L'article de Björkdahl, A., Palmstierna, T., & Hansebo, G. (2010) se base sur l'expérience des soignants qui décrivent quelles approches sont utilisées le plus souvent dans le cadre de prévention de la violence dans des unités de psychiatrie aiguë. Les infirmières de quatre services de soins intensifs psychiatriques de quatre hôpitaux en Suède ont reçu une invitation écrite à participer à des entrevues sur leurs expériences en soins infirmiers.

Les entrevues étaient fondées sur un guide d'entrevue à partir duquel les auteurs ont demandé aux participants de raconter leurs expériences de travail en soins psychiatriques actifs. Le guide est passé de questions générales, par exemple : " S'il vous plaît, dites-moi ce que c'est que de travailler dans ce service " ou " Dites-moi ce que vous faites ", à des questions plus précises sur l'expérience des soins, par exemple : " Pourriez-vous me parler de vos pensées lorsque vous choisissez d'aborder le patient de cette façon particulière ? ».

Les résultats des descriptions montrent que l'approche du danseur de ballet a fonctionné comme un moyen d'initier des relations avec les patients sur une base individuelle. Les infirmières essaient de cultiver un sentiment de sécurité, de confiance et de proximité avec les patients en parlant avec eux,

en leur donnant du temps, en étant ouvertes et disponibles en indiquant une approche attentionnée. L'utilisation de l'imagination, de la patience et de l'intuition a été exprimée comme des techniques non verbales clés ; les infirmières se sont utilisées comme un instrument finement réglé.

L'approche du danseur de ballet est donc conforme à une approche de soins, tandis que l'approche du bulldozer est plus complexe et en quelque sorte alignée sur les approches insensibles. Elle donne la priorité à la sécurité et à la sûreté de l'unité de soins plutôt qu'au patient individuel. Les infirmières ont décrit l'importance de protéger l'unité de soins du chaos. Il s'agit notamment d'empêcher les patients de se faire du mal ou de faire du mal aux autres, de maintenir l'ordre et la structure et de s'assurer que les règles et les routines soient respectées. Cela correspond à ce que Halldorsdottir (2008) décrit comme une approche déshumanisante et donc indifférente où le patient peut se sentir déshumanisé et perdre confiance dans l'infirmière. En même temps que les infirmières utilisaient l'approche du bulldozer, qui pouvait être considérée comme puissante et protectrice, il semblait que de nombreuses infirmières indiquent qu'adopter l'approche du bulldozer ne semblait pas être l'équivalent de devenir une machine et n'exclue pas les expériences émotionnelles reflétant leurs propres vulnérabilité, peur, excitation et malaise ainsi que la compassion et l'intérêt pour leurs patients et collègues.

Développement des articles en lien avec la question PICOT

Cette partie consiste à développer et discuter les résultats des articles en lien avec notre question PICOT : "Chez les patients adultes admis aux urgences psychiatriques, quelles sont les stratégies infirmières efficaces qui pourraient prévenir leurs risques de violence envers les soignants ? » Pour ce faire, nous avons choisi de structurer le texte par thématique.

○ **Généralité des résultats**

La majorité de nos résultats de recherche ont démontré qu'il y a peu de techniques validées, établies, utilisées de manière démocratisée dans la pratique. En effet, les auteurs mentionnent un manque de donnée probante au sujet de notre question de recherche et ce n'est que récemment que le sujet commence à être approfondi dans la littérature. En outre, un autre thème intéressant souvent ressorti dans les articles est la limitation des mesures de contentions physiques pour faire face à la violence. Afin d'illustrer ces propos, nous présentons les résultats suivant :

○ **Observation clinique et recension de la littérature**

Les avis des études les plus récentes ont montré que les patients et le personnel des hôpitaux ont souvent été victimes d'un préjudice par manque de compétences et de soutien dans leur réponse aux urgences comportementales expliquent Zicko et al. (2017). Un propos soutenu par Sands et al. (2012), qui expliquent qu'il n'y a pas d'outils d'évaluation des risques répertoriés et dont l'efficacité a été prouvée. Récemment, un certain

nombre d'outils d'évaluation des risques cliniques structurés ont été développés et ils se sont révélés être beaucoup plus précis que les jugements cliniques seuls, selon Kaunomäki et al. (2017). Cet avis est partagé par Yao et al. (2014).

- **Limiter les mesures de contention physique au profit d'une gestion plus douce de la violence**

Plusieurs articles parlent du défi de passer à des méthodes douces et limiter les mesures de contention physique lors de prise en charge de la violence en milieu psychiatrique (Bonner et al. 2002, Frueh et al. 2005). Lavelle et al. (2016) proposent la technique de désescalade au profit des mesures de contentions physiques.

Price et al. (2018) nous indiquent que c'est au cours de la dernière décennie qu'on a assisté à un changement de politique internationale en faveur de la gestion non physique de l'agression et de la réduction des pratiques restrictives et c'est ainsi qu'est arrivée la promotion des " techniques de désescalade ". Bien que ces dernières soient recommandées comme intervention de première ligne contre l'agression selon les lignes directrices internationales (NICE, 2015 ; Richmond et coll., 2012), des données récentes ont montré que des pratiques restrictives continuent d'être utilisées régulièrement pour gérer les escalades émotionnelles dans les milieux de santé mentale (MIND, 2013).

○ **La formation du personnel**

La formation du personnel est primordiale dans la prévention de la violence en psychiatrie. En effet, les stratégies infirmières efficaces pouvant prévenir le risque de violence envers les soignants commencent par une formation du personnel à ce sujet. Voici ci-dessous les différents types de formation résultant de nos articles.

Formation par simulation

Les participants aux études de Feinstein (2014) et de Feinstein R. E., & Yager, J. (2018) basées sur des exercices de simulation ont répondu à une enquête post-événement sur l'exercice de simulation de la menace de violence. La majorité, de manière spéculative, a déclaré que la simulation était très utile et a indiqué se sentir beaucoup mieux préparée à faire face à un événement violent.

Formation ciblée sur la communication avec les patients

L'étude de Morphet et al. (2014) portant sur la violence des patients rencontrés aux urgences, a démontré que l'attitude générale, y compris le ton, la négativité, la confrontation et la remise en question de la validité de la présentation des patients à l'urgence, peut déclencher ou exacerber des actes de violence. Les résultats ont démontré que l'élément le plus important de la prise en charge efficace de la violence dans les urgences est l'éducation ciblée sur l'amélioration de la communication. Au Royaume-Uni, ces stratégies

d'éducation ont été efficaces, car elles ont permis de réduire la violence aux urgences.

D'après Mavandadi, V., Bieling, P. J., & Madsen, V. (2016), former et guider l'utilisation de la technique de désescalade permettrait de limiter les mesures coercitives engagées lorsque l'intervention pour prévenir la violence a été trop tardive. L'EMDABS a le potentiel de faire progresser la littérature vers une base plus solide pour ce qui est et n'est pas efficace dans la désescalade.

Formation au modèle de Bergen

L'étude de Björkdahl et al. (2013) démontre que le modèle de formation de Bergen a une influence positive sur le climat de prévention et de gestion de la violence du point de vue des patients et du personnel. En effet, le personnel qui essaie de comprendre pourquoi un patient agit de manière agressive est un élément clé à la prévention de la violence. Les résultats montrent également que l'approche de santé publique à la prévention de la violence peut être un exemple prometteur d'un nouveau cadre théorique intégré qui pourrait devenir une contribution précieuse au développement de la formation du personnel.

Formation ciblée sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services

Les différentes affirmations qui découlent de l'expérience de simulation de Feinstein (2014) sont que la prévention de la violence dans un contexte psychiatrique ambulatoire commence par l'analyse de la sécurité des

environnements ambulatoires; qu'il est possible d'élaborer un programme complet et peu coûteux d'éducation et de prévention de la violence envers les patients pour un service, un hôpital ou des services psychiatriques ou médicaux externes, et enfin, que le développement et la formation conjoints à l'aide d'exercices de simulation mènent à une meilleure coopération avec la police, à un environnement plus sûr pour les patients en ambulatoire et à un sentiment de sécurité pour les résidents et le personnel en psychiatrie dans le contexte ambulatoire.

- **Dépistage de la violence**

Les résultats suivants révèlent que les stratégies infirmières efficaces qui pourraient prévenir le risque de violence envers les soignants doivent prendre en compte les facteurs contribuant à l'agressivité et à la violence dans les milieux de santé mentale.

Lavelle et al. (2016) dans leur étude sur la désescalade mettent en avant que les explications théoriques de la violence suggèrent que le comportement des patients suivra une trajectoire comportementale prévisible de l'agitation à l'agression (Kaplan & Wheeler 1983). Cependant, l'analyse du comportement des patients hospitalisés suggère que ce n'est pas toujours le cas (Johnson & Delaney 2007, Bowers et al. 2013). Les facteurs contribuant à l'agressivité et à la violence dans les milieux de santé mentale sont complexes et variés, notamment les caractéristiques de l'environnement, les caractéristiques des patients et les compétences des cliniciens. Les résultats

montrent que, compte tenu de l'âge, de la consommation d'alcool et de drogues, les patients ayant des antécédents de violence étaient plus susceptibles d'avoir un comportement violent au cours des deux premières semaines de leur admission.

Price, O. et al.(2018) indiquent que de nombreuses données probantes démontrent que les taux d'agressivité dans les milieux psychiatriques sont soumis à: des facteurs relatifs au personnel (caractéristiques de chaque membre du personnel et des équipes qui influencent la nature et la qualité de leurs interactions avec les patients) ; des facteurs relatifs aux patients (nature des problèmes de santé mentale et caractéristiques démographiques des patients) et des facteurs environnementaux (qualité et sécurité des environnements physiques et si les organisations fournissent justice et protection des droits des patients). Il s'ensuit que la mise en œuvre et l'efficacité de techniques de désescalade sont susceptibles d'être influencées par ces trois catégories.

D'après Sands et al. (2012), on retrouve notamment dans les facteurs de risque à la violence: l'hostilité, l'agitation, les troubles de la pensée, la fréquence et/ou gravité des symptômes positifs de schizophrénie, la suspicion, l'irritabilité, les capacités sociales réduites, les soins personnels déficients, les maladies précoces, les antécédents violents, les troubles cognitifs, les troubles de personnalité antisociale. Les facteurs de risque qui ont obtenu la cote de preuve la plus élevée étaient principalement liés à des facteurs cliniques immédiatement observables dans l'apparence générale du patient, son

comportement, son langage et sa pensée. Ces résultats ont révélé que les facteurs de risque cliniques sont plus prédictifs de la violence que les facteurs diagnostiques ou historiques.

Morphet et al. (2014) ont répertorié les personnes en cause de violence aux urgences. À savoir, les personnes touchées par l'alcool et les drogues, ainsi que les patients atteints d'une maladie mentale. La grande majorité des participants ont indiqué que les longs temps d'attente aux urgences et une incompréhension de l'organisation contribuaient également à la violence. Cela est confirmé dans l'expérience de Hahn et al. (2012) et ils ajoutent que le niveau d'information des patients et des visiteurs par rapport aux examens et tests est souvent faible. Le sentiment qui en résulte est souvent l'anxiété, qui est associée à la violence.

- **Efficacité des techniques de prévention à la violence**

Cette thématique répond en partie à notre problématique puisqu'elle présente une palette d'outils efficaces pour prévenir au mieux la violence dans des situations reflétant des cas d'urgence psychiatrique.

Adopter un environnement favorable

Price et al. (2018) constatent que les facteurs environnementaux ont une grande influence sur le succès et l'échec des techniques de désescalade. En effet, le besoin d'accompagner le patient agité vers des zones à faible stimulus tel qu'une pièce latérale favorisant un environnement calme et adéquat (NICE, 2015) s'avère nécessaire. Cette pratique peut être

problématique parce qu'elle exige que le patient accepte la volonté du personnel (Renwick et al., 2016b).

Les résultats de l'étude de Morphet et al. (2014), contrairement aux résultats d'autres études qui prônent davantage le calme, ont suggéré diverses stratégies plus restrictives pour réduire la violence à l'urgence. Il s'agit notamment d'augmenter le nombre d'agents de sécurité, d'introduire ou d'appliquer une politique de tolérance zéro et de former le personnel à l'identification et à la gestion des agressions.

Attitude et approche relationnelle infirmière

Les résultats des descriptions des infirmières dans l'étude de Björkdahl et al. (2010) concernant les approches du bulldozer et du danseur de ballet pose la question de l'encouragement des infirmières à réfléchir à la façon dont elles intègrent les styles infirmiers paternalistes aux soins centrés sur la personne. L'approche du danseur de ballet est utilisée principalement sur une base individuelle avec le patient. En effet, les infirmières cultivent un sentiment de sécurité, de confiance et de proximité avec les patients en parlant avec eux, en leur donnant du temps, en étant ouvertes et disponibles et en adoptant une approche attentionnée. L'approche du Bulldozer apparaît comme déshumanisante bien que l'auteur y trouve une certaine efficacité. Ce n'est donc pas l'approche que nous recommandons le plus dans ce travail.

D'après les résultats de l'étude de Hahn et al. (2012), les aptitudes de communication telles que l'utilisation appropriée du langage, le langage

corporel non verbal cohérent et le paralangage, une voix adéquate et le contact visuel sont des facteurs importants témoignant de l'engagement professionnel des soignants qui contribuent à prévenir la violence.

Kaunomäki et al. (2017) renforcent ces éléments l'entretien infirmier est utilisé dans la pratique clinique quotidienne comme première alternative à l'isolement et à la contention. L'écoute empathique, l'attention et la compréhension, la communication active, une présence attentive, le tact et la réflexion humaine sur la psychopathologie du patient sont des éléments essentiels de discussions ciblées. Cela crée une atmosphère de sécurité, de réconfort et de compréhension, tout en offrant une meilleure compréhension de l'état mental actuel du patient.

Exactitude et facilité d'utilisation des échelles

Selon Yao et al. (2014), l'instrument BVC (Broset Violence Checklist) s'est avéré rapide et facile à utiliser dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique intense et aiguë et a démontré de bonnes propriétés psychométriques. En outre, le personnel s'est rapidement habitué à l'instrument et l'a utilisé consciencieusement dans son travail de routine.

L'étude de Maguire et al. (2017) démontre que leurs résultats concordent avec ceux d'études antérieures sur la validité prédictive de la DASA et montrent qu'elle prédit valablement l'agressivité chez les patients hospitalisés, hommes et femmes.

Mise en place d'une équipe d'urgence

D'après les résultats de l'étude de Zicko et al. (2017), la mise en place d'une équipe d'intervention d'urgence comportementale (BERT), composée d'experts en santé mentale, permet de réduire l'utilisation des contentions, la violence au travail et les appels à la sécurité, et d'améliorer la confiance du personnel pour identifier et utiliser la désescalade pour gérer les symptômes comportementaux. Compte tenu de l'immense succès remporté, le BERT de l'étude de Zicko et al. (2017) a été étendu à toutes les unités pour adultes hospitalisés.

La collaboration

Björkdahl et al. (2013) mettent en avant l'approche proactive des infirmières pour prévenir la violence. Ils expliquent qu'une approche proactive de l'agressivité et de la violence envers les patients exige des infirmières qu'elles jouent un rôle actif et promoteur de la santé auprès des patients et dépend du travail en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire.

Dans l'étude de Feinstein et al. (2018), il est ressorti que des relations personnelles solides se sont développées entre la police et le personnel psychiatrique reflétant une importante collaboration, ce qui a facilité l'intervention rapide de la police. L'intervention de la police est cependant à éviter au maximum puisqu'elle s'apparente à l'utilisation d'approches coercitives et de répression, elle n'est donc pas à favoriser dans notre cadre de recherche.

Techniques de désescalade

En reprenant l'étude de Lavelle et al.(2016) sur la technique désescalade, les résultats ont démontré que cette technique est fréquemment utilisée dans les unités de soins psychiatriques et est efficace pour prévenir la violence dans la majorité des cas. La vigilance et la réactivité du personnel infirmier sur les signes avant-coureurs de perturbation du comportement des patients peuvent mener à une intervention plus rapide et rendre la désescalade efficace pour prévenir la violence. La capacité des infirmières à remarquer le début d'une séquence de conflit est le déterminant critique de la gestion de l'agressivité (Johnson et Delaney, 2007).

Selon Price et al.(2018) indiquent que les techniques de désescalade recommandées à prévenir la violence comprennent la création de conditions sécuritaires pour l'intervention et de conditions optimales pour la communication. Ceci en retirant les objets dangereux, en s'assurant que des voies de sortie sont disponibles et que les personnes non nécessaires soient retirées. Il faut tenter de clarifier et de résoudre le problème à l'origine de l'agression du patient.

Tout au long du processus de la désescalade, l'empathie et le respect devraient être transmis et les réactions émotionnelles inutiles comme la colère, l'offense et l'anxiété devraient être inhibées.

Dans leur étude, la connaissance du patient a été identifiée comme étant d'une importance capitale pour le choix d'une technique efficace et le succès probable de la désescalade et cela permettrait au soignant de

comprendre avec précision le sens et la dangerosité d'un comportement exacerbé et pour individualiser les interventions de désescalade en fonction des besoins de chaque patient. Une meilleure exploitation des connaissances des patients grâce à une planification préalable peut donc être utile pour améliorer l'efficacité de la désescalade. Les systèmes de planification préalable identifiant les déclencheurs, les signes avant-coureurs d'alerte et les stratégies d'apaisement efficaces se sont avérés efficaces pour réduire l'incidence de l'isolement et de la contention.

Les résultats de l'étude de Mavandadi et al. (2016) suggèrent dans l'ensemble que l'EMDABS offre un moyen plus direct d'évaluer et de développer les compétences du personnel dans les techniques de désescalade. Cela permet de se rendre compte du niveau moyen des compétences des infirmières à ce niveau-là et de pouvoir adapter la formation du personnel.

Le modèle Safewards

L'étude de Bowers et al. (2015) a prouvé que le modèle de Safewards a réduit le taux d'événements conflictuels de 15,0 % et le taux d'événements de confinement a été réduit de 26,4 %. L'étude démontre que le modèle favorise la diminution des conflits ce qui signifie moins de blessures aux patients et au personnel en raison de la violence, de l'automutilation, du suicide, etc.

- **Facteurs défavorables à la prévention de la violence**

Cette thématique présente les facteurs défavorables à la prévention de la violence. Ceux-ci sont présentés comme des éléments à éviter et également à prendre en compte pour développer des stratégies infirmières efficaces. En effet, en identifiant ces facteurs, cela permet à l'infirmière d'éliminer tout élément précipitant l'agitation du patient et la violence et de cibler plus rapidement les facteurs favorables à la prévention de la violence. Les résultats suivants développent ces propos.

D'après Price et al. (2018), le manque de ressources adéquates a également une influence environnementale importante sur l'échec de la désescalade. Le personnel participant à l'étude était d'avis que cela a conduit à recourir à des pratiques restrictives plutôt qu'à la désescalade parce qu'elles étaient considérées comme l'option la plus efficace dans les services mal pourvus en personnel. L'anxiété du personnel a également été identifiée dans cette étude comme un facteur d'utilisation de la pratique restrictive au lieu de la désescalade.

D'après l'expérience de Mavandadi et al.(2016), les descriptions suivantes sont les pratiques les moins recommandables lors d'une désescalade: banaliser les préoccupations, les émotions et les demandes du patient; le manque d'empathie, renforcer ses craintes, le manque d'effort pour comprendre les préoccupations du patient et pour tenir compte de ce qu'il dit, minimiser son problème, renvoyer la responsabilité des soins du patient à quelqu'un d'autre et laisser la rencontre non résolue, devenir impatient, frustré

ou condescendant lorsque le patient devient plus difficile, susciter ou provoquer le patient en étant trop proche et confrontant, ou trop loin et craintif.

Perspectives et propositions pour la pratique

○ **Réduire les pratiques restrictives**

D'après l'étude de Maguire et al.(2017), le recours à des pratiques restrictives pour gérer l'agressivité pourrait en fait la précipiter. Il est impératif à l'échelle internationale de réduire le recours à des pratiques restrictives en raison de préoccupations quant à leur potentiel de préjudice physique et psychologique.

Björkdahl, A. et al. (2010) renforcent ces propos en affirmant que la sécurité physique et psychologique des patients demeure une responsabilité centrale et un objectif clé des soins psychiatriques en milieu hospitalier.

○ **Améliorer des compétences en communication**

D'après Hahn et al. (2012), il semble important de promouvoir les compétences en communication et un système de gestion de l'information clair, tant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel. La communication avec le patient devrait tenir compte de l'état physiologique, psychologique et émotionnel des patients et des visiteurs ainsi que des questions socioculturelles et de capacité (déficience cognitive, diversité culturelle, problèmes de langage, etc.).

- **Promouvoir la formation des professionnels**

Les résultats de l'étude de Lavelle et al.(2016). indiquent que la désescalade n'est pas instinctive, mais plutôt une compétence qui exige de l'enseignement (Whittington et Richter 2005). Les auteurs de cette étude mentionnent qu'il est nécessaire d'éclairer la formation du personnel fondée sur des données probantes en investissant dans la formation du personnel et en menant d'autres recherches sur les compétences spécifiques de désescalade qui sont les plus efficaces pour réduire la violence dans les milieux psychiatriques.

Tel que Morphet et al. (2014) ont démontré dans leur étude, l'éducation du personnel des urgences devrait être axée sur une communication verbale et non verbale efficace, ainsi que sur la reconnaissance du risque de violence, et sur des stratégies visant à désamorcer la situation, notamment des compétences en négociation. Björkdahl, A. et al. (2013) indiquent que la complexité des facteurs de risque doit être prise en compte et qu'une approche proactive plutôt que réactive devrait dominer la formation (Krug et al. 2002, Conseil de l'Europe 2004, Conseil international des infirmières et autres, 2005). En outre, elle devrait être fondée sur les principes de prévention de la santé publique, y compris les trois dimensions de la prévention.

D'après Hahn, S. et al (2012) la formation doit tenir compte des compétences en communication du personnel, de la gestion appropriée des violences, de l'importance des soins centrés sur le patient et de l'interaction empathique. Lavelle et al.(2016) encouragent une formation visant à améliorer

la communication autour de la médication, car cela peut à son tour améliorer l'efficacité de la désescalade et réduire le recours à d'autres mesures plus coercitives, telles que la contrainte physique.

A l'inverse des approches plutôt humanistes recommandées jusque là, Morphet et al. (2014) indiquent qu'une politique de tolérance zéro pourrait fonctionner. Cela va cependant à l'encontre de la prise en charge que nous voulons pour le patient.

.

Chapitre 6 : Conclusion

Apport du travail de Bachelor

Ce travail de Bachelor, aboutissement de notre formation, nous a forcé à développer des compétences dans le domaine de la recherche et de la méthodologie, domaines qui ne nous étaient pas familiers. Nous avons dû exercer notre esprit critique afin de déterminer ce qui était pertinent de ce qui l'était moins. Durant sa rédaction, au cours de ces deux dernières années et particulièrement ces trois derniers mois, ce travail nous a mis face à des éléments contraignants. En effet, nous avons rencontré des difficultés à cibler la question, car peu de résultats de recherche correspondaient à notre thématique. Au début, nous voulions davantage spécifier notre question de départ, notamment par rapport à la population (un type spécifique de pathologie concerné), mais les résultats de recherche étaient trop rares et ne suffisaient pas à apporter un contenu riche à notre travail. Nous avons donc dû nous adapter et choisir une question plus générale qui nous a permis de trouver le nombre d'articles escompté ayant un bon niveau de preuve.

Nous avons également rencontré des difficultés par rapport à la notion de temps. Nous en avons beaucoup perdu à cibler la question sur les bénéfices pour le patient, et malheureusement, peu d'articles trouvés traitaient de la prévention de la violence du patient contre le soignant et dont l'outcome était ciblé sur les bénéfices pour le patient. Nous avons perdu beaucoup de temps à faire des recherches avec des mots-clés qui ne nous donnaient aucun résultat et nous avons donc dû réorienter notre travail, et nous adapter. La majorité

des difficultés de notre travail ont donc été rencontrées dans la partie recherche.

Malgré ces aléas, la bonne cohésion au sein de notre groupe a facilité le passage de ces difficultés. Nous avons développé des compétences en matière de travail en groupe, de négociation, d'argumentation. La dynamique de notre groupe était basée sur une bonne communication et nous avons également pu compter sur nos compétences en matière d'adaptation, ce qui nous a fortement aidés à nous ressaisir lors des moments de découragement.

Notre travail a été grandement étoffé par les différents témoignages et apports des personnes interviewées qui se sont montrées très ouvertes, collaborantes et se sont révélées être des sources d'information très riches.

Nous ajoutons que la bonne organisation et coordination au sein de notre groupe a favorisé le rattrapage de notre retard de manière efficace. Nous nous sommes équitablement réparti les tâches en fonction des facilités de chacune ce qui a pu nous faire gagner du temps, notamment dans la partie méthodologie.

Limites

Tel qu'il a été mentionné dans la méthodologie et les résultats, nous avons dû prendre en compte quelques biais. En effet, l'une des limites de notre travail de bachelor est que, en raison du manque de résultats de recherche dans la littérature, la problématique est restée très large et peu ciblée donc en conséquence les résultats sont très dilués. De plus, les résultats étant peu

nombreux pour chacune des stratégies étudiées, la représentativité de certaines est insuffisante pour représenter une réelle preuve d'efficacité pour prévenir la violence.

En accord à cela, le contexte choisi des urgences psychiatriques n'a été que très peu développé. En effet, les articles parlaient de situations relatives à l'urgence psychiatrique en illustrant des cas de décompensation psychique, néanmoins cela ne faisait pas systématiquement référence à des unités d'urgences psychiatriques à proprement parler, comme nous l'aurions souhaité.

Perspectives pour la recherche

Suite aux conclusions de nos recherches, nous constatons qu'il est nécessaire que des recherches supplémentaires soient effectuées dans ce domaine. Les résultats appuient la désescalade dans la pratique, mais elle a été négligée dans la recherche jusqu'à présent et par conséquent, il y a peu de preuves empiriques pour éclairer la formation. En recommandation, il est donc urgent de mener d'autres recherches sur les compétences spécifiques de désescalade qui sont les plus efficaces pour réduire la violence dans les milieux psychiatriques afin d'éclairer la formation fondée sur des données probantes.

De plus, les recherches futures devraient mieux décrire la genèse de la violence des patients, y compris tous les facteurs de risque reconnus comme importants. Des échantillons de grande taille seraient nécessaires pour des analyses statistiques sophistiquées. Jusqu'à présent, les situations de violence

ont surtout fait l'objet d'enquêtes à partir de l'expérience du personnel. Pour une compréhension plus complète, des recherches sur le point de vue des patients seraient également nécessaires.

Des études complémentaires portant sur les associations entre les interventions réduisant les risques et les événements violents sont évidemment nécessaires pour éclairer le lien de causalité entre les interventions et la réduction de la violence. Cela servirait à déterminer lesquelles sont plus à même de prévenir la violence et à ce qu'elles puissent être ou non répertoriées comme des méthodes de référence lorsqu'on assiste à une menace de violence dans le contexte psychiatrique.

L'idéal serait de définir la désescalade de manière universelle, favoriser l'utilisation des échelles qui fonctionnent, investiguer plus profondément la pertinence des interventions coercitives, et les raisons pour lesquelles les contentions physiques sont toujours autant utilisées bien que le personnel soignant sache que l'efficacité réelle de ces méthodes est de plus en plus remise en question.

Chapitre 7 : Références

- Björkdahl, A., Hansebo, G., & Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*(5), 396-404. doi :10.1111/j.1365-2850.2012.01930.x
- Björkdahl, A., Palmstierna, T., & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(6), 510-518. doi :10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x
- Blando, J. D., O'Hagan, E., Casteel, C., Nocera, M. A., & Peek-Asa, C. (2013). Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety. *Journal of Nursing Management, 21*(3), 491-498. doi :10.1111/j.1365-2834.2012.01416.x
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). International Journal of Nursing Studies Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 52*, 1412-1422. doi :10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001
- Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E., & Stewart, D. (2012). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of Advanced Nursing, 68*(4), 826-835. doi :10.1111/j.1365-2648.2011.05784.x
- Bressington, D., Stewart, B., Beer, D., & MacInnes, D. (2011). Levels of service user satisfaction in secure settings - A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies, 48*(11), 1349-1356. doi :10.1016/j.ijnurstu.2011.05.011
- Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Combs, S. (2010). Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation. In *International Journal of Mental Health Nursing*, n°3, vol 19, p.186-194.
- Dickens, G., Piccirillo, M., & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing, 22*(6), 532-544. doi :10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x
- Eidhammer, G., Flutert, F. A. J., & Bjørkly, S. (2014). User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities - a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing, 23*(19-20), 2716-2724. doi :10.1111/jocn.12571

- Estry-Behar, M., Van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nézet, O., Conway, M.-P. & Hasselhorn, H.-M. (2008). Violence risks in nursing - Results from the European NEXT Study. In *Occupational Medicine*, n°2, vol 58, p.107-114.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia PA: F. A. Davis.
- Feinstein, R. E., & Yager, J. (2018). A Live Threat Violence Simulation Exercise for Psychiatric Outpatient Departments: A Valuable Aid to Training in Violence Prevention. *Academic Psychiatry*, 42(5), 598-604. doi :10.1007/s40596-017-0819-9
- Fluttert, F. A. J., Van Meijel, B., Van Leeuwen, M., Bjørkly, S., Nijman, H., & Grypdonck, M. (2011). The Development of the Forensic Early Warning Signs of Aggression Inventory: Preliminary findings. Toward a Better Management of Inpatient Aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(2), 129-137. doi :10.1016/j.apnu.2010.07.001
- Forsyth, A. S., & Trevarrow, R. (2018). Sensory strategies in adult mental health: A qualitative exploration of staff perspectives following the introduction of a sensory room on a male adult acute ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1689-1697. doi :10.1111/inm.12466
- Gbézo, B.-E. (2005). *Les soignants face à la violence*. France : Lamarre.
- Gunenc, C., O'Shea, L. E., & Dickens, G. L. (2015). Prevalence and predictors of verbal aggression in a secure mental health service: Use of the HCR-20. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(4), 314-323. doi :10.1111/inm.12130
- Hylén, U., Engström, I., Engström, K., Pelto-Piri, V., & Anderzen-Carlsson, A. (2018). Providing Good Care in the Shadow of Violence—An Interview Study with Nursing Staff and Ward Managers in Psychiatric Inpatient Care in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 148-157. doi :10.1080/01612840.2018.1496207
- Kaunomäki, J., Jokela, M., Kontio, R., Laiho, T., Sailas, E., & Lindberg, N. (2017). Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-8. doi :10.1186/s12913-016-1942-0
- Laker, C., Gray, R., & Flach, C. (2010). Case study evaluating the impact of de-escalation and physical intervention training. *Journal of Psychiatric and*

Mental Health Nursing, 17(3), 222-228. doi :10.1111/j.1365-2850.2009.01496.x

Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), 2180-2188. doi :10.1111/jocn.13239

Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: A repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1). doi :10.1186/1472-6963-12-108

Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J., & McKenna, B. (2017). Predicting aggressive behaviour in acute forensic mental health units: A re-examination of the dynamic appraisal of situational aggression's predictive validity. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 472-481. doi :10.1111/inm.12377

Mavandadi, V., Bieling, P. J., & Madsen, V. (2016). Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 357-368. doi :10.1111/jpm.12310

Mayeroff, M. (1971) *On caring*. Harper Perennial, New York

Michel, M. & Thirion, J.-F. (2004). *Faire face à la violence dans les institutions de santé – gestion des risques et de la qualité*. France : Lamarre.

Monceau, M. (1999). *Soigner en psychiatrie : entre violence et vulnérabilité*. Paris : Gaëtan Morin.

Moras, L. (2002). *Comprendre la violence en psychiatrie – approche clinique et thérapeutique*. Paris : Dunod.

Onwumere, J., Parkyn, G., Learmonth, S., & Kuipers, E. (2019). The last taboo: The experience of violence in first-episode psychosis caregiving relationships. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1), 1-19. doi :10.1111/papt.12173

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F (2010). *La pensée infirmière*, (3ème éd.). Montréal : Chenelière Education.

Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015). *Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du*

personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, 120(1), 47. doi :10.3917/rsi.120.0047

Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 310-319. doi :10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x

Sands, N., Elsom, S., Gerdzt, M., & Khaw, D. (2012). Mental health-related risk factors for violence: Using the evidence to guide mental health triage decision making. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(8), 690-701. doi :10.1111/j.1365-2850.2011.01839.x

Snorrason, J., & Biering, P. (2018). The attributes of successful de-escalation and restraint teams. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1842-1850. doi :10.1111/inm.12493

Stewart, D., Bowers, L., & Ross, J. (2012). Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: The dual role of constant special observation. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1340-1348. doi :10.1111/j.1365-2648.2011.05844.x

Stubbs, B. (2009). Physical intervention in older adult psychiatry: An audit of physical ailments identified by physiotherapists and the implications for managing aggressive behavior. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1196-1197. doi :10.1017/S1041610209990019

Watson, J. (2007). *Nursing: Human Science and Human Care : a Theory of Nursing*. Sudbury Mass.: Jones & Bartlett Publishers.

Watson, J. (2008). *Nursing : the philosophy and science of caring*. Boulder Colo.: University Press of Colorado.

Watson, J. (2012). *Human caring science : a theory of nursing*. Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning.

Watson, J., Waingnier, C., Caas, L., & Bonnet, J. (1998). *Le caring : philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Seli Arslan.

Wong, A., Wing, L., Weiss, B., & Gang, M. (2015). Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(6), 859-865. doi :10.5811/westjem.2015.8.26220

- Yao, X., Li, Z., Arthur, D., Hu, L., An, F. R., & Cheng, G. (2014). Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), 848-855. doi :10.1111/jpm.12132
- Zaczyk, C. (1998). L'agressivité au quotidien – comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade. Paris : Bayard.
- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., & Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2329-2341. doi :10.1111/j.1365-2702.2009.03118.x
- Zicko, J., Schroeder, R., Byers, W., Taylor, A., & Spence, D. (2017). Behavioral emergency response teams: Implementation improves patient safety, staff safety, and staff collaboration. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 377-384. doi :10.1111/wvn.12225

Chapitre 8 : Annexes

Annexe 1 : grilles de Fortin

Éléments d'évaluations	At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés de la recherche : au carrefour de la violence et de l'agressivité à l'urgence : le point de vue des infirmières d'urgence australiennes
Résumé	Le résumé présente de manière synthétique: les objectifs / la méthode / les résultats / la conclusion
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème synthétise clairement la recherche. Cette étude a examiné la violence aux urgences du point de vue des infirmières de triage, des gestionnaires d'unité de soins infirmiers et des infirmières qui ne sont pas affectées au triage.</p> <p>En effet, les infirmières d'urgence vivent la violence différemment, selon leur domaine de travail. Les infirmières de triage ont indiqué qu'elles contribuent elles-mêmes à la violence à l'urgence par leur style de communication. Les gestionnaires d'unités de soins infirmiers et les infirmières qui ne sont pas membres du triage estiment que la violence est le résultat des drogues et de l'alcool, ainsi que des longs temps d'attente. Les stratégies visant à réduire la violence doivent répondre aux besoins des patients et du personnel, tant à l'urgence que dans la salle d'attente. Ces stratégies devraient comporter de multiples facettes et comprendre l'éducation des usagers et du personnel de l'urgence, ainsi qu'un soutien de la direction pour répondre aux signalements de violence.</p> <p>Dans la présente étude, il s'agit d'identifier les causes et les actes communs de violence aux urgences perçues par les trois groupes d'infirmières.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise et fournit une synthèse de l'état des recherches en reprenant les éléments suivants : la violence est répandue dans les services de santé australiens, et en particulier dans les services d'urgence. Plusieurs organisations et organismes gouvernementaux ont formulé des recommandations visant à réduire la prévalence de la violence dans les soins de santé, mais, à ce jour, celles-ci n'ont pas été mises en œuvre de manière cohérente et la violence continue.</p> <p>Le maintien de l'environnement thérapeutique du service d'urgence et l'assurance d'un milieu de travail sécuritaire sont des défis à la fois extraordinaires dans une société qui tolère de plus en plus la violence et l'agressivité. Des études australiennes révèlent que la violence liée au patient est vécue par la majorité des infirmières d'urgence. Les infirmières de l'urgence peuvent elles-mêmes sentir que la violence et l'agressivité font partie de leur travail. C'est au triage que la violence est la plus répandue. Cela peut causer de l'instabilité et de la détresse chez le personnel et les autres patients, ce qui rend le personnel et les patients plus distraits et sur la défensive, ce qui entraîne des retards dans le traitement et des temps d'attente plus longs.</p> <p>Il est difficile pour toute organisation de comprendre les tendances de la violence professionnelle ou de concevoir des programmes d'intervention. Chapman et coll. ont signalé que lorsqu'on leur demande de réfléchir au dernier incident, seulement 50% des infirmières le signalent verbalement et seulement 16% le font sous une forme écrite. Une étude a révélé que certains membres du personnel infirmier (11 %) avaient démissionné de leur poste en raison de violence verbale ou physique, et 24 % avaient envisagé de démissionner pour la même raison. Toutefois, si l'information</p>

	<p>était disponible et bien gérée, l'impact de la violence et de l'agression pourrait être atténué et le milieu de travail pourrait demeurer stable.</p> <p>Le Design Council, en collaboration avec trois National Health Service (NHS) trusts au Royaume-Uni, a observé les causes de violence et d'agression à l'urgence et identifié six types de patients et/ou d'agresseurs : les patients cliniquement confus, frustrés, en état d'ivresse, antisociaux, en détresse et/ou effrayés et socialement isolés. L'identification de ces types a aidé le personnel à trier les déclencheurs, les défis et les voies d'accès. Le Conseil a ensuite entrepris de communiquer avec les patients, en reconnaissant leur douleur physique ou mentale, en gérant leurs attentes en matière de service et en s'assurant qu'ils connaissent le système de service d'urgence. Chaque étape du parcours du patient a été améliorée après avoir constaté que les patients avaient besoin des renseignements les plus fondamentaux, de sorte qu'ils savaient à quoi s'attendre pendant leur séjour à l'urgence.</p> <p>Les politiques de tolérance zéro constituent une approche de la non-acceptation de la violence au travail. Ces politiques ont été introduites dans le secteur de la santé de la Nouvelle-Galles-du-Sud en 2005, et au Royaume-Uni, où le Premier ministre David Cameron a déclaré qu'il n'accepterait rien de moins que la tolérance zéro pour ceux qui attaquent le personnel du NHS.</p> <p>Pich et al. notent que " l'accent semble être mis sur la réaction immédiate aux épisodes de violence, par exemple les agents de sécurité et les alarmes sous contrainte, sans accorder une attention suffisante à la prévention de ces épisodes". L'Australian College of Nursing estime également que le niveau de violence dans les soins de santé est inacceptable.</p> <p>Les enjeux sont complexes et les infirmières sont à la croisée des chemins ; en réalité, malgré les stratégies et les recommandations des divers comités et organisations, la violence et l'agressivité demeurent une influence indue à l'urgence.</p>
Cadre de recherche	Les concepts ne sont pas définis selon un plan conceptuel.
Buts et question de recherche	Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise : La présente étude explore les facteurs qui continuent d'influer sur la violence et l'agressivité aux urgences du point de vue des infirmières de triage, des infirmières gestionnaires d'unité et des infirmières de non-triage.
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie de façon précise dans les résultats de l'étude. Les participants à la présente étude provenaient de tous les États et territoires australiens. La majorité des répondants avaient travaillé entre 6 et 10 ans à l'urgence et se sont identifiés comme infirmières de triage, infirmière gestionnaire d'unité et infirmières de non-triage.</p> <p>Au total, 157 participants ont répondu aux questions de la première série.</p> <p>L'auteur n'a pas envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon. La méthode d'échantillonnage utilisée n'a pas permis d'ajouter des renseignements significatifs.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats, l'approbation éthique a été demandée et obtenue du Comité de recherche et d'éthique humaine de l'Université Monash, et l'étude a reçu l'appui du Conseil d'administration et du Comité de recherche de la CENA.</p> <p>L'étude ne présente pas de risque pour les participants puisqu'ils répondent à un questionnaire informatisé ainsi qu'à des questions de manière anonyme.</p>
Devis de recherche	Le devis de recherche utilisé dans cette présente étude est mixte et a permis de répondre à la question de recherche.

Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont clairement décrits : la technique Delphi, utilisée dans la présente étude, est une méthode d'établissement d'un consensus en utilisant plusieurs séries de collecte de données : (1) l'anonymat des participants ; (2) l'itération avec rétroaction contrôlée ; (3) une réponse de groupe statistiquement éclairée ; et (4) le recours à des experts.</p> <p>La technique Delphi consiste en plusieurs séries d'enquêtes au cours desquelles les chercheurs recherchent un consensus sur des sujets. La présente étude comportait trois séries d'enquêtes. Les répondants ont fourni des réponses en texte libre concernant leur expérience des catégories de personnes qui sont à l'origine de la violence, les processus les plus courants causant la violence, les actes de violence les plus courants et leurs recommandations de stratégies visant à réduire la violence à l'urgence.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est synthétique et clair : les réponses de la première série ont été codées indépendamment par deux membres de l'équipe de recherche (JM et DG), un consensus a été atteint entre les deux chercheurs, puis les codes ont été approuvés par toute l'équipe de recherche. Les réponses ont ensuite été regroupées pour chaque groupe respectif (infirmières de triage, infirmières non-spécialistes du triage, infirmières non-spécialistes du triage, UM) en listes de catégories de personnes qui causent la violence, les processus contribuant à la violence, les actes de violence et les stratégies de changement.</p> <p>Dans le cadre des deuxième et troisième cycles, l'enquête a demandé à chaque groupe de participants de classer les listes comme décrites ci-dessus (personnes, causes, actes et stratégies de changement). Des réponses en texte libre ont également été sollicitées lorsque d'autres points pouvaient être signalés.</p> <p>Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent.</p> <p>L'étude ne comporte pas d'intervention (variable indépendante).</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse utilisées sont décrites de manière succincte. Les réponses quantitatives à chaque série ont été analysées à l'aide de l'échelle médiane et de l'échelle interquartile (IQR) afin de rassembler les thèmes émergents, puis les résultats ont été retournés aux participants pour être affinés davantage. Cela s'est poursuivi jusqu'à ce qu'aucun nouveau sujet n'ait émergé et qu'un consensus ait été atteint.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer les résultats ne sont pas mentionnés</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux.</p> <p>Le tableau 1 reprend les caractéristiques des participants, le tableau 2 regroupe les catégories de personnes qui causent de la violence dans les services d'urgence, le tableau 3 concerne les processus des services d'urgence qui mènent à la violence, le tableau 4 présente les actes de violence courants subis au cours des 12 derniers mois, le tableau 5 illustre les stratégies visant à réduire la violence dans les services d'urgence, puis le tableau 6 regroupe le classement final des personnes, des causes et des actes de violence les plus importants dans les services d'urgence et les stratégies de changement.</p> <p>Ces tableaux sont argumentés sous forme de texte narratif. En résumé, les longs temps d'attente, les drogues et l'alcool ont tous contribué à la violence à l'urgence. L'amélioration de la communication au triage et le soutien de la direction pour assurer le suivi des épisodes de violence ont été suggérés comme stratégies pour réduire la violence à l'urgence.</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats concordent les études antérieures menées sur le même sujet et sont discutés à la lumière d'études antérieures.</p> <p>L'objectif de la présente étude était d'examiner la violence à l'urgence et de comparer les points de vue des infirmières d'urgence qui jouent différents rôles à l'urgence. L'une des variations notables dans la cause perçue de la violence entre les groupes de participants était l'identification du personnel de sécurité. Les infirmières de triage et les infirmières fixes ont indiqué que le manque de personnel de sécurité contribuait à la violence à l'urgence. Le personnel de sécurité serait essentiel dans la gestion des épisodes de violence dans les soins de santé. Près de la moitié des répondants ont indiqué que le personnel de sécurité bien formé, visible 24 heures sur 24 à l'urgence, était la stratégie clé à réduire la violence à l'urgence, une constatation qui est appuyée par d'autres études.</p> <p>Dans la première série de l'étude, les infirmières de triage ont également reconnu la contribution du personnel de sécurité à la réduction de la violence à l'urgence. Toutefois, à la troisième série, ce groupe n'a plus identifié le personnel de sécurité comme réduisant la violence à l'urgence ; certaines infirmières de triage (n = 15 ; 11 %) ont plutôt déclaré que le personnel de sécurité avait effectivement contribué aux épisodes de violence à l'urgence. Cela met en évidence un contraste frappant dans la perception qu'ont les participants du personnel de sécurité. Au sein du service d'urgence, le personnel de sécurité est considéré comme un " protecteur " contre la violence, alors qu'au triage, il est perçu comme un " agresseur " de la violence. Cela donne à penser que le comportement et les besoins du personnel et des usagers des services d'urgence varient à l'intérieur de l'urgence par rapport à la salle de triage et à la salle d'attente. Bien qu'apparemment incongrues, ces perceptions contradictoires du personnel de sécurité sont également évidentes dans la littérature.</p> <p>Les longs délais d'attente ont été signalés par chaque groupe comme étant le processus de service d'urgence le plus courant contribuant à la violence. Les auteurs d'une étude suggèrent que le système de triage n'est peut-être pas bien compris et que les perceptions des consommateurs quant à une " longue attente " peuvent différer de celles du personnel de l'urgence.</p> <p>Un faible pourcentage de participants a signalé des menaces d'agression à leur lieu de résidence. Cet acte constitue une attaque personnelle et, à ce titre, doit faire l'objet d'une enquête et être pris au sérieux par la direction et la police. Dans cette optique, il est intéressant de noter que les participants de chaque groupe ont indiqué que le soutien de la " direction " pour le suivi des incidents violents, y compris le signalement de l'incident à la police, était une stratégie importante pour réduire la violence aux urgences.</p> <p>L'absence d'une politique de " tolérance zéro " a été identifiée par les infirmières de triage comme contribuant à la violence, et les trois groupes de répondants ont indiqué que l'introduction et l'application d'une politique de tolérance zéro à l'égard de la violence serait nécessaire. Une politique de tolérance zéro identifie les actions et les comportements qui ne seront pas tolérés à l'urgence et gère les comportements de façon appropriée (p. ex. faire retirer le patient du service).</p> <p>Pour qu'une politique de tolérance zéro fonctionne, elle doit être dotée de ressources suffisantes et appliquée de manière cohérente, et une culture de dénonciation de la violence doit être soutenue par la direction. Toutefois, même avec ces ressources et ces soutiens en place, la gestion d'une politique de tolérance zéro à l'urgence n'est pas simple.</p> <p>Les limites de l'étude sont présentées de manière succincte. Cette étude visait à identifier les points de vue des trois groupes d'infirmières qui travaillent à l'urgence. Les résultats de la première série ont mis en lumière les points de vue différents des infirmières de triage par rapport aux deux autres groupes. Toutefois, au troisième tour, ces différences se sont atténuées et ont été intégrées dans l'approche</p>

	<p>consensuelle de la technique Delphi. Un examen plus approfondi des points de vue des infirmières de triage peut fournir des renseignements importants étant donné que c'est à cet endroit que l'incidence de violence est la plus élevée.</p> <p>En conclusion, la présente étude contribue à l'ensemble des connaissances sur la violence au travail à l'urgence en menant une enquête à l'aide de la technique Delphi et en identifiant et comparant les perceptions des infirmières de triage, des infirmières non-triage et des infirmières gestionnaires d'unité sur la violence dans l'urgence. La présente étude a permis de dégager certaines constatations importantes.</p>
Conséquences et recommandations	<p>En conséquence aux résultats de l'étude, il a été suggéré qu'au lieu d'adopter une politique de tolérance zéro unique, les urgences devraient envisager de mettre en œuvre des politiques proactives qui encouragent un environnement sûr, exempt de violence, et une culture du signalement.</p> <p>L'élément le plus important de la prise en charge efficace de la violence dans les urgences est l'éducation, qui s'adresse à la fois au personnel et aux consommateurs.</p> <p>Les participants ont suggéré que les programmes de sensibilisation du public portant sur l'utilisation appropriée des services d'urgence et sur le comportement à adopter dans les urgences pourraient englober des exemples de violence récente au travail, qui pourraient avoir un effet dissuasif. Il a été démontré que les stratégies d'éducation sont efficaces au Royaume-Uni, où un programme d'éducation ciblé a fait en sorte que les consommateurs de services d'urgence ont reçu de l'information sur leur voyage et sur ce à quoi ils peuvent s'attendre.</p> <p>Les infirmières de triage participantes ont signalé que le personnel de l'urgence lui-même avait contribué à la violence, en raison d'une mauvaise communication verbale et non verbale et d'un manque de compassion, démontrant un manque d'empathie envers les patients. L'attitude générale, y compris le ton, la négativité, la confrontation et la remise en question de la validité de la présentation des patients à l'urgence, par exemple, peut déclencher ou exacerber des actes de violence. L'éducation du personnel de l'urgence devrait être axée sur une communication verbale et non verbale efficace, ainsi que sur la reconnaissance du risque de violence, et sur des stratégies visant à désamorcer la situation, notamment des compétences en négociation. L'éducation devrait également favoriser une culture de sécurité dans le milieu du travail, en encourageant la déclaration de violence dans l'environnement de travail, en donnant des commentaires.</p>

Éléments d'évaluations	Mental health-related risk factors for violence : using the evidence to guide mental health triage decision making
Titre	<p>Le titre précise les concepts clés : facteurs de risque, violence, santé mentale, données probantes, triage.</p> <p>La population à l'étude est les infirmières de triage en santé mentale.</p>
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème à l'étude est justifié comme suit : cette étude vise à combler les lacunes dans les données probantes en identifiant les meilleures données probantes disponibles sur les facteurs de risque liés à la santé mentale pour la violence initiée

	<p>par le patient, la problématique est donc pertinente étant donné l'état des connaissances actuelles.</p> <p>L'évaluation du risque de violence au triage est particulièrement pertinente pour le dépistage précoce et la prévention de la violence envers les patients, ainsi que pour améliorer la sécurité du personnel clinique et du grand public. Cela est également essentiel pour réduire les conséquences négatives associées à la violence, comme les blessures, l'isolement, les contraintes chimiques et mécaniques, la détention involontaire, la prolongation du séjour, les dommages matériels et le fardeau financier énorme associé aux congés de maladie et aux invalidités. Jusqu'à présent, les données probantes pour l'évaluation des risques de violence liés au triage en santé mentale ont été minimales.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise.</p> <p>Elle fournit une synthèse de l'état de la question par rapport à la problématique de recherche. Bien qu'un certain nombre d'outils normalisés d'évaluation des risques de violence soient largement utilisés dans les milieux judiciaires, leur généralisabilité à l'ensemble des milieux psychiatriques est actuellement inconnue. Les évaluations initiales rapides sont souvent effectuées dans des services d'urgence et dans des milieux non cliniques comme le domicile des patients, les pensionnats, les unités résidentielles subventionnées et les lieux publics, et de plus en plus par téléphone dans les centres d'appels en télésanté. Dans ces circonstances, l'utilisation de la plupart des outils normalisés d'évaluation des risques de violence est peu pratique.</p> <p>La recension fait état de la recherche par rapport à la problématique posée. Malgré le rôle vital que joue l'évaluation des risques de violence dans le triage et l'évaluation des crises en santé mentale, les données probantes à l'appui de cette pratique sont actuellement sous-développées.</p> <p>La recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude. D'après Sands 2007, l'évaluation du risque de violence est une composante essentielle du triage en santé mentale et de l'évaluation de crise qui vise à assurer la sécurité du patient, de la communauté et des travailleurs de la santé et il a été prouvé que cela diminuait les conséquences négatives associées à la violence. La recension présente des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés ne sont pas mis en évidence ni définis.</p> <p>Aucune base philosophique ni théorique n'est explicitée.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude en question est clairement décrit. Il s'agit d'effectuer un examen systématique afin de déterminer le niveau le plus élevé de données probantes sur les facteurs de risque liés à la santé mentale pour la violence des patients dans les soins de santé. Ces constatations devraient aller dans le sens de l'élaboration de lignes directrices fondées sur des données probantes pour l'évaluation rapide du risque de violence.</p> <p>La question de recherche est sous-entendue mais pas clairement énoncée sous forme de question dans l'introduction. Elle l'est par ailleurs dans la partie méthode : " Quels sont les facteurs de risque de violence des patients dans les établissements de soins actifs ? ». Les hypothèses ne sont pas indiquées. Les variables clés sont la violence des patients, l'évaluation des risques de violence par les soignants. La population à l'étude n'est pas clairement énoncée mais on peut déduire qu'elle comprend les patients en unité de soins psychiatrique.</p> <p>La question de recherche traite de la perception des facteurs de risque par les soignants afin de prévenir la violence des patients. La question de recherche reflète le contenu de la recension des écrits et découle logiquement du but.</p>

	La question s'appuie sur la méthode de recherche sous-jacente. La méthode consiste à effectuer une recherche dans la littérature par rapport aux données probantes répondant à la problématique.
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>Population : les infirmières de triage dans les établissements de soins actifs en santé mentale.</p> <p>Échantillon : l'échantillon est propre à chaque étude incluse dans la recherche. Les bases de données en ligne CINAHL, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO et Ovid ont été recherchées dans la littérature pertinente à la question de recherche et publiées en anglais. Afin de s'assurer que la recherche incluse dans l'examen est à jour, un examen des études réalisées depuis 1997 a été entrepris. Les critères d'inclusion pour l'examen étaient : l'article doit présenter des analyses statistiques par échantillon, et non seulement décrire la fréquence des facteurs de risque parmi les échantillons.</p> <p>Les études incluses ne doivent pas seulement présenter des données qui ont été publiées ailleurs (sauf dans le cadre d'une méta-analyse). L'article doit présenter des analyses originales.</p>
Considérations éthiques	Il n'y a pas de participants dans cette étude puisqu'il s'agit d'une revue systématique.
Devis de recherche	<p>Il s'agit d'une recherche documentaire de plusieurs articles traitant de la question de recherche. La méthode de recherche permet que l'étude atteigne son but et elle est conciliable avec le mode de collecte de données.</p> <p>Tous les articles ont fait l'objet d'un examen de pertinence par deux examinateurs et une équipe de six chercheurs a participé à l'évaluation critique des articles. Un examinateur a procédé à une évaluation critique de tous les articles inclus, et un deuxième examinateur a procédé à une évaluation critique d'un échantillon de 50 % du nombre total d'articles inclus pour établir la fiabilité entre évaluateurs.</p> <p>La méthode de recherche est appropriée à l'étude du problème proposé car la recherche documentaire a été faite par rapport aux potentielles réponses que pouvaient apporter les différents articles à la question de départ. Ceux-ci ont été examinés et triés en fonction de leur pertinence.</p>
Modes de collectes de données	<p>La question de recherche était claire, la recherche d'articles sur les bases de données a été effectuée en fonction de celle-ci et les études ont été sélectionnées pour amener une observation du phénomène la plus précise possible.</p> <p>Les instruments utilisés sont les différentes bases de données, qui n'ont pas été créées pour les besoins de l'étude. La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>

Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données est clairement décrit. Après l'inclusion des articles les plus pertinents et répondant aux critères, leur liste de référence ont été examinées afin de repérer d'autres articles pertinents qui n'auraient peut-être pas été détectés. La documentation grise a été recueillie au moyen d'un processus systématique qui comprenait la recherche sur les sites Web des ministères, des universités et des organisations professionnelles, ainsi que l'utilisation de métamoteurs de recherche comme Google pour trouver d'autres sites pertinents. Des listes de référence de la littérature grise ont également été établies pour d'autres articles.</p> <p>Afin de recueillir les données en minimisant les biais et en faisant appel à du personnel compétent, tous les articles ont fait l'objet d'un examen de pertinence par deux examinateurs et une équipe de six chercheurs a participé à l'évaluation critique des articles. Un examinateur a procédé à une évaluation critique de tous les articles inclus, et un deuxième examinateur a procédé à une évaluation critique d'un échantillon de 50 % du nombre total d'articles inclus pour établir la fiabilité entre évaluateurs. Toutes les études finales ont fait l'objet d'une évaluation critique par au moins trois chercheurs à l'aide de méthodes normalisées décrites par le NHMRC (2000). L'étude ne comportait pas d'intervention.</p>
Analyse des données	<p>Pour l'analyse des données, les résultats de chaque étude incluse ont été évalués en fonction de la force des preuves, ce qui comprend le niveau de preuve, la qualité des preuves et la précision statistique, ainsi que l'ampleur de l'effet et la pertinence de la recherche. Au total, 6 847 études ont été récupérées lors des recherches littéraires initiales. De ce nombre, 326 répondaient aux critères d'inclusion aux fins de l'examen ; toutefois, 277 d'entre elles n'ont pas réussi le processus de classement de la qualité, et 49 études ont été incluses dans l'examen final.</p> <p>Le rapport sur les constatations qui suit porte uniquement sur les facteurs de risque qui ont atteint les niveaux A, B et (dans une certaine mesure) le classement des éléments probants de niveau C dans l'examen systématique.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Le tableau 2 présente un résumé général des données probantes sur les facteurs de risque de violence cernés dans cette étude.</p> <p>Les résultats sont également présentés sous forme de texte narratif composé de paragraphes évoquant chacun des facteurs de risque répertoriés. On retrouve notamment : l'hostilité, l'agitation, les troubles de la pensée, la fréquence et/ou gravité des symptômes positifs de schizophrénie, la suspicion, l'irritabilité, des capacités sociales réduites, des soins personnels déficients, des maladies précoces, des antécédents violents, des troubles cognitifs, les troubles de personnalité antisociale.</p> <p>L'évaluation finale des données probantes a été réalisée à l'aide de la matrice d'évaluation de l'ensemble des données probantes décrite par le NHMRC (2009). Les données probantes reçoivent une note globale d'A (données probantes fortes) à D (données probantes faibles). La note globale reflète la force des preuves à l'appui. Elle est basée sur une sommation de la notation des différentes composantes de l'évaluation des éléments de preuve. Les éléments probants ne peuvent être classés A ou B à moins que le volume et la consistance des composantes de l'évidence ne soient classés A ou B (NHMRC 2009).</p>
DISCUSSION	

Interprétations des résultats	<p>Dans la présente étude, les facteurs de risque qui ont obtenu la cote de preuve la plus élevée étaient principalement liés à des facteurs dynamiques/cliniques immédiatement observables dans l'apparence générale du patient, son comportement, son langage et sa pensée. Ces résultats concordent avec des travaux antérieurs qui ont révélé que les facteurs de risque cliniques sont plus prédictifs de la violence que les facteurs diagnostiques ou historiques.</p> <p>Des études antérieures ont constamment confirmé l'association entre la maladie mentale et la violence. La relation entre les symptômes de la schizophrénie et la violence a fait l'objet de recherches rigoureuses au cours des deux dernières décennies. Les résultats de la présente étude concordent avec ceux d'études antérieures qui ont identifié le risque de violence comme étant significativement associés aux symptômes positifs de schizophrénie, les troubles de la pensée comme les hallucinations, les TCO (symptomatologie de type menaçante et atteinte aux mécanismes de contrôle), des états d'esprit tels que l'hostilité, la suspicion et l'irritabilité, des comportements tels que l'agitation et l'agitation, de mauvais soins personnels et des fonctions sociales réduites. De plus, nos résultats confirment également les résultats de recherches antérieures qui identifient des facteurs démographiques tels que les jeunes et le sexe masculin, les antécédents de violence, la déficience cognitive et les facteurs liés à la toxicomanie qui sont aussi importants par rapport au risque de violence. Les résultats appuient les recherches précédentes pour que les professionnels de la santé mentale reconnaissent d'abord le risque de violence associé à certains troubles/symptômes mentaux, et qu'ils élaborent ensuite des stratégies efficaces d'évaluation et de gestion des risques visant à prévenir la violence.</p> <p>L'interprétation et les conclusions de l'étude concordent avec les résultats d'analyse. Les limites de l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque d'homogénéité des facteurs de risque identifiés dans cette étude (mesures des résultats) a empêché le calcul de l'ampleur globale de l'effet pour chaque facteur de risque. - L'absence d'études bien conçues sur le personnel et les facteurs environnementaux importants pour le risque de violence des patients a fait en sorte que l'on n'a pas vraiment compris les facteurs externes qui peuvent influencer le risque de violence. - L'examen s'est limité à la recherche publiée en anglais, ce qui pourrait réduire la généralisabilité des résultats sur le plan interculturel. <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats.</p> <p>La version finale comprenait des études tirées de la documentation internationale et menées principalement dans des établissements psychiatriques de soins actifs et au sein de grands échantillons communautaires, de sorte que la généralisabilité de ces résultats aux populations vues dans des établissements psychiatriques d'urgence comme les services de triage en santé mentale et les équipes d'évaluation et de traitement des crises est bonne. Les limites précisent que la généralisabilité des résultats est cependant réduite puisque la recherche s'est limitée à la littérature anglophone.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <p>Concernant les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline infirmière, cette étude a permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risque de violence à l'aide de preuves solides et facilement observables dans la pensée, la parole et le comportement du patient, telles que l'hostilité et la suspicion, les expressions de colère, d'irritabilité et d'agitation. Les symptômes psychiatriques associés de façon significative au risque de violence sont principalement liés à la présence de symptômes positifs de schizophrénie, comme un trouble de la pensée grave et des hallucinations. L'une des tâches clés du triage consiste à déterminer l'urgence de la</p>

	<p>présentation ou le délai optimal dans lequel une intervention devrait avoir lieu. La gestion du risque de violence par l'identification précoce des facteurs de risque et des interventions opportunes et appropriées optimise le potentiel de résultats plus sûrs pour les utilisateurs des services et le personnel de santé.</p> <p>L'étude recommande que les cliniciens en psychiatrie d'urgence et en psychiatrie de crise soient formés pour détecter les facteurs de risque de violence qui ont une solide base de données probante (niveau A et niveau B), et qu'ils utilisent ces connaissances pour évaluer les risques et planifier les soins connexes. Les présentations directes avec les facteurs de risque connus de violence devraient être évaluées comme étant des facteurs de risque élevés nécessitant les soins et le traitement. L'évaluation psychiatrique devrait systématiquement comprendre des questions de dépistage et des observations générales qui portent spécifiquement sur la présence de symptômes de TCO, ainsi que des considérations sur l'apparition d'autres facteurs de risque de violence fondés sur des données probantes (notés précédemment) et des renseignements historiques (comme les épisodes de violence antérieurs), devraient guider les stratégies appropriées de gestion du risque. Les constatations qui découlent de cet article devraient aller dans le sens de l'élaboration de lignes directrices fondées sur des données probantes pour l'évaluation rapide du risque de violence.</p> <p>Oui, les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>
--	---

Éléments d'évaluations	Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China
Titre	Acceptabilité et propriétés psychométriques de la liste de contrôle Brøset Violence dans les établissements de soins psychiatriques en Chine
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche avec structure telle que : problème, méthode, résultats et discussion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le comportement violent ou agressif et ses conséquences négatives ont longtemps été un sujet de préoccupation en psychiatrie. En Chine, des flambées de violence soudaines et imprévues parmi les patients psychiatriques deviennent une préoccupation majeure et un défi à relever pour ceux qui travaillent sur le terrain. Dans leur contact quotidien proche avec les patients, les infirmières sont les mieux placées pour observer pour évaluer leurs comportements, afin d'évaluer la violence imminente et de prendre les mesures préventives qui s'imposent.</p> <p>Toutefois, l'absence d'un instrument normalisé d'évaluation du risque de violence a désavantagé les infirmières chinoises dans la pratique clinique. Malgré les recherches existantes sur le problème actuel, peu d'études se sont concentrées sur l'évaluation de la violence en milieu hospitalier aigu, et n'ont pas non plus fait l'objet d'un suivi systématique à explorer les propriétés prédictives d'un tel risque. S'appuyer uniquement sur l'instinct, l'observation et l'expérience n'est plus acceptable pour les infirmières psychiatriques parce que cette évaluation varie entre les membres du personnel, est peu fiable et difficile à justifier.</p>
Recension des écrits	Une recension été entreprise et fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. Ils parlent de plusieurs études ayant utilisé la

	<p>Broset violence checklist et l'ayant validée par des expériences. En résumé, la BVC a reçu un soutien et un succès généralisés en Norvège (Almvik et al. 2007, Vaaler et al. 2011), au Canada (Woods et al. 2008, Clarke et al. 2010), en Suède et en Suisse (Woods et al. 2008, Clarke et al. 2010).</p> <p>La recension des écrits semble donc présenter une base solide pour l'étude. Les auteurs présentent clairement l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude.</p> <p>La recension présente des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>La Brøset Violence Checklist (BVC) est un outil d'observation comportemental, il est l'instrument le plus fréquemment cité disponible pour évaluer le risque de violence chez les patients hospitalisés en psychiatrie (Almvik et Woods 1999, Bjorkly et al. 2009, Clarke 2010, Vaaler et al. 2011). Après avoir examiné tous les soins infirmiers sur une période de 5 ans à la Brøset Regional Secure Unit, Trondheim, Norway, Linaker & Busch-Iversen (1995) ont constaté que 55 différents changements de comportement ont été notés dans la période de 24 h avant un incident violent, et les six éléments les plus fréquents étaient la confusion, l'irritabilité, la turbulence, menaces physiques, menaces verbales et attaques sur des objets.</p> <p>La BVC évalue spécifiquement trois caractéristiques (confusion, irritabilité et turbulence) et trois comportements (menaces verbales, menaces physiques et attaques sur des objets) des patients absents (score 0) ou présents (score 1). Chaque élément est noté indépendamment, puis une somme totale est obtenue. Une somme de 0 indique que le risque de violence est faible, alors qu'un score entre 2 et 6 (le maximum) indique un risque élevé de violence et la nécessité immédiate de mesures préventives. On suppose donc qu'un client qui manifeste plus de deux de ces comportements a un potentiel élevé de devenir violent au cours de la période de 24 heures qui suit (Almvik et Woods, 1998).</p>
Buts et question de recherche	<p>Un tel instrument n'a pas encore été mis en place en Chine, où les infirmières en pratique clinique évaluent le potentiel de violence des patients hospitalisés sans une telle orientation systématique. Par conséquent, le BVC avec son application facile, l'exactitude de la prédiction et le haut niveau de fiabilité est prometteur.</p> <p>La présente étude vise à examiner son applicabilité, fiabilité, validité et acceptabilité dans un hôpital psychiatrique chinois réglage.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>L'étude était de nature prospective et comportait deux unités de soins aigus d'un hôpital psychiatrique de Pékin. L'hôpital est affilié à l'université, ce qui lui permet d'offrir une gamme complète de services en matière de services de santé mentale à environ 15 400 000 citoyens dans le monde. Il guide et offre également de l'aide dans les domaines suivant la formation de 18 instituts de soins de santé mentale au niveau du district dans différentes régions de Chine.</p> <p>Chacun des deux services, un pour les femmes et un pour les hommes, a 60 lits. Entre 22 et 24 infirmières et infirmiers qualifiés à temps plein pour chaque unité de soins. La durée moyenne du séjour des patients hospitalisés était d'environ 50 jours.</p> <p>Pendant la période de 5 mois, de mars à août, 2012, 296 patients ont été admis dans les deux services et 283 d'entre eux ont été évalués dans le cadre du processus de l'étude.</p>
Considérations éthiques	<p>L'évaluation du risque de violence pour les patients hospitalisés avait déjà été considérée comme une partie nécessaire de l'admission des patients dans cet hôpital, et le personnel infirmier de chaque salle a informé les patients lors de la collecte des données cliniques pertinentes.</p>

	L'étude a été approuvée par le Comité de la recherche sur des sujets humains et de l'éthique de l'École des sciences infirmières de l'Union médicale de Pékin L'université.
Devis de recherche	Le devis utilisé par cette étude est un devis quantitatif
Modes de collectes de données	<p>Après avoir obtenu l'autorisation du développeur de l'original BVC, traduction et rétro-traduction ont été entreprises indépendamment par deux traducteurs.</p> <p>Les épisodes d'agression verbale ou physique ont été recueillis à partir du dossier infirmier et du rapport de cas, et comprenaient des détails sur la violence comme la date et l'heure de l'incident, les provocations possibles, le type d'agression, la cible, les conséquences et les mesures utilisés pour mettre fin au comportement.</p> <p>Cette méthode de signalement de la violence a été envisagée comme valide et convenable parce qu'il couvrait tous les éléments du formulaire d'enregistrement couramment utilisé et validé pour les cas de violence le SOAS-R (Nijman et al. 2005).</p> <p>Les comportements qui n'ont pas causé de préjudice évident aux victimes ont été considérés comme une agression légère, alors que celles qui ont effectivement causé un préjudice physique visible aux victimes ont été considérées comme des formes graves d'agression. Tout le personnel infirmier de l'hôpital de recherche a reçu des programmes de formation sur la façon de rédiger des dossiers infirmiers standard et est tenu de consigner et de signaler les comportements anormaux des patients à chaque quart de travail.</p> <p>Les directeurs du service des soins infirmiers ont procédé à un examen régulier pour s'assurer que les rapports répondaient aux exigences.</p> <p>Les épisodes d'administration de mesures préventives intenses, y compris les médicaments et les contentions physiques, ont également été rassemblés pour analyse. Bien qu'il ne s'agisse pas nécessairement d'une forme indépendante de prédiction, un tel résultat permet d'évaluer les cas de faux positifs, par exemple pour déterminer si les patients n'ont pas pu passer à la violence en raison de l'application de ces mesures préventives. Ainsi, certaines des fausses prédictions positives peuvent en fait être une conséquence d'une prévention efficace.</p>
Conduite de la recherche	<p>L'enquêteur principal a donné une formation aux infirmières participantes. D'autres documents écrits sur l'utilisation de l'instrument ont été fournis. Pendant 2 semaines, 12 infirmières chevronnées ont évalué 14 patients nouvellement admis de façon indépendante afin de déterminer la fiabilité entre les évaluateurs. Par la suite, tous les patients admis ont été évalués par l'infirmière participante pendant les 7 premiers jours de leur hospitalisation.</p> <p>Deux évaluations ont été obtenues toutes les 24 h. La période de prévision a été définie comme l'intervalle entre la première évaluation et la suivante.</p> <p>Au cours de la période de collecte des données, le chercheur principal a mené des entrevues avec les infirmières pour consigner leur évaluation de l'instrument. L'intervieweur a posé des questions comme " Que pensez-vous de l'outil ", " Avez-vous rencontré des problèmes dans l'utilisation de l'outil " et " Avez-vous des suggestions pour l'utilisation de l'outil ". Les questions, problèmes et suggestions des participants concernant l'évaluation ont été enregistrés pour des analyses futures.</p>
Analyse des données	Toutes les données ont été analysées par SPSS 16.0 pour Windows (SPSS, Chicago, IL, USA). Des coefficients de corrélation intraclasse (ICC) ont été utilisés pour estimer la fiabilité inter-évaluateur pour le total et chaque élément de la CVB. L'analyse ROC a été utilisée pour mesurer la précision prédictive de l'instrument (Buchanan 2008). L'ASC affiche une mesure sommaire de l'efficacité de discrimination de l'échelle. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour les

	variables démographiques et l'occurrence des agressions. Le chi carré a été utilisé pour comparer la proportion de dossiers avec la note totale ≥ 2 entre les incidents violents et non violents. Des niveaux de signification conventionnels de 5 % et des intervalles de confiance (IC) de 95 % ont été utilisés pour toutes les analyses.
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux. Les modèles sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène et les résultats sont résumés par un texte narratif.</p> <p>Douze infirmières des deux salles participantes ont été interviewées, six en groupe et six individuellement. Toutes ont mentionné leurs impressions positives sur l'utilisation de la CVB et l'ont considérée comme conviviale, rapide et utile.</p> <p>L'évaluation des risques de violence à l'aide d'instruments était bien acceptée et appuyée, et des suggestions concernant l'utilisation ultérieure de la CVB ont été proposées.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>La principale conclusion de cette étude est que l'exactitude prédictive de la CVB était conforme à celle de l'étude norvégienne originale, ainsi qu'à celle d'autres pays. L'instrument s'est avéré rapide et facile à utiliser dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique intense et aiguë en Chine et a démontré de bonnes propriétés psychométriques.</p> <p>Avant le début de l'étude, l'une des préoccupations était de savoir comment la CVB serait acceptée et utilisée, étant donné la culture et la nature différentes de l'environnement clinique. La charge de travail du personnel était considérable ; par conséquent, toute charge de travail supplémentaire était considérée comme excessive et difficile pour le personnel infirmier à accepter. Néanmoins, après les deux premiers mois, le personnel s'est rapidement habitué à l'instrument et l'a utilisé consciencieusement dans son travail de routine.</p> <p>Sur 5 mois, sur les 296 patients admis dans les deux services, 283 (95,6 %) ont été évalués, ce qui a donné lieu à 3 707 évaluations. Ce pourcentage élevé d'utilisation indiquait que même dans leur pratique clinique très occupée, la CVB était encore acceptée et bien utilisée. Pour ce qui est de la consommation de temps, presque tout le personnel infirmier a dit qu'en moyenne, il leur a fallu environ 1 à 2 minutes pour effectuer une évaluation. La facilité d'utilisation et le gain de temps du BVC en font un outil très utile dans la pratique clinique très active en Chine.</p> <p>La version chinoise de la CVB s'est avérée conforme à la version originale et aux études réalisées dans d'autres pays. Dans la validation initiale de la CVB, Almvik et Woods (2000) ont émis l'hypothèse qu'un score de 2 ou plus est prédictif d'une violence imminente au cours des 24 prochaines heures. Il s'est avéré précis à 74 % pour détecter le résultat d'un événement violent pour un score de 2 ou plus, et à 91 % pour détecter le résultat d'un événement violent ne se produisant pas pour un score de 1 ou moins. Dans le cadre de l'étude de validation de la version allemande de la CVB, Abderhalden et al (2004) a révélé que l'aire sous la courbe ROC atteignait 0,88 et qu'au seuil de 3, la sensibilité et la spécificité de la CVB atteignaient respectivement 64% et 94%. De plus, les rapports de vraisemblance à plusieurs niveaux suggèrent d'autres méthodes de classification. Un total de 0-1 indique un risque très faible d'un s'ensuivant une attaque physique, la note de 2 à 3 indique un risque modéré et des scores de 4 ou plus indiquent un risque élevé.</p> <p>Dans la présente étude, les propriétés prédictives sont similaires. L'aire sous la courbe de RDC était de 0,85, avec 79 % de sensibilité et 88 % de spécificité respectivement au seuil de coupure La VPP s'élevait à 14,6 % et la VAN atteignait 1,0 %. 99.2%. Bien que la valeur de la VPP et de la VAN ait été influencée par les facteurs suivants la faible incidence de la violence, la sensibilité et la spécificité les</p>

	<p>valeurs indiquent la capacité de l'instrument en tant qu'instrument de dépistage des risques était satisfaisant.</p> <p>De plus, lorsque l'on utilise la norme de l'étalon combiné aux résultats (mise en œuvre de mesures préventives intensives ou épisode agressif), l'aire sous la courbe ROC augmente légèrement (ASC-ROC = 0,87). Cela donne à penser que dans certains pays il y a eu des faux positifs, la violence ne s'est pas produite en raison de la rapidité du lancement de mesures préventives. En d'autres termes, l'évaluation des faux positifs fondés sur l'occurrence de cas réels de l'agressivité peut être exagérée à cause de l'effet confondant l'effet des mesures préventives. Comme l'évaluation du risque de violence et la gestion sont inséparables, la gestion est aussi une composante clé des soins psychiatriques (Kennedy 2001).</p> <p>Les limites :</p> <p>La principale limite de cette étude est la difficulté de généralisation des résultats à d'autres paramètres. Le lieu clinique est considéré comme l'un des meilleurs hôpitaux psychiatriques au monde. La Chine et tout le personnel clinique reçoivent une formation normalisée. Malheureusement, en Chine, il y a une grande variation entre les zones urbaines et rurales et entre les différentes régions, de sorte que le développement des services de santé mentale n'est pas uniforme. Par conséquent, il est probable que le résultat pourrait ne pas être reproductible dans d'autres milieux moins favorisés. De plus, les principaux diagnostics des patients impliqués étaient la schizophrénie et trouble de l'humeur. L'application de la CVB entre les pays d'autres populations de patients, dans des contextes cliniques différents, devrait fournir plus d'éléments probants sur l'applicabilité, la fiabilité et la validité de l'instrument dans toute la Chine.</p> <p>Les conclusions :</p> <p>L'instrument s'est avéré rapide et facile à utiliser dans les cliniques chinoises et a obtenu l'appui des évaluateurs, une occasion de quantifier le potentiel de violence parmi leurs clients. La fiabilité inter-évaluateur et la capacité de prédiction étaient compatibles avec les études initiales.</p>
Conséquences et recommandations	<p>D'autres travaux doivent être entrepris pour explorer les possibilités d'affiner les évaluations et d'évaluer l'applicabilité et la capacité prédictive dans d'autres contextes psychiatriques.</p> <p>Deuxièmement, certains ont remis en question la nécessité d'utiliser cette échelle chez toutes les personnes admises. Est-il nécessaire d'évaluer un patient qui ne s'est jamais comporté violemment auparavant ? Il devrait y avoir une question de dépistage comme les antécédents de violence à choisir et d'évaluer ensuite les patients à risque à l'aide de la Brøset Violence Checklist.</p>

Éléments d'évaluations	Predicting aggressive behaviour in acute forensic mental health units: A re-examination of the dynamic appraisal of situational aggression's predictive validity
Titre	Prédire les comportements agressifs dans les unités de santé mentale médico-légale aiguë : un réexamen de l'évaluation dynamique de la validité prédictive de l'agressivité situationnelle

Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'agression est fréquente dans les milieux de soins de santé mentale et les infirmières sont souvent exposées à l'agression (Hahn et al. 2006 ; Jonker et al. 2008 ; Wells & Bowers 2002).</p> <p>Les effets indésirables suivant l'exposition à l'agression comprennent l'anxiété, la peur, la colère, le stress post-traumatique et la détresse générale (Bonner & Wellman 2010 ; Foster et al. 2007 ; Lee et al. 2015 ; Needham et al. 2005 ; Stone et al. 2011). L'agressivité peut également affecter le milieu, le moral et le fonctionnement du service et, en fin de compte, la qualité des soins que les patients reçoivent (Arnetz et Arnetz 2001 ; Daffern et al. 2015). Bien que les infirmières et le personnel soient souvent la cible d'agressions, d'autres patients pourraient également être exposés à l'agression à l'hôpital. La vérification nationale sur la violence du Royal College of Psychiatrists (2007) a révélé que la moitié des patients qui ont répondu ont déclaré qu'ils avaient déjà été victimes de violence qui les avait bouleversés ou perturbés, et qu'un tiers des répondants avaient été menacés ou s'étaient sentis en danger pendant leur séjour hospitalier.</p>
Recension des écrits	<p>L'évaluation des risques de violence imminente a été encouragée en tant que stratégie visant à la prévenir et à limiter le recours aux pratiques coercitives du personnel. L'évaluation des risques repose sur l'identification des signes avant-coureurs, afin que les mesures nécessaires puissent être prises pour prévenir les comportements agressifs (Abderhalden et al. 2008). L'objectif ultime de l'évaluation du risque est de prévenir la probabilité que le risque se produise ; par conséquent, l'évaluation du risque comprend non seulement la prévision du risque, mais aussi l'élaboration d'interventions pour réduire la probabilité qu'un événement indésirable se produise et lorsqu'un risque est détecté, les cliniciens ont l'obligation d'intervenir (Buchanan et al. 2012).</p> <p>Il existe plusieurs instruments structurés d'évaluation du risque conçus spécialement pour les unités de santé mentale qui peuvent être utilisés ; il s'agit de la Broset Violence Checklist (BVC ; Almvik et al. 2000) et de l'Évaluation dynamique de l'agression situationnelle (DASA ; Ogloff & Daffern 2004).</p> <p>Le DASA a été développé en 2002 à partir d'une recherche menée au Thomas Embling Hospital à partir d'une cohorte de patients résidant dans les unités de soins aigus de cet hôpital. Le DASA a été utilisé dans plusieurs pays et dans divers milieux, y compris les prisons et les services de santé mentale médico-légaux et généraux.</p> <p>La DASA comprend 7 éléments : attitudes négatives, impulsivité, irritabilité, menaces verbales, sensibilité à la provocation perçue, facilité à se mettre en colère lorsque les demandes sont refusées, et refus de suivre les directives. Chaque élément est noté par son absence (0) ou sa présence (1) dans les 24h précédant l'évaluation, puis additionné à la somme des notes des éléments. Chacun des 7 items est indépendamment lié à l'agressivité dans les 24 heures qui suivent. Les cotes de risque initiales de DASA (0, 1 = faible ; 2, 3 = modéré ; 4, 5, 6, 7 = élevé) ont été tirées d'Ogloff et Daffern (2006) et aident à la classification et à la planification des interventions.</p> <p>Malgré sa simplicité, un certain nombre de questions liées à cette évaluation doivent être examinées. Par exemple, si un patient est considéré comme présentant un risque élevé d'agressivité grâce au DASA, les infirmières peuvent intervenir ; la cote de risque élevé serait suivie d'une absence d'agressivité, ce qui laisse entendre que l'évaluation du risque était inexacte. Une tâche essentielle de la recherche d'évaluation des risques consiste à mener une recherche éthique et pratique qui identifie les occasions où le risque d'agression des patients est évalué, mais il n'y a pas d'intervention ; cela permettrait un véritable test de la validité prédictive.</p>

	<p>Une autre question importante concerne l'analyse statistique appropriée pour ce type de travail. L'utilisation de la régression logistique comme approche analytique ne tient pas compte de la nature répétée des observations, ce qui pourrait entraîner un biais (Coid et al. 2015) et des conclusions erronées concernant la précision prédictive.</p> <p>Laves auteurs se sont également inquiétés de la pertinence et de l'exactitude des instruments d'évaluation des risques pour les femmes, car de nombreux instruments d'évaluation des risques ont été élaborés et validés à partir de cohortes masculines. Un certain nombre d'études sur l'agressivité menées auprès de patients hospitalisés ont révélé que les femmes ont des taux d'agressivité comparables à celui des hommes (Elbogen et al. 2001 ; Nicholls et al. 2009 ; de Vogel & de Ruiter 2005). Étant donné la possibilité de faux positifs et de faux négatifs dans l'évaluation des risques, la détermination de ce qui pourrait être un niveau acceptable de sensibilité et de spécificité pour un instrument d'évaluation des risques a fait l'objet d'un débat, et les instruments d'évaluation des risques, comme la BVC et la DASA, ont dû composer avec cette situation une fois les cotes totalisées.</p>
Cadre, buts et question de recherche	<p>Les patients qui pourraient être considérés comme étant à risque de se comporter de façon agressive ou qui se livrent à une agression sont souvent soumis à des pratiques restrictives, telles que la contention et l'isolement. Cependant, le recours à des pratiques restrictives pour gérer l'agressivité pourrait en fait précipiter l'agressivité. Il est impératif à l'échelle internationale de réduire le recours à des pratiques restrictives en raison de préoccupations quant à leur potentiel de préjudice physique et psychologique (Happell et Kohen, 2010 ; Huckshorn, 2004 ; Lewis et coll., 2009).</p> <p>L'objectif de la présente étude était de tester la validité prédictive de l'évaluation des risques de la DASA lorsqu'aucune intervention visant à réduire le risque d'agression n'était documentée, et de tester la validité prédictive de la DASA tant pour les hommes que pour les femmes. La présente étude visait également à revoir les fourchettes de risque initiales de la DASA et à générer et tester de nouvelles fourchettes de risque.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>Cette étude rétrospective a été menée à l'hôpital de santé mentale sécurisé « Thomas Embling » à Melbourne. Il comprend des services de soins aigus et continus pour les condamnés et les prévenus, les patients qui ont été déclarés non coupables pour cause de déficience mentale et les patients à haut risque transférés des services de santé mentale de la région. Les participants comprenaient 60 patients choisis au hasard qui ont été admis dans l'une des deux unités de soins aigus pour hommes ou femmes, et qui sont demeurés à l'hôpital pendant au moins 60 jours. Les données de la présente étude ont été recueillies en 2014. Au cours de cette période, il y a eu un total de 151 patients admis à l'hôpital et qui sont demeurés dans les unités de soins actifs pendant 60 jours. Les 60 premiers jours d'hospitalisation ont été choisis parce que la violence est plus fréquente au début de l'hospitalisation, pendant la phase aiguë de la maladie et à l'admission.</p>
Considérations éthiques	<p>L'approbation éthique de l'étude a été accordée par l'Université de technologie de Swinburne (projet 2014/ 199). Le comité de recherche opérationnelle de Forensicare a approuvé l'accès aux dossiers des patients. Toutes les exigences éthiques ont été respectées et aucun problème d'éthique n'a été rencontré au cours de l'étude. La confidentialité a été maintenue en dépersonnalisant les données et en attribuant des numéros de participants uniques.</p>

Devis de recherche	Cette recherche utilise un devis quantitatif
Modes de collectes de données	<p>Tout le personnel infirmier de l'hôpital Thomas Embling est formé à l'utilisation du DASA. Chaque patient admis est évalué quotidiennement à l'aide du DASA vers midi. Pour accompagner le processus d'évaluation, il existe un guide d'une page qui décrit les sept éléments de la DASA.</p> <p>Les Lignes directrices RAGEE pour l'évaluation de l'efficacité en matière d'évaluation des risques ont été utilisées pour présenter les résultats de la présente étude. Les lignes directrices du RAGEE ont été conçues pour accroître la cohérence et la transparence des rapports sur les études d'évaluation des risques (Singh et al. 2014).</p>
Conduite de la recherche	<p>60 patients, admis de 2009 à 2013 et ayant passé au moins 60 jours à l'hôpital, ont été choisis au hasard et échantillonnés ; leurs dossiers ont été examinés par une infirmière clinicienne formée à l'utilisation de la DASA et ayant une expérience de recherche sur l'agression. L'information démographique a été enregistrée et, chaque jour, les éléments suivants ont été déterminés : i) si DASA a été complétée à chacun des 60 premiers jours d'hospitalisation du patient ; ii) le score quotidien du DASA ; iii) les stratégies d'intervention documentées dans le rapport des 24 heures après chaque évaluation DASA ; et iv) si l'agression a eu lieu dans les 24 heures suivant chaque évaluation DASA (ou dans le cas où il n'y a pas eu d'évaluation DASA, s'il y a eu des actes d'agression dans les 24h suivant le milieu de la journée lorsqu'une DASA devait être terminée).</p> <p>S'il y avait plus d'un type d'agression le même jour, la forme d'agression la plus grave était codée. Toutes les données ont été saisies à l'aide d'un outil de vérification sur papier adapté d'un outil élaboré par le Collège royal des psychiatres (2007). Au départ, la codification des événements agressifs a été vérifiée chez TM et MD pour assurer la fiabilité de l'intercodeur en vérifiant les deux premiers dossiers des patients ; par la suite, si des questions concernant le codage sont apparues au cours de l'examen des dossiers, TM a consulté MD jusqu'à ce qu'une entente soit conclue.</p>
Analyse des données	<p>L'analyse des caractéristiques de l'ASC et des caractéristiques de l'opérateur-récepteur (ROC), ainsi que de la sensibilité et de la spécificité, a été utilisée pour déterminer dans quelle mesure la DASA prédit bien l'agression.</p> <p>La sensibilité et la spécificité sont le nombre de cas corrects en tant que fraction des totaux pour les patients qui étaient et qui n'étaient pas agressifs (Anthony 1999). L'analyse de l'ASC/ROC a été couramment utilisée dans la recherche sur l'évaluation des risques (Rice et Harris, 1995). L'analyse ROC produit une aire sous la courbe où 0,5 est égal à chance et une précision totale de 1,0 (McGuire 2004). Les résultats de l'ASC représentent la probabilité qu'un patient sélectionné au hasard et agressif obtienne une valeur d'ASC supérieure à celle d'un patient qui ne se livre pas à une agression. L'analyse du RDC a été effectuée à l'aide seulement les patients dont l'AAD a été complétée, mais qui n'ont pas subi d'intervention documentée dans les 24 heures qui ont suivi pour en vérifier la validité prédictive.</p> <p>Des valeurs prédictives positives (PPV) et négatives (NPV) ont été calculées pour chaque score DASA 1-7. L'indicateur de performance de discrimination (les patients qui s'engagent dans l'agressivité obtiennent-ils un score plus élevé sur la DASA que les patients qui ne sont pas agressifs) a été utilisé pour évaluer la validité prédictive. La procédure rocomp de Stata (StataCorp, College Station, TX, USA) a été utilisée pour comparer la différence entre les zones sous les deux courbes indépendantes afin d'effectuer un test comparatif, qui permet de tester l'égalité des zones ROC.</p> <p>En raison de la nature des données recueillies (mesures répétées de la DASA chez 60 patients sur 60 jours), des équations d'estimation généralisées (GEE) ont été utilisées pour déterminer si la DASA prédit une agression lorsque les observations sont corrélées. L'EEG est une technique statistique qui permet de rendre compte de l'efficacité de la dépendance des observations (Fitzmaurice et al. 2011 ; Twisk 2013), qui dans ce cas sont les évaluations DASA répétées des 60 patients inclus dans la</p>

	<p>présente étude. Les rapports de cotes (RC) déterminent la probabilité que les patients soient agressifs en fonction de leurs scores DASA, en n'utilisant que les patients dont l'AAD a été complétée, mais sans intervention documentée. Les prédicteurs examinés dans la présente étude comprenaient les scores totaux de l'AADS, tels qu'évalués par les infirmières dans le dossier clinique, ainsi que les bandes originales et nouvelles de l'AADS, et tout acte d'agression documenté dans le dossier clinique et codé au moyen de l'outil de vérification. Un seuil de signification de 5 % et un intervalle de confiance (IC) de 95 % ont été utilisés pour toutes les analyses. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Sciences, version 23 (SPSS, Chicago, IL, USA) et du logiciel Stata, version 14 (Stata, USA).</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux. Les modèles sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène et les résultats sont résumés par un texte narratif.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'exactitude de l'évaluation des risques est déterminée en observant, après l'évaluation des risques, si une personne se livre à une agression. Cependant, les interventions pourraient prévenir l'agressivité, ce qui fausserait la précision prédictive. En réalité, il n'est peut-être pas possible de faire la distinction entre ce qui aurait pu être une erreur de prédiction faussement positive ou si les interventions visant à réduire le risque ont en fait porté fruit.</p> <p>Dans la présente étude, les auteurs ont cherché à tester la validité prédictive du DASA en supprimant les évaluations des risques qui étaient suivies d'interventions documentées. Dans l'évaluation du risque de violence, les valeurs de l'ASC/ROC supérieures à 0,75 sont habituellement considérées comme le seuil d'une ampleur de l'effet importante (Doyle et Dolan 2002), et dans la présente étude, l'ASC de la DASA a produit une ASC supérieure à 0,75 pour l'échantillon global, ainsi que pour les échantillons masculin et féminin. Bien qu'elle ne soit pas sans limites, l'utilisation de données rétrospectives pour tester la validité d'une évaluation des risques et l'élimination des cas où une intervention subséquente aurait pu modifier le résultat (s'il y avait eu agression ou non) pourrait régler certains des problèmes éthiques associés à la tentative d'établir la véritable exactitude prédictive d'un instrument d'évaluation des risques (Chu et coll., 2011). Dans la présente étude, l'agressivité était fréquente et il n'y avait aucune différence dans la fréquence avec laquelle les hommes et les femmes étaient agressifs.</p> <p>Les résultats de l'étude des auteurs suggèrent que, très peu de patients ayant obtenu une cote DASA de 0 se sont livrés à une agression dans les 24 heures qui ont suivi (6,1 %), tandis que 18,2 % ayant obtenu une cote DASA de 1 étaient agressifs. Par conséquent, les cotes de risque de la DASA nouvellement proposées ont séparé le score de 0 de la DASA, avec un faible niveau de risque.</p> <p>Des équations d'estimation généralisées, plutôt que les méthodes d'analyse plus traditionnelles, comme la régression logistique, ont été utilisées pour tenter de répondre à certaines des préoccupations exprimées dans la documentation au sujet des biais potentiels en ce qui concerne l'exactitude prédictive (Coid et al., 2015).</p> <p>Les résultats de l'EEG ont produit des erreurs types plus importantes et un IC à 95 % plus élevé, car les analyses ont tenu compte de la nature corrélée des mesures répétées chez les patients individuels dans la présente étude. Les cotes de risque proposées ici n'ont pas de chevauchement dans l'IC à 95 % et ont également démontré des valeurs de l'ASC plus élevées que les fourchettes d'évaluation des risques initiales. Il convient de noter que le RC pour un score DASA de 4 était plus élevé que le RC pour un score DASA de 5. L'étude DASA originale a également produit un RC plus élevé pour un score DASA de 4 comparativement à un score DASA de 5 (Ogloff & Daffern 2006). Bien qu'il semble que le RC le plus élevé d'un</p>

	<p>score DASA de 4 puisse être une anomalie, dans le groupe à risque élevé, les scores DASA de 4 et 5 sont regroupés, ils seront considérés comme un niveau de risque équivalent.</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <p>Bien que cette étude ait donné lieu à un grand nombre d'observations répétées, la taille de l'échantillon de 60 patients était encore relativement petite. L'étude a également été menée dans un centre de santé mentale médico-légale et, bien que la DASA ait été validée dans les services de santé mentale généraux (Griffith et coll. 2013), la généralisabilité des résultats actuels aux milieux de santé mentale généraux doit faire l'objet d'un examen empirique plus approfondi.</p> <p>Les résultats sont également fondés sur des données rétrospectives, où l'on se fie à l'exactitude et au niveau de la documentation fournie dans les dossiers des patients, ce qui contribue aux difficultés d'extraction de l'information.</p> <p>Étant donné la nature rétrospective de la présente étude, les auteurs ne sont pas en mesure de déterminer si des interventions ont eu lieu, mais elles n'ont pas été documentées. De futures recherches prospectives pourraient permettre d'aborder cette question et d'inclure l'utilisation de sources de données multiples pour déterminer si des interventions ont été fournies.</p> <p>Les conclusions :</p> <p>L'agressivité des patients hospitalisés demeure un problème important pour les infirmières en santé mentale. Les résultats de la présente étude concordent avec ceux d'études antérieures sur la validité prédictive de la DASA et montrent qu'elle prédit valablement l'agressivité chez les patients hospitalisés, hommes et femmes.</p> <p>Dans la présente étude, les auteurs ont également tenu compte du fait que les interventions infirmières documentées étaient ou non fournies aux patients pour réduire le risque d'agression, et nous avons utilisé l'analyse statistique pour tenir compte des mesures répétées observées dans les évaluations des risques à court terme. Les résultats de la présente étude indiquent qu'il est nécessaire d'ajuster les bandes DASA initiales dans des recherches futures.</p> <p>L'étude de l'impact des évaluations des risques de la DASA sur les efforts de prévention des agressions et la délimitation de l'impact différentiel des interventions de prévention des agressions en fonction du niveau de risque s'ajouteraient à la documentation existante sur la prévention des agressions. Il s'agit là d'un point central de notre travail en cours. En outre, les nouvelles tranches de risque exigent des tests dans différentes populations et dans différents sites hospitaliers.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Le DASA nouvellement calibré pourrait guider les infirmières en les avertissant avec plus de précision du risque accru de violence des patients. Les évaluations des risques de la DASA pourraient indiquer quand intervenir pour prévenir l'agression, ce qui pourrait améliorer la prévention de l'agression et, éventuellement, si les interventions peuvent avoir lieu avant les actes d'agression, réduire le recours à des interventions restrictives.</p> <p>Il est important de noter que, bien que les recherches sur l'évaluation des risques aient mis l'accent sur la nécessité de fournir des interventions lorsque le risque d'agression est élevé, il est également important de noter que l'évaluation des risques pourrait être particulièrement utile pour les patients dont le risque d'agression est jugé faible. Une cote de risque faible devrait encourager le personnel à faciliter un meilleur accès à la liberté et à réduire les interventions restrictives.</p>

Éléments d'évaluations	The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units
------------------------	---

Titre	Le titre précise clairement les concepts clés de la recherche : l'influence de la formation du personnel en milieu de prévention et de gestion de la violence dans les unités de soins psychiatriques hospitalière
Résumé	Le résumé présente : le contexte/ les objectifs / la conception de l'étude / les participants / les résultats / la conclusion sans dissocier ces parties de manière distinctes.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'agressivité des patients et les comportements violents sont des phénomènes bien connus dans les services psychiatriques des patients hospitalisés. De nombreuses études ont décrit son influence négative sur l'expérience de la sécurité et de la sûreté des patients et du personnel : le risque de blessures physiques et psychologiques et le recours à la contention, à l'isolement et aux médicaments forcés (Olofsson & Jacobsson 2001, Bowers et al. 2006b, Richter & Whittington 2006, Jarrett et al. 2008, Stubbs et al. 2009). De là découle le problème de la recherche. Dans la présente étude, ils ont donc voulu explorer comment un programme de prévention et de gestion de la violence utilisé en Suède a pu influencer le climat des unités de soins dans les unités de patients hospitalisés en psychiatrie. Ceci en faisant référence au modèle de Bergen.</p> <p>Le modèle de Bergen est un programme de formation à la prévention et à la gestion de la violence destiné au personnel psychiatrique hospitalisé. Il met en avant des facteurs de prévention primaire basés sur de bonnes relations personnel-patient. Les participants sont encouragés à réfléchir à leur propre approche apparente ou tacite de l'agressivité des patients, ainsi qu'à l'organisation des services.</p> <p>La formation comprend également différente théorie telle que l'agression, l'éthique dans les soins, les règles et routines de soins, les facteurs de risque et l'évaluation des risques, les lois et législations et l'impact de l'environnement physique. Des sections secondaires et tertiaires de la formation portent sur les styles de gestion de la violence (ex : établissement des limites et la négociation, l'autodéfense, les techniques de contention physique l'isolement et les médicaments forcés, etc.) Si possible, les participants sont encouragés à prendre du temps à laisser pour les situations conflictuelles afin d'essayer de comprendre le contexte de la situation et de trouver une solution acceptable pour toutes les personnes impliquées. La coopération entre tous les membres du personnel et entre le personnel et le patient est considérée comme essentielle au modèle.</p> <p>Le programme comprend un cours de 4 jours (environ 70 heures) pour le personnel de toutes les professions dans les services psychiatriques, réparti également entre des sessions théoriques et des sessions pratiques. Après le cours de 4 jours, des cours de répétition basés sur les expériences actuelles des participants sont organisés et offerts régulièrement dans les cliniques locales à tous les membres du personnel au moins une fois tous les 6 mois.</p> <p>Le modèle de Bergen n'a jamais fait l'objet d'une évaluation systématique et l'intervention de cette étude pourrait être décrite comme une combinaison des modèles de Bergen et de City. Le modèle de city comprend 3 facteurs : l'appréciation positive des patients, la régulation émotionnelle et une structure efficace.</p>
Recension des écrits	Il y a une recension des écrits, les auteurs prennent en compte différentes études passées. Elle porte principalement sur l'état des lieux de la formation du personnel concernant la problématique de la violence dans les soins en milieu psychiatrique. En effet, la prévention et la gestion de la violence sont considérées comme une partie importante et difficile des soins psychiatriques en milieu hospitalier et la formation spécifique du personnel est considérée comme essentielle (International Labor Office et al. 2002, Farrell & Cubit 2005, Beech & Leather 2006). Les diverses théories concernant les causes de l'agressivité et de la violence chez les patients hospitalisés sont souvent regroupées en trois modèles explicatifs : le modèle interne,

	<p>le modèle externe et le modèle situationnel et interactionnel (Nijman et coll. 1999, Duxbury et Whittington 2005). Traditionnellement, de nombreux programmes de formation à la prévention et à la gestion de la violence à l'intention du personnel s'appuient principalement sur le modèle interne d'explication de la violence par le patient (Paterson et al., 2010). En supposant que la cause principale de la violence des patients est liée aux symptômes de la maladie mentale et à d'autres caractéristiques individuelles des patients, une approche réactive et contrôlée de l'agression et de la violence a souvent été appliquée. Par conséquent, la formation a été axée sur l'autodéfense ainsi que sur diverses techniques de contrôle et de retenue (Duxbury 2002, Farrell & Cubit 2005, Beech & Leather 2006, Paterson et al. 2010). Cependant, au cours des deux dernières décennies, de plus en plus de recherches ont confirmé que le comportement violent des patients est souvent le résultat d'une interaction complexe de différents facteurs internes, externes et situationnels/interactionnels (Richter & Whittington 2006). Les recommandations internationales actuelles concernant la prévention de la violence et la formation des personnels de santé à la gestion et à la prévention de la violence indiquent donc que cette complexité doit être prise en compte et qu'une approche proactive plutôt que réactive devrait dominer la formation (Krug et al. 2002, Conseil de l'Europe 2004, Conseil international des infirmières et autres, 2005). En outre, elle devrait être fondée sur les principes de prévention de la santé publique, y compris les trois dimensions de la prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire (international Labor Office et al. 2002, Krug et al. 2002). Dans les soins psychiatriques aux malades hospitalisés, l'objectif du niveau de prévention primaire est de créer un climat quotidien dans les services qui minimise le risque que la violence se développe. Cela comprend, par exemple, de bonnes relations entre le personnel et les patients, l'évaluation des risques, l'utilisation de plans de soins et un milieu physique adapté. La prévention secondaire est utilisée lorsque la violence est perçue comme imminente et comprend souvent l'utilisation de techniques de désescalade. Au niveau tertiaire, il existe déjà une situation de violence et la prévention peut comprendre la prise en charge physique sécuritaire d'un patient ainsi qu'une analyse post-incident (Delaney & Johnson 2006, Paterson et al. 2009).</p> <p>Afin d'établir les effets des différents types de formation du personnel de prévention et de gestion de la violence, il est important que les programmes soient systématiquement évalués (Johnson 2010). Les mesures de résultats les plus courantes étaient les taux d'incidents d'agression et les taux de mesures coercitives. Plusieurs études ont également porté sur la confiance du personnel dans sa capacité de faire face à l'agression ainsi que sur l'évolution des attitudes et des connaissances. Une seule étude comportait des cotes d'évaluation attribuées par les patients. Cela indique que, bien que la réduction des taux d'incidents soit une variable de résultat importante, il est également nécessaire de poursuivre l'évaluation en se concentrant sur les variables préventives qui concernent les parties centrales de l'approche proactive recommandée en matière de santé publique. De plus, des variables qualitatives comme le climat de la salle et les points de vue des patients et du personnel peuvent ajouter de la profondeur et des connaissances à un processus d'évaluation plus complet (Steinert 2002, Abderhalden 2008).</p>
Cadre de recherche	<p>Un plan conceptuel a défini les concepts suivants : les auteurs ont créé l'expression " climat de prévention et de gestion de la violence " en se fondant sur l'approche de la prévention de la violence fondée sur la santé publique décrite précédemment et sur le cadre théorique infirmier du " city model " (Bowers 2002).</p> <p>Ils ont défini le terme " dans les dimensions de la prévention primaire, secondaire et tertiaire de la violence " en se référant à la perception subjective du personnel et des patients concernant l'appréciation positive des patients par les membres du personnel, leur autorégulation des réactions émotionnelles et l'efficacité de la structure entourant les règles et la routine, y compris la perception générale de la sûreté et de la sécurité dans le service".</p>

Buts et question de recherche	Le but de l'étude est clair et consiste à explorer l'influence d'un programme de formation du personnel de prévention et de gestion de la violence, " le modèle de Bergen ", utilisé en Suède, sur le climat de prévention et de gestion de la violence dans les services psychiatriques des patients hospitalisés.
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population et l'échantillon de cette étude sont précisés : l'étude comprend des patients et des professionnels de 41 services des huit hôpitaux qui recevaient une formation du personnel selon le modèle de Bergen. Les 41 salles étaient des salles d'urgence et d'admission (n = 2), des salles générales, y compris des salles pour troubles psychotiques et affectifs (n = 30), des unités de soins intensifs psychiatriques (n = 2), des salles pour toxicomanes et alcooliques (n = 2) et des salles médicolégales (n = 5). La plupart des salles étaient composées de 12 à 18 lits et comptaient de 30 à 35 membres du personnel infirmier ainsi qu'une équipe de professionnels multidisciplinaires. Les deux salles d'urgence et d'admission comptaient chacune plus de 50 employés.</p> <p>Un cadre supérieur chargé de l'introduction et de l'évaluation du programme a été nommé par l'organisation centrale. Le risque de biais dans le processus d'évaluation a été reconnu et abordé en faisant participer les co-chercheurs et en utilisant des cadres théoriques pour l'élaboration d'un questionnaire d'évaluation.</p> <p>Pour accroître la pertinence de l'échantillon, avant l'introduction du modèle de Bergen, les services de l'organisation ne participaient, à quelques exceptions près, à aucune formation structurée ou régulière du personnel sur la prévention et la gestion de la violence.</p>
Considérations éthiques	<p>Le comité local d'éthique de la recherche a approuvé l'étude.</p> <p>L'étude ne présente pas de risque pour les participants puisqu'ils répondent à un questionnaire manuscrit dans une enveloppe scellée de manière anonyme.</p>
Devis de recherche	Le devis de recherche est mixte. Les chercheurs ont mené une étude prospective d'intervention non randomisée avec des comparaisons avant-après d'interventions utilisant une conception de mesures indépendantes. Ce qui a fourni un moyen de répondre au but de la recherche.
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesures sont clairement décrits : afin d'évaluer l'intervention, les chercheurs ont cherché un questionnaire qui pouvait être utilisé à la fois pour les patients et le personnel et qui respectait les principes suivants : (i) chaque élément se rapporterait à un ou plusieurs des trois facteurs relatifs au city model; (ii) chaque élément serait conforme au contenu du programme de formation du modèle de Bergen et à l'approche de santé publique ; (iii) les éléments devraient être observables par le personnel et les patients ; (iv) le nombre des éléments devrait être limité, rendant le questionnaire court et facile à utiliser ; (v) les éléments devraient être pertinents pour tout type de service psychiatrique hospitalier. Aucun questionnaire de ce type n'a été trouvé dans la littérature. Ils ont donc formulé un certain nombre de questionnaires sur l'état des lieux qui ont été jugés comme traitant spécifiquement de toutes les prémisses énoncées et ils les ont ensuite réduits à un questionnaire en 13 points.</p> <p>Le questionnaire a été intitulé « E13 » et a donc été conçu pour cette étude afin de recueillir des données dichotomiques qui refléteraient l'accord ou le désaccord des participants sur les items. Quatre niveaux d'accord avec les énoncés ont été inclus, soit « pas du tout », « non précisé », « non précisé », « totalement » (Rossberg & Friis 2003). Une cinquième option, " je ne sais pas ", était également disponible. Les données descriptives incluses dans le questionnaire concernaient le personnel : sexe, catégorie d'âge et profession, et les patients : sexe et catégorie d'âge.</p>

	<p>La procédure expérimentale est cohérente avec ce qui est mesuré dans cette étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données s'est fait dans un premier temps par l'envoi de l'E13 à tous les services participants (n = 41) répondant aux critères d'inclusion (capacité linguistique en suédois et consentement éclairé). Ceci trois mois avant le début de la formation dans les premiers services. Un assistant de recherche a été nommé dans chaque clinique pour donner des informations sur l'étude et pour distribuer et collecter les questionnaires.</p> <p>Dans la mesure du possible, le questionnaire a été posé aux patients proches de leur sortie. La collecte des données s'est poursuivie pendant un mois dans chaque service. Trois à six mois après la formation d'un service, le même questionnaire E13 a été envoyé à nouveau selon les mêmes procédures. En décembre 2008, la collecte des données a pris fin. À cette date, 19 services de six hôpitaux avaient terminé leur formation et rempli la deuxième série de questionnaires (un service d'urgence et d'admission, 13 services généraux, deux unités de soins intensifs psychiatriques et trois services de médecine légale).</p> <p>Les données ont été recueillies à partir d'échantillons indépendants. Le nombre de questionnaires distribués n'a pas été compté spécifiquement et les taux de réponse et d'exclusion n'étaient donc pas connus.</p>
Analyse des données	<p>Au total, 854 questionnaires ont été collectés auprès de 41 services avant le début de la formation et 260 questionnaires ont ensuite été collectés auprès des 19 services qui avaient été formés.</p> <p>Les méthodes d'analyse sont décrites avec la méthode utilisée : afin d'analyser l'interrelation entre les éléments du questionnaire, une analyse factorielle des composantes a été effectuée.</p> <p>De par leur analyse, les auteurs ont pu supposer que les 13 éléments pouvaient être considérés comme mesurant une dimension sans aucune autre composante sous-jacente significative. Cette hypothèse a été encore renforcée, car la solution à un facteur a montré une cohérence interne satisfaisante, par l'utilisation du test de Cronbach's $\alpha=0.83$.</p> <p>Les différentes réponses ont été calculées à l'aide du test exact de Fisher. Comme les données ont été recueillies à un niveau catégorique et indépendant à partir de différents échantillons avant et après l'intervention, une dichotomisation a été faite, ce qui signifie que les nuances des quatre niveaux des options de réponse ne seraient pas prises en compte dans l'analyse (DeVellis 2003). Pour ce faire, on a classé les options un et deux de l'accord comme un désaccord (non) et les options trois et quatre comme un accord (oui). Tous les questionnaires qui comprenaient l'une ou l'autre des quatre options d'accord ont été jugés valides, à l'exception de l'option de réponse " Ne sais pas ". Les données ont été calculées séparément pour les patients et le personnel.</p> <p>Afin de mieux mesurer l'impact de l'intervention, l'ampleur, de l'effet a été calculé à l'aide du rapport de cotes (Field 2009). Un modèle de score total a été utilisé à partir des données dichotomisées. Une fourchette de score total pour chaque questionnaire de 0 à 13 a été obtenue. Les différences ont été analysées à l'aide du test en U de Mann-Whitney. Des valeurs P de 0,05 ont été jugées significatives.</p>

	Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (version 16.0, IBM, Armonk, NY, USA).
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont illustrés à l'aide de tableau qui décrivent bien le phénomène : Le tableau 1 présente les composantes du questionnaire E13, le tableau 2 présente les données descriptives du personnel et des patients, le tableau 3 et 4 présentent le contenu de l'échelle E13 et l'évaluation du personnel et des patients avant et après la formation, en présentant la valeur P exacte du test de Fisher. Les auteurs en ont découlé un résumé narratif reprenant les points importants suivants :</p> <p>L'analyse des différences dans les scores totaux du questionnaire a démontré que la perception était significativement plus positive parmi le personnel des services formés que dans les services qui n'avaient pas encore été formés, Mann-Whitney $P = 0,045$. Les résultats de l'analyse d'items ont montré que le personnel travaillant dans les services qui avaient été formés selon le modèle de Bergen différait considérablement dans leur perception du climat de prévention et de gestion de la violence pour quatre des 13 items par rapport au personnel travaillant dans les services qui n'avaient pas encore été formés. Toutes ces différences correspondaient à une perception plus positive des services formés. Les domaines perçus comme nettement plus positifs concernaient : les règles du service (énoncé 6), la régulation émotionnelle des membres du personnel dans les situations difficiles (énoncé 9), l'intérêt du personnel pour les causes possibles d'agression des patients (énoncé 10) et la volonté du personnel d'intervenir à un stade précoce de l'agression des patients (énoncé 11).</p> <p>Dans l'analyse des différences dans les scores totaux du questionnaire des patients, aucune amélioration significative n'a été constatée dans les services formés par rapport aux services non formés, Mann-Whitney $P = 0,471$. L'analyse d'items a montré que les patients qui demeuraient dans des services formés ($n = 156$) différaient considérablement dans leur perception du climat de prévention et de gestion de la violence dans l'un des 13 énoncés comparativement aux patients qui demeuraient dans des services qui n'avaient pas encore reçu de formation ($n = 297$) (tableau 4).</p> <p>Dans les services formés, les patients ont évalué de façon plus positive l'intérêt du personnel à trouver les causes possibles de l'agressivité des patients (énoncé 10). Il y avait aussi une différence presque significative ($P = 0,09$) concernant une perception plus positive de la régulation émotionnelle du personnel dans les situations difficiles (énoncé 9). Aucune déclaration n'a été jugée beaucoup plus négative sur les salles ayant reçu la formation.</p> <p>Il n'y a pas d'information concernant l'évaluation des données par des experts. Mais ce sont les enquêteurs qui ont analysé les résultats et transcrit l'interview en texte.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et répondent aux questions de recherche sur l'évaluation de la formation du personnel. Le modèle de Bergen peut servir d'exemple sur la prévention et la gestion de la violence tel qu'il a été utilisé et appliqué dans la pratique clinique en Suède.</p> <p>La seule déclaration qui a été perçue de façon plus positive par les patients dans les services formés ainsi que par le personnel était la déclaration 10 : " Le personnel essaie de comprendre pourquoi un patient agit de manière agressive ". Il est intéressant de noter que cet élément reflète certains aspects fondamentaux des soins infirmiers, comme la relation et la communication avec le patient en tant qu'individu (Peplau 1997, Delaney & Johnson 2006). De plus, ce résultat peut démontrer une ouverture et un intérêt accrus de la part du personnel pour des façons</p>

plus complexes de voir les causes possibles de l'agressivité des patients (Duxbury 2002, Duxbury & Whittington 2005). En essayant de comprendre les raisons du comportement agressif du patient, le personnel a non seulement une meilleure chance de trouver un moyen de résoudre le problème, mais il peut aussi établir une relation de confiance avec le patient.

Il est prometteur de constater que le modèle de Bergen comprend les trois facteurs liés au personnel dans le "city model" (Bowers 2002) et couvre également les trois niveaux de l'approche de santé publique en matière de prévention de la violence (International Labor Office et al. 2002). Cela permet aux participants de le mettre en pratique infirmière. De plus, il indique que l'échelle E13 semble avoir la capacité de détecter des différences dans tous les divers aspects des deux cadres théoriques.

Une approche proactive de l'agressivité et de la violence envers les patients exige des infirmières qu'elles jouent un rôle actif et promoteur de la santé auprès des patients et qu'elles travaillent en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire. Ce rôle s'oppose à un rôle plus passif ou réactif qui consiste à attendre que des signes d'agression apparaissent et que d'autres membres de l'équipe de soins prennent les décisions concernant les mesures à prendre.

Les résultats de leur étude indiquent que la combinaison de la perspective de santé publique sur la prévention de la violence et du cadre théorique du "city model" dans la formation du personnel peut constituer un pas en avant dans l'élaboration d'interventions de prévention et de gestion de la violence qui sont perçues par les patients non seulement comme un contrôle mais aussi comme des soins. Il est également possible que le stress moral que vivent souvent les infirmières dans des situations difficiles (Lutzen et al. 2010) puisse se dissiper lorsque les aspects substantifs de soins et de prévention deviennent des composantes régulières et conscientes de l'approche des infirmières, même au niveau de la prévention secondaire et tertiaire.

Les résultats sont donc discutés à la lumière d'études antérieures et chaque fois correspondent à ces études.

L'interprétation est conforme aux résultats d'analyse.

Les limites de l'étude sont présentées de la manière suivante : la force méthodologique de cette recherche réside dans la participation des patients. L'importance d'inclure l'opinion des patients dans l'évaluation des effets de la prévention de la violence et la formation du personnel de gestion a été soulignée dans des recherches antérieures (National Institute for Clinical Excellence 2006). Néanmoins, les analyses documentaires montrent que c'est encore rare (Richter et al. 2006, Johnson 2010). Toutefois, les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence et plusieurs questions méthodologiques doivent être abordées. L'absence de groupes témoins est une limite de la conception de l'étude, ce qui donne lieu à une incertitude quant à la mesure dans laquelle les changements observés étaient dus à la formation du personnel ou à d'autres variables confusionnelles (Johnson 2010).

Il convient également de noter que l'échelle E13 a été élaborée sans que le groupe d'items ne soit examiné par des experts ou testé au préalable sur un échantillon de développement.

Étant donné que les tests psychométriques ont été effectués directement sur l'échantillon de recherche, l'échelle E13 devrait être davantage établie par une analyse factorielle répétée (DeVellis 2003).

	<p>La mise en œuvre d'un changement durable dans la pratique prend du temps et il est possible que la durée de l'étude ait été trop courte et qu'une troisième collecte de données aurait pu ajouter des informations supplémentaires sur l'influence de l'intervention.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats qui confirment dans une certaine mesure que le modèle de formation de Bergen a une influence positive sur le climat de prévention et de gestion de la violence dans les salles, tant du point de vue des patients que du personnel. Les résultats montrent également que la combinaison de l'approche de santé publique à la prévention de la violence et du "city model" peut être un exemple prometteur d'un nouveau cadre théorique intégré qui pourrait devenir une contribution précieuse au développement de la formation du personnel. Compte tenu de la forte dépendance à l'utilisation des taux d'incidents comme variables de résultat de la formation du personnel, l'inclusion de mesures telles que l'échelle E13 pourrait présenter un tableau plus nuancé des effets de la formation, surtout parce qu'elle comprend les évaluations faites par les patients. De plus, l'utilisation de variables d'évaluation plus complexes est également conforme à l'opinion actuelle sur les causes multiples de la violence en milieu hospitalier. De plus, il peut fournir une rétroaction précieuse au personnel et à la direction dans le cadre des efforts visant à établir un climat de service caractérisé par un climat de sécurité et de sûreté.</p>
Conséquences et recommandations	L'auteur recommande que dans le cadre de recherches futures, il soit toutefois utile d'explorer la capacité de l'E13 à détecter des différences dans des échantillons plus petits.

Éléments d'évaluations	Violence Prevention Education Program for Psychiatric Outpatient Departments
Titre	Le titre présente les concepts principaux de l'étude : programme d'éducation à la prévention de la violence, soignants des services de consultation externe en psychiatrie.
Résumé	Le résumé synthétise clairement les différentes parties de l'article : problématique, méthode, résultats et discussion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème sous-estimé de la violence en psychiatrie est clairement formulé et illustré par des études antérieures. Ces études montrent les pourcentages de soignants qui sont victimes de violence en une année ainsi que les facteurs environnementaux qui peuvent être la cause de ces violences.</p> <p>Le phénomène est pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles. Bien que les programmes de résidence offrent des conférences et de la formation sur des aspects limités de la prévention de la violence, peu d'entre eux offrent une approche éducative complète pour un ensemble de patients externes. L'article décrit donc un programme d'études et un programme de prévention de la violence de qualité et de sécurité unique en son genre, conçu pour les résidents, le personnel et le corps professoral en psychiatrie.</p> <p>L'étude de ce phénomène a une signification particulière puisqu'elle pourrait servir de base pour la pratique, au développement d'autres outils pour prévenir la violence dans les soins.</p> <p>L'élaboration de ce programme/programme d'amélioration de la qualité de la prévention de la violence et de la sécurité en 2010 a été faite à la suite des fusillades de "Virginia Tech" et "Tucson". Par coïncidence, exactement 1 semaine après la mise en place de la première formation 2011, un patient les a menacé par téléphone "de venir à la clinique et de tirer sur tout le monde avec son M16". Cette grave menace a</p>

	entraîné une fermeture policière et une fermeture partielle de la clinique pendant deux jours. Heureusement, cet événement s'est conclu sans blessure et avec l'arrestation du patient. Le personnel a exprimé sa gratitude pour la formation qu'il venait de recevoir la semaine précédente, et les résidents et le personnel ont demandé la poursuite annuelle du programme, et également après plusieurs années au cours desquelles des cliniciens ambulatoires rattachés à l'étude ont été menacés par des patients agressifs.
Recension des écrits	Une recension des écrits a été entreprise et nous informe sur l'état de la question concernant la fréquence de la violence en général dans les milieux de soins, ainsi qu'au niveau du peu de formation disponibles pour y remédier notamment concernant les approches éducatives pour les patients externes (en ambulatoire). La recension semble présenter une base solide pour l'étude et présente des sources primaires.
Cadre de recherche	Les concepts clés comme la violence est mise en avant, mais n'est pas décrite sur le plan conceptuel. La méthode sous-jacente semble appropriée à l'étude. Les auteurs ont offert ce programme d'études en 11 heures de séminaires, qui sont fondés sur des études de cas, interactifs, pratiques et expérientiels, et qui utilisent une formation fondée sur des scénarios.
Buts et question de recherche	But de l'étude : L'article décrit un programme d'études et un programme de prévention de la violence de qualité et de sécurité unique en son genre, conçu pour les résidents, le personnel et le corps professoral en psychiatrie. Il est énoncé de façon claire. La question de recherche et les hypothèses ne sont pas clairement énoncées. Les variables clés sont : Variable dépendante : la violence Variable indépendante : avoir bénéficié du programme d'étude La question de recherche traite des croyances des participants. Le programme de formation vise à modifier leur croyance pour aborder la prévention de la violence sous un autre angle. Les questions s'appuient sur la méthode de recherche sous-jacente qui est l'expérimentation du programme de formation.
MÉTHODE	
Population et échantillon	En 2011 et 2012, les auteurs ont offert un programme d'amélioration du rendement en matière de prévention de la violence en huit volets, à environ 60 résidents/employés en psychiatrie chaque année. La population visée était les soignants et les patients des soins psychiatriques ambulatoires. Les méthodes d'échantillonnage et de recrutement ne sont pas décrites. Aucune information n'est indiquée sur le choix de la taille de l'échantillon.
Considérations éthiques	Il y eut une discussion préliminaire en 2012 sur les risques de traumatisme pendant la simulation de menace de violence de 2011. Celle-ci a réduit le nombre de participants potentiels ayant des antécédents de traumatisme qui s'étaient effectivement inscrits pour prendre part aux simulations. Aucune autre considération éthique n'est mentionnée.
Devis de recherche	Le devis utilisé est mixte. En 2011 et 2012, les auteurs ont recueilli des commentaires qualitatifs et des données quantitatives de diverses sources, y compris des formulaires d'évaluation des cours formatifs, les questions directes des participants et les commentaires formulés lorsque les séances étaient enregistrées par vidéo. L'auteur a combiné et trié 51 commentaires qualitatifs en trois groupes : commentaires positifs, neutres et négatifs. Le tableau 5 présente les commentaires les plus positifs et les plus négatifs ainsi que les commentaires neutres les plus utiles. Les auteurs ont recueilli des données qualitatives et quantitatives à partir d'un sondage en ligne évaluant l'exercice de simulation de menace de violence. Le devis semble approprié pour examiner la question de recherche.

	<p>La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé. En effet, le programme propose 8 volets de formation qui sont : 1) sensibilisation à la situation et création d'un environnement sécuritaire ; 2) formation sur la désescalade de la violence ; 3) formation sur l'évaluation des risques de violence, utilisation d'outils d'évaluation des risques et documentation médicale ; 4) planification des congés de violence et sécurité ; 5) questions juridiques et violence ; 6) vidéo/discussion " coups de feu sur les campus " ; 7) simulation/ discussion sur les menaces de violence en 2011 ; 8) simulation de violence et exercice de simulation. Après chaque scénario, la police et le corps professoral animent conjointement une séance de débriefing et de discussion en grand groupe de 30 à 45 minutes, qui a été filmée. Les auteurs passent en revue ce qui s'est passé pendant chaque scénario et apprennent ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné. Ils dressent une liste des processus problématiques ou des problèmes de sécurité en vue d'améliorations futures.</p> <p>Plusieurs jours après l'exercice de simulation de menace de violence, est publié un sondage post-événement en ligne, disponible pendant 10 jours, pour déterminer l'utilité de la simulation. Un mois plus tard, la police et les dirigeants des services externes analysent ces résultats ensemble, en y ajoutant des recommandations écrites préalablement formulées par le groupe de préparation aux situations d'urgence de la police.</p> <p>L'étude a duré deux ans, il y a donc suffisamment de temps passé auprès des participants. Notamment au travers de séances d'informations concernant les 8 modules, des jeux de rôles, des simulations.</p>
Modes de collectes de données	<p>L'outil de mesure est décrit succinctement. Plusieurs jours après l'exercice de simulation de menace de violence, un sondage post-événement est publié en ligne, disponible pendant 10 jours, pour déterminer l'utilité de la simulation. Le contenu des questions du sondage n'est pas indiqué.</p> <p>Le sondage a été créé pour les besoins de l'étude.</p> <p>La procédure expérimentale semble cohérente avec les outils mesurés. Le programme présente différents types d'apports, théoriques, expérimentaux, ce qui peut réellement avoir un impact sur la pratique de gestion de la violence chez les soignants.</p>
Conduite de la recherche	<p>Bien que les auteurs ne soient pas en mesure de démontrer que ce programme prévient efficacement la violence, la réaction globalement positive des participants les encourage à poursuivre le développement de leur programme de qualité et de sécurité et à offrir leur programme facilement reproductible et modifiable à d'autres.</p> <p>On ne sait si ces données sont récoltées en minimisant les biais. Néanmoins, un mois plus tard, ce sont la police et les dirigeants des services externes qui analysent ces résultats ensemble, en y ajoutant des recommandations écrites préalablement formulées par notre groupe de préparation aux situations d'urgence de la police.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont vaguement décrites.</p> <p>Plusieurs jours après l'exercice de simulation de menace de violence, les auteurs publient un sondage post-événement en ligne, disponible pendant 10 jours, pour déterminer l'utilité de la simulation. Un mois plus tard, la police et les dirigeants des services externes analysent ces résultats ensemble, en y ajoutant des recommandations écrites préalablement formulées par le groupe de préparation aux situations d'urgence de la police.</p> <p>En 2011 et 2012, ils ont recueilli des commentaires qualitatifs et des données quantitatives de diverses sources, y compris de leurs formulaires d'évaluation des cours de résidence, les questions directes des participants et les commentaires formulés lorsque les séances étaient enregistrées par vidéo. L'auteur a combiné et trié 51 commentaires qualitatifs en trois groupes : commentaires positifs, neutres et négatifs. Ils ont également recueilli des données qualitatives et quantitatives à partir d'un sondage en ligne évaluant l'exercice de simulation de menace de violence.</p>

	Le résumé des résultats est très compréhensible. Il fait part de pourcentages ainsi que de quelques avis des participants après la formation.
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de texte narratif ainsi que sous forme de deux tableaux. Le premier est une checklist de tâches/de facteurs à évaluer avant de laisser sortir le patient. Le deuxième reprend les commentaires qualitatifs des participants après la formation, en fonction des différents thèmes abordés. Les commentaires qualitatifs sur l'ensemble du programme et des données provenaient de deux années d'enquêtes post-événement sur l'utilité de l'exercice de simulation de menace de violence". La grande majorité des commentaires sur les éléments 1 à 7 du programme étaient positifs. En 2011 et 2012, respectivement, 76 et 86 % des participants ont répondu à une enquête post-événement sur l'exercice de simulation de la menace de violence ; 90 et 88 % des participants, de manière spéculative, ont déclaré que la simulation était très utile/ contient du matériel supplémentaire, qui est disponible pour les utilisateurs autorisés.</p> <p>86 et 82 % des participants, respectueusement, ont déclaré se sentir beaucoup mieux/ mieux préparés à faire face à un événement violent. Bien que certains participants éprouvent de l'anxiété, des troubles du sommeil, une augmentation des problèmes de sécurité au travail ou des souvenirs traumatisants, la majorité n'a signalé aucun symptôme post-simulation (72 et 80 %, respectivement).</p> <p>Les modèles sont logiquement associés entre eux afin de présenter au mieux le phénomène.</p> <p>L'auteur n'a pas fait évaluer les données par les participants ou par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>En se fondant sur les données de 2011 et 2012, les auteurs ont appris ce qui suit : (a) l'exercice de simulation de menace de violence est le moyen le plus efficace d'obtenir l'inscription de tous les résidents au registre ou aux alertes de communication de masse et de leur demander de programmer des numéros d'urgence dans les numéros abrégés de leur téléphone cellulaire ou de bureau. (b) La formation de désescalade nécessite plus de temps que prévu et pourrait être améliorée en choisissant de meilleures vidéos et en incorporant des jeux de rôle utilisant les cas des patients agressifs des résidents. Les auteurs pensent apporter ces changements à l'avenir. (c) Dans le cadre de notre processus régulier d'examen des dossiers des patients externes (qui ne fait pas partie de ce programme), ils ont décidé d'examiner dans quelle mesure les cliniciens utilisaient l'échelle d'évaluation du risque VASA, qu'ils avaient également intégrée à leur DSE. Un mois après l'achèvement du programme d'études de 2012, ils ont examiné au hasard 10 nouvelles admissions effectuées par nos résidents de troisième année et avons constaté que 8 des 10 admissions de dossiers électroniques examinées présentaient un risque de violence documenté selon l'échelle VASA. (d) les participants connaissaient très bien les principaux problèmes juridiques auxquels sont confrontés les cliniciens qui traitent des patients violents. e) Les coups de feu tirés sur le campus et la vidéo de simulation de menace de violence de 2011 ont suscité d'importantes réactions émotionnelles qui ont donné lieu à d'importantes discussions sur la gestion d'un tireur, une situation d'otage, et stimulé d'autres discussions sur les fusillades de Columbine, Tucson, Aurora, et Newtown.</p> <p>Une limite importante à leur capacité d'évaluer les sept premiers des huit éléments du programme était leur dépendance à l'égard des commentaires qualitatifs obtenus rétrospectivement de diverses sources et d'un échantillon limité de participants. L'information qualitative qu'ils ont obtenue est sujette à un biais de présentation et probablement plus positive, moins précise et moins fiable que ce qu'ils auraient préféré. Malgré cette limitation, ils ont jugé utile de faire état de l'information disponible.</p> <p>Les résultats ne sont pas discutés à la lumière d'études antérieures, cependant, les conclusions et l'interprétation des résultats sont conformes aux résultats d'analyse.</p>

	<p>Les limites de l'étude ont bien été définies. Les répondants à l'enquête étaient largement positifs à l'égard de l'exercice de simulation de la menace de violence. Même si la plupart se sentaient mieux préparés à faire face à un épisode de violence, les auteurs ne savent pas s'ils sont réellement mieux préparés à faire face à de tels événements. Les participants ont été peu traumatisés par l'exercice de simulation. Certains ont souffert de symptômes légers, y compris l'anxiété, les troubles du sommeil et les inquiétudes liés à des souvenirs passés de traumatismes qui ont duré quelques jours. Ils émettent l'hypothèse que les quelques participants qui ont exprimé des préoccupations accrues en matière de sécurité au travail étaient auparavant dans le déni du risque de violence en consultation externe et, en raison de la simulation, ont soudainement reconnu qu'ils étaient moins en sécurité qu'ils le pensaient. Il n'est pas clair pourquoi 8 (16 %) des répondants de 2012 qui ont signalé des symptômes après l'événement n'ont pas détaillé leurs symptômes spécifiques. Les auteurs supposent que la discussion préliminaire de 2012 sur les risques de traumatisme pendant la simulation de menace de violence de 2011 a réduit le nombre de participants potentiels ayant des antécédents de traumatisme qui s'étaient effectivement inscrits pour prendre part aux simulations.</p> <p>Un mois après chaque exercice de simulation de menace de violence, les auteurs ont rencontré le Groupe de préparation aux situations d'urgence de la police pour examiner son rapport et ses suggestions. Ils ont suggéré que nous poursuivions la mise à jour et la révision annuelles de leurs scénarios et de leur plan de communication et d'évacuation et ont insisté sur la nécessité d'une pratique annuelle avec notre équipe de direction. Ce groupe a également souligné l'importance d'une équipe conjointe de leadership police-clinicien, lors d'un événement, pour la planification des communications et de l'évacuation. Ils ont demandé aux animateurs de déléguer une plus grande partie des diverses tâches de communication et d'évacuation à d'autres membres du personnel qui peuvent s'assurer que tout le monde est informé ou évacué au besoin. D'après l'examen des vidéos des débriefings et des commentaires qu'ils ont reçus, les auteurs reconnaissent la nécessité de prévoir plus de temps et de discussions plus libres pendant les débriefings de l'exercice de simulation des menaces de violence. Par conséquent, à l'avenir, ils prévoient des plages de 45 minutes.</p> <p>La question du caractère transférable des conclusions n'est pas mentionnée. Les conclusions découlent cependant logiquement des résultats de l'étude.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Implications pour les éducateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'enseignement des techniques de désescalade verbale est à la fois pratique et améliore le sentiment de sécurité des résidents psychiatriques et du personnel dans un contexte ambulatoire. - L'éducation sur l'utilisation des techniques d'entrevue, l'évaluation clinique de la violence et l'utilisation des outils d'évaluation du risque de violence peuvent améliorer les jugements cliniques et la documentation sur le risque de violence imminente. - Enseigner l'utilisation d'un " plan de congé pour violence et sécurité " et l'intégrer au dossier de santé électronique est probablement bénéfique pour réduire la réadmission après le congé, peut réduire la violence et améliore la documentation d'un plan de prévention de la violence. - L'enseignement par le biais d'exercices de simulation de menace de violence est pratique et constitue un outil pédagogique expérientiel majeur pour faciliter la prévention de la violence dans un environnement de clinique externe. <p>Répercussions pour les leaders universitaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y a un besoin croissant d'éducation et de formation en prévention de la violence pour les résidents en psychiatrie dans un contexte de consultations externes. - La prévention de la violence dans un contexte psychiatrique ambulatoire commence par l'analyse de la sécurité de vos environnements ambulatoires. - Il est possible d'élaborer un programme complet et peu coûteux d'éducation et de prévention de la violence envers les patients pour un service, un hôpital ou des services psychiatriques ou médicaux externes.

	<p>- Le développement et la formation conjoints (à l'aide d'exercices de simulation de menace pour la prévention de la violence avec la direction psychiatrique et la police) mènent à une meilleure coopération avec la police, à un environnement plus sûr pour les patients externes et à un sentiment de sécurité pour les résidents et le personnel en psychiatrie dans le contexte des patients externes.</p> <p>Par suite de l'offre de ce programme d'études, les auteurs ont apporté d'autres changements chaque année, notamment : a) l'ajout d'outils d'évaluation des risques et la mise à jour de la liste de vérification de la décharge de sécurité dans leur DSE ; b) l'installation et la formation du personnel sur l'utilisation de boutons de panique supplémentaires dans les bureaux, les corridors et les toilettes ; c) la modernisation et la disponibilité accrue du système informatique de surveillance vidéo sur demande utilisé par le personnel et le leadership ; (d) étendre la portée du système de sonorisation pour s'assurer qu'il peut être entendu partout dans la clinique ; et (e) réparer les portes supplémentaires qui s'ouvrent par erreur dans les bureaux et empêchent les patients, les résidents et le personnel de sortir en sécurité.</p> <p>Dans l'ensemble, les réactions largement positives à ce programme annuel et les leçons apprises ont encouragé les auteurs à poursuivre leur formation annuelle.</p>
--	---

Éléments d'évaluations	The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings.
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés de la recherche : le continuum « support-contrôle » : Une enquête sur les points de vue du personnel sur les facteurs influençant le succès ou l'échec des techniques de désescalade pour la gestion de la violence et de l'agressivité dans les milieux de santé mentale.
Résumé	Le résumé présente de manière synthétique le contexte/ les objectifs / la conception de l'étude / les participants / les résultats / la conclusion
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est présenté de la manière suivante : la violence, l'agression et le recours à des pratiques restrictives dans les milieux de santé mentale sont associés à des préjudices importants pour les patients, le personnel et les services de santé. Les techniques de désescalade sont recommandées, mais des pratiques restrictives continuent d'être fréquemment utilisées.</p> <p>Il est nécessaire d'étudier systématiquement les facteurs liés aux patients, au personnel et à ses équipes, aux environnements et aux organisations de soins de santé, car ils peuvent influencer la mise en œuvre et l'efficacité des techniques de désescalade dans la pratique courante.</p> <p>Dans cette étude, il s'agit d'obtenir des descriptions par le personnel des techniques de désescalade actuellement utilisées dans les milieux de santé mentale et explorer les facteurs perçus comme ayant une influence sur leur mise en œuvre et leur efficacité</p> <p>Le problème a une signification particulière pour la discipline, car ce document ajoute un cadre préliminaire pour comprendre la relation entre le comportement du patient, la réaction du personnel et les influences de l'environnement sur le succès</p>

	ou l'échec de la désescalade. De plus, il présente un nouveau modèle pour comprendre l'intervention du personnel en réponse à l'agressivité des patients et s'implique principalement pour la réduction des pratiques restrictives.
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise en regard du problème de recherche présenté et reprend les éléments suivants :</p> <p>Les événements violents et agressifs se produisent couramment dans les milieux de santé mentale à l'échelle internationale (Bowers et coll., 2011 ; Lozzino et coll., 2015), entraînant des préjudices psychologiques et physiques graves (Bowers et coll., 2011) et des coûts pour les services de santé (NHS, 2010). Les pratiques restrictives, les mesures visant à prévenir la violence par la restriction de l'autonomie du patient (p. ex. contention physique, isolement et médicaments sous la contrainte) sont également associées à des méfaits graves. Il s'agit notamment du stress post-traumatique des blessures graves et des décès de patients les pratiques restrictives sont coûteuses (Flood et al., 2008 ; NICE, 2015) et peuvent retarder le rétablissement des patients (Ashcraft et Anthony, 2008) et, par conséquent, la surutilisation a de graves conséquences pour les patients, les services de santé et les finances publiques. Au cours de la dernière décennie et en réponse à ces préoccupations, il y a eu un changement de politique internationale en faveur de la gestion non physique de l'agression et de la réduction des pratiques restrictives (ministère de la Santé, 2014). La promotion des " techniques de désescalade ", qui sont un ensemble de compétences et de stratégies verbales et non verbales conçues pour réduire l'agressivité sans qu'il soit nécessaire de recourir à des pratiques restrictives, a joué un rôle central à cet égard (NICE, 2015).</p> <p>Bien que les techniques de désescalade soient recommandées comme intervention de première ligne contre l'agression selon les lignes directrices internationales (NICE, 2015 ; Richmond et coll., 2012), des données récentes ont montré que des pratiques restrictives continuent d'être utilisées régulièrement pour gérer les escalades émotionnelles dans les milieux de santé mentale (MIND, 2013). Cela suggère qu'il y a un écart entre la pratique recommandée et la pratique courante et indique que soit les techniques de désescalade ne sont pas utilisées à une fréquence optimale, soit il existe des facteurs importants qui peuvent entraver leurs effets. Compte tenu de cette ambiguïté, il est nécessaire d'examiner plus avant la mise en œuvre et l'efficacité de ces techniques importantes dans la pratique courante.</p> <p>Des études qualitatives décrivant les meilleures pratiques en matière de techniques de désescalade sont disponibles et ont été synthétisées (Price et Baker, 2012) et ont servi de base à un modèle fondé sur des preuves (Bowers, 2014a). Ces preuves indiquent que les techniques recommandées comprennent la création de conditions sécuritaires pour l'intervention et de conditions optimales pour la communication en retirant les objets qualifiés de dangereux, en s'assurant que des voies de sortie soient disponibles (Duperouzel, 2008) et que le personnel non nécessaire et les utilisateurs des services soient retirés (Johnson et Hauser, 2001). Il faut tenter de et de résoudre le problème à l'origine de l'agression du patient. Tout au long du processus, l'empathie et le respect devraient être transmis (Delaney et Johnson, 2006 ; Carlsson et coll., 2000) et les réactions émotionnelles inutiles comme la colère, l'offense et l'anxiété devraient être inhibées (Virkki, 2002 ; Lowe, 1992).</p> <p>Les analyses quantitatives des notes infirmières indiquent que les techniques de désescalade sont efficaces pour perturber la trajectoire de l'agression verbale à la violence (Bowers et al., 2013 ; Lavelle et al., 2016). Toutefois, en raison de la conception des études, ces résultats se limitent à des résultats binaires, c.-à-d. le succès ou l'échec de la désescalade, et ils ne permettent pas de révéler le large éventail d'acteurs qui peuvent contribuer à ces deux résultats. Des études ont mis en évidence la nécessité de mieux comprendre ces facteurs (Price et Baker, 2012 ; Lavelle et al., 2016) et la recherche qualitative a une application intuitive à cet objectif.</p>

	<p>D'après leur recherche, les auteurs affirment par rapport à l'état des connaissances actuelles du sujet qu'aucune étude qualitative existante n'a encore exploré systématiquement un large éventail de questions a priori liées au personnel et à ses équipes, aux patients, aux environnements de soins de santé et aux organisations qui peuvent influencer la capacité du personnel à utiliser efficacement les techniques de désescalade (Bowers, 2014b).</p> <p>Cette étude est construite sur des bases solides, car elle a adopté une approche fondée sur la théorie pour combler le manque de données probantes.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont mis en évidence et s'inscrivent dans le cadre de l'étude. On retrouve les principales variables situationnelles déterminant les résultats des incidents agressifs dans les établissements de santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les facteurs liés aux patients (p. ex. motif de l'agressivité, mesure dans laquelle les problèmes de santé mentale entravent la communication) (Duxbury et Whittington, 2005) - Les facteurs liés au personnel (p. ex. engagements moraux, capacité d'autorégulation émotionnelle) (Bowers et coll., 2014) - Les facteurs environnementaux (p. ex. installations et personnel disponible) (Bowers et coll., 2014, 2009)
Buts et question de recherche	<p>Le but de cette étude est clair et consiste à obtenir les descriptions des techniques de désescalade actuellement utilisées dans les milieux de santé mentale et explorer les facteurs perçus comme ayant une influence sur leur mise en œuvre et leur efficacité.</p> <p>Les auteurs en découlent l'hypothèse logique qui est a priori que le personnel, les patients et les facteurs environnementaux représentent les dimensions contextuelles critiques des incidents d'évacuation et sont donc susceptibles d'influencer la mise en œuvre (décisions quant à la nature et à la pertinence des techniques appliquées) et l'efficacité des techniques de désescalade.</p> <p>Cette hypothèse a éclairé la collecte et l'analyse des données dans la présente étude.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillon de la population visée est décrit de manière précise à l'aide d'un tableau et reflète les éléments suivants : 10 services de santé mentale du Royaume-Uni ont été approchés. 5 ont accepté de participer : trois unités de soins intensifs psychiatriques pour hommes / une unité de soins actifs pour femmes / une unité de soins actifs pour hommes. L'échantillon comprend des personnes âgées de 24 à 60 ans, dont 50 % de femmes, 10 auxiliaires de santé, 6 infirmières, 3 chefs d'équipe et 1 gestionnaire de salle, et ayant une expérience pratique de 6 mois à 14 ans.</p> <p>Pour accroître la représentativité de l'échantillon, seuls les membres du personnel soignant des établissements ont été interviewés parce qu'ils sont exposés de façon soutenue à l'agressivité et qu'ils sont également susceptibles de mettre en œuvre des pratiques restrictives lorsque la désescalade a échoué ou est perçue comme impossible. Le fait de n'inclure que du personnel ayant un minimum de six mois d'expérience clinique a été jugé suffisant pour assurer l'expérience nécessaire à l'utilisation des techniques de désescalade.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée par une approche dirigée (Teddlie et Yu, 2007). Elle a permis de recruter des participants ayant diverses caractéristiques représentatives de la main-d'œuvre en santé mentale des patients hospitalisés.</p>
Considérations éthiques	<p>Les enquêteurs ont demandé aux participants de consentir à participer à l'étude, d'être enregistrés et d'utiliser des citations directes dans la communication des</p>

	<p>résultats. Toutes les procédures de l'étude ont été approuvées par l'éthique du NHS. L'étude ne comporte ainsi pas de risques pour les participants.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but, il s'agit d'un devis qualitatif questionnant chacun des participants sur la question de recherche.</p> <p>Une méthodologie utilisant des entretiens semi-structurés et l'analyse du cadre (Ritchie et Spencer, 1994) a été adoptée. L'analyse Framework a été choisie parce qu'elle tient compte à la fois des techniques d'analyse déductives et inductives et qu'elle est donc cohérente avec une conception théorique (Srivastava et Thomson, 2009). Cette méthode de recherche est appropriée, car elle correspond au problème posé et elle est conciliable aux outils d'analyse.</p> <p>Concernant les critères scientifiques, tous les participants ont été informés que l'intervieweur (OP) était infirmière en santé mentale autorisée et des limites de la confidentialité que cela imposait. Ces facteurs peuvent avoir réduit la véracité des comptes des participants. L'auteur principal s'intéresse déjà aux techniques de désescalade, de sorte qu'il y avait un risque que des idées préconçues puissent influencer la collecte et l'analyse des données. Ce risque a été géré par l'autoréflexion et le travail d'équipe avec les coauteurs.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont décrits : les entretiens ont été guidés par un calendrier d'entretiens élaboré à partir du cadre théorique de l'étude.</p> <p>Les premiers participants ont été interrogés sur les techniques de désescalade qu'ils ont utilisées, les techniques qu'ils ont trouvées plus ou moins utiles et comment et pourquoi ils ont choisi différentes techniques. Ensuite, il leur a été demandé de décrire tous les facteurs du personnel et de l'équipe du personnel qui ont aidé ou entravé l'utilisation efficace des techniques de désescalade. Il leur a ensuite été demandé s'il y avait des facteurs liés au patient qui rendaient la désescalade particulièrement difficile ou facile. Enfin, il leur a été demandé s'il existait des facteurs environnementaux liés au service, à l'hôpital ou à l'établissement de santé qui influençaient sur leur capacité à utiliser efficacement les techniques de désescalade. Au-delà de ces grandes catégories, aucune autre théorie n'a été imposée sur la collecte de données pour s'assurer que les constatations étaient fondées sur l'expérience des participants.</p> <p>Les enquêteurs ont utilisé une approximation de la définition des techniques de désescalade (NICE, 2015) du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dans les documents d'information de l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est clairement décrit : la collecte des données s'est poursuivie jusqu'au point de saturation des données (Francis et al., 2010). Un critère d'arrêt de trois entretiens après la saturation initiale a été utilisé, comme le suggèrent Francis et al (2010). Un questionnaire a été utilisé pour recueillir des données sur la démographie et le rôle.</p> <p>Les enquêteurs sont compétents et se sont mis d'accord sur la conduite de la recherche.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont décrites avec les différentes méthodes utilisées.</p> <p>L'analyse a été menée selon les trois étapes de l'analyse du cadre : indexation (écoute des enregistrements audio et codage des transcriptions), résumé, cartographie et interprétation (Ritchie et Spencer, 1994).</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'indexation consiste à l'écoute des enregistrements audio et au codage des transcriptions. Ce processus a regroupé des techniques, des groupes de techniques et des facteurs contextuels (personnel, patient, environnement) influençant leur utilisation et leurs effets. - Le résumé a été effectué à l'aide de la fonction Framework de QSR NVivo10 ©. Chaque transcription a fait l'objet d'une analyse ligne par ligne, dans laquelle les données textuelles ont été résumées et les cellules pertinentes remplies avec les données résumées. Ce processus impliquait une plus

	<p>grande immersion dans les données et permettait donc d'affiner ou de modifier davantage les thèmes et sous-thèmes générés lors de la phase d'indexation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La cartographie et l'interprétation consistaient à ré analyser le cadre pour élaborer un modèle d'intégration expliquant la relation entre les techniques décrites et les facteurs contextuels influençant l'utilisation et les effets. Les données relatives à chaque catégorie de techniques ont finalement été synthétisées selon a) la description de la technique et b) les facteurs contextuels influençant l'utilisation et les effets.
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de figure et de tableaux reprenant les thématiques suivantes : l'illustration du continuum, les techniques de soutien, les techniques de contrôle non physique, les techniques de contrôle physique.</p> <p>Le continuum « support-contrôle » a été créé en fonction des 14 techniques découlant du raisonnement des participants sur la réponse à l'escalade de l'agressivité. Ce continuum fournit un cadre préliminaire pour comprendre la relation perçue entre le comportement du patient, la réponse du personnel et les influences environnementales et organisationnelles sur la progression des techniques vers des interventions plus ou moins contrôlées.</p> <p>Les résultats liés à chaque groupe de techniques sont décrits précisément en fonction de leur caractéristique, leur but, ainsi que les facteurs contextuels influençant leur utilisation et leur effet. Ceci illustre les tableaux et des exemples de phrases dites par les individus à l'étude pour illustrer l'interview et ce qu'il en est ressorti sont présents.</p> <p>Par manque de ressource l'évaluation des données auprès des membres n'a pas pu être effectuée, mais l'analyse a été effectuée principalement par l'interlocuteur des entrevues, et a fait l'objet de discussions et de réflexions régulières avec les coauteurs.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et répondent aux questions de recherche</p> <p>Cette étude a révélé 10 techniques distinctes, conceptualisées sous forme de désescalade, que les participants ont utilisées. Explorer comment et pourquoi les participants choisissent des techniques en réponse à l'escalade de l'agressivité a permis de mieux comprendre le processus de mise en œuvre des techniques de désescalade dans la pratique. Les données indiquent que les techniques sont appliquées sur un continuum d'escalade qui va du " soutien " au " contrôle non physique " jusqu'à l'intervention de contrôle physique. Cette étude élargit cette compréhension en classant les techniques et les groupes de techniques le long de ce continuum.</p> <p>L'examen des points de vue des participants sur les facteurs influant sur l'efficacité des techniques de désescalade a permis d'identifier des facteurs importants au niveau du personnel, des patients et de l'environnement, indiquant que la conception théoriquement éclairée représentait un modèle conceptuel approprié. L'implication importante au niveau du personnel est que les techniques de "contrôle non physique" plus autoritaires, telles que les instructions, les mesures dissuasives et les sanctions, peuvent conduire à une escalade de l'agression et au recours à des pratiques restrictives lorsqu'elles sont appliquées dans certains contextes. Des</p>

techniques assertives similaires ont déjà été identifiées comme un aspect important du processus de désescalade (Price et Baker, 2012), mais devraient être appliquées en fonction d'un risque accru (Johnson et Hauser, 2001 ; Lowe, 1992).

La sélection sur la base de la moralité semblait reposer sur une dichotomie potentiellement inutile entre ce qu'ils appelaient familièrement le " comportement " (c'est-à-dire l'agression perçue comme non liée à la maladie et sur laquelle le patient exerce un contrôle) et l'agression perçue comme étant " liée à la maladie ". Cette distinction peut être redondante dans une population dont jusqu'à 91 % des membres ont des antécédents de traumatismes importants, y compris d'abus physiques ou sexuels durant l'enfance (Floen et Elklit, 2007 ; Bierer et coll., 2003), dont on sait qu'ils entraînent des anomalies de la structure et des fonctions cérébrales qui dérèglent le système excitant (Douglas Bremner, 2006). Ce problème était lié au facteur clé qui contribuait à l'échec de la désescalade, à savoir l'inefficacité signalée des techniques appliquées aux patients atteints de troubles de la personnalité. Les techniques plus autoritaires appliquées à ce groupe semblaient particulièrement problématiques en cause de deux hypothèses : a) elles augmentent le besoin perçu de domination ou de respect par le biais d'autres agressions (Daffern et coll., 2012) et/ou b) elles engendrent un sentiment de rejet de la part du soignant ou reconstitue des événements antérieurs de violence qui ont provoqué un combat ou une fuite (Fagin, 2004 ; Pearlman et Courtois, 2005). Des interventions personnalisées basées sur l'analyse fonctionnelle de l'agressivité peuvent aider à améliorer la désescalade chez les patients souffrant de troubles de la personnalité. La connaissance du patient a été identifiée comme étant d'une importance capitale pour le choix d'une technique efficace et le succès probable de la désescalade. Ce point a déjà été identifié comme étant d'une importance capitale pour comprendre avec précision le sens et la dangerosité d'un comportement exacerbé et pour individualiser les interventions de désescalade en fonction des besoins de chaque patient (Price et Baker, 2012 ; Johnson et Hauser, 2001). Une meilleure exploitation des connaissances des patients grâce à une planification préalable peut donc être utile pour améliorer l'efficacité de la désescalade. Les systèmes de planification préalable identifiant les déclencheurs, les signes avant-coureurs d'alerte et les stratégies d'apaisement efficaces se sont avérés efficaces pour réduire l'incidence de l'isolement et de la contention (Putkonen et al., 2013).

Les chercheurs ont constaté que les facteurs environnementaux ont une grande influence sur le succès et l'échec des techniques de désescalade. C'est pourquoi le besoin d'accompagner les patients en cours de processus de désescalade vers des zones à faible stimulus (chambres, pièces latérales ou salles de désescalade spécialisées) est nécessaire. Cette pratique peut être problématique parce qu'elle exige que le patient accepte la volonté du personnel lorsqu'il peut affirmer sa domination ou son indépendance (Renwick et al., 2016b). Les données indiquent que le refus des patients de se rendre dans les salles d'attente peut entraîner des luttes de pouvoir et un recours à la contention qui pourrait être évité. Les directives actuelles du NICE peuvent, par inadvertance, renforcer cette pratique en recommandant que la désescalade se produise dans une pièce latérale (NICE, 2015). Les données existantes sur la désescalade indiquent que les suggestions de déménager dans des chambres latérales devraient être faites selon les conditions du patient (Price et Baker, 2012), à moins qu'il y ait un risque immédiat de violence (Johnson et Hauser, 2001 ; Lowe, 1992). Les directives actuelles ne fournissent pas cette importante réserve (NICE, 2015). Il est possible d'éviter cette pratique tout en préservant la vie privée du personnel et en limitant la contagion. Par exemple, par des manipulations environnementales plus passives, c'est-à-dire en demandant à d'autres patients de quitter la zone et en utilisant des portes de séparation.

Le manque de ressources adéquates a également eu une influence environnementale importante sur l'échec de la désescalade. Le personnel était d'avis que cela a conduit à recourir à des pratiques restrictives plutôt qu'à la désescalade

parce qu'elles étaient considérées comme l'option la plus efficace en termes de temps dans les services mal pourvus en personnel. Cette constatation présente un lien possible entre les constatations récentes de l'utilisation généralisée et systématique de la contention physique dans les milieux de santé mentale (MIND, 2013) et l'insuffisance des ressources. Toutefois, on sait que les taux d'utilisation des pratiques restrictives varient considérablement d'un environnement à l'autre, qu'il s'agisse d'un environnement desservant des populations de patient similaire ou soumis aux mêmes contraintes de ressources (Bowers, 2014b), ce qui indique que les variables étrangères au ressourcement jouent également un rôle important. L'anxiété du personnel a été identifiée dans cette étude comme un facteur d'utilisation de la pratique restrictive au lieu de la désescalade. Le fait que les participants plus jeunes semblaient préconiser des techniques de contrôle fondées sur l'essai et l'erreur pourrait aussi laisser entendre que l'impact de l'exposition à l'agression sur la capacité d'autorégulation a un rôle important à jouer dans la mise en œuvre de techniques plus favorables. La formation actuelle sur la désescalade a démontré un impact limité sur la capacité du personnel à réguler l'anxiété (Price et al., 2015) et l'amélioration de cette compétence peut être un facteur clé pour promouvoir une utilisation plus soutenue des interventions de soutien.

L'ensemble de cette interprétation est conforme aux résultats d'analyse et est discutée à la lumière des études antérieures.

Les limites de l'étude sont décrites par les auteurs de la manière suivante : le continuum et le cadre ont été générés à partir de la synthèse des points de vue et des expériences des participants et ne fournissent donc pas de preuves définitives des liens entre les techniques et les résultats. Les résultats doivent être compris dans ce contexte, mais ils fournissent néanmoins un point de départ pour la génération d'hypothèses potentiellement vérifiables et la validation/falsification dans des études futures. En raison du désir d'obtenir un échantillon qui fournirait un échantillon représentatif des comptes rendus des techniques dans la pratique courante, les auteurs ont exclu les participants au-dessus du niveau de gestionnaire de salle. Ils n'ont pas non plus recruté certaines personnes parce qu'elles n'étaient pas reconnues comme qualifiées en désescalade. Ces deux décisions peuvent avoir exclu des perspectives potentiellement importantes et/ou influencé la richesse des données. Toutefois, on peut soutenir que les études faisant appel à cette approche sont raisonnablement bien représentées dans la documentation existante. En raison de contraintes de ressources, il n'y a pas eu d'entrevues répétées ni de vérification auprès des membres.

Une autre limite concerne la conceptualisation des techniques de désescalade. Les participants à l'étude considéraient les techniques plus coercitives de " contrôle non physique " comme un élément important du processus de désescalade. Bien que cette constatation ait été rapportée ailleurs (Price et Baker, 2012 ; Johnson et Hauser, 2001), ces techniques sont absentes des autres descriptions scientifiques des techniques de désescalade (Bowers, 2014a ; Stevenson, 1991). Il est possible que les participants, au moins en partie, aient mal conçu les techniques de désescalade comme une intervention thérapeutique coercitive plutôt que psychosociale. Dans l'étude, cela ne s'est généralement pas étendu à la conceptualisation de l'utilisation de pratiques restrictives comme la désescalade telle que constatée par Hallett et Dickens (Hallett et Dickens, 2015), bien que les auteurs ne puissent pas déterminer si cela était dû aux connaissances des participants ou à la définition utilisée dans l'étude. Il est possible qu'une meilleure orientation fournie aux participants pour définir la désescalade aurait permis d'obtenir des données plus riches sur les composantes les plus favorables de leurs interventions.

Les conclusions découlent logiquement des résultats. Ce document fournit un nouveau modèle pour comprendre l'intervention du personnel en réponse à l'escalade de l'agression, un continuum entre le soutien et le contrôle. Il fournit en

	<p>outre un cadre explicatif préliminaire pour comprendre la relation entre le comportement du patient, la réaction du personnel et les influences de l'environnement sur le succès et l'échec de la désescalade. Ce cadre révèle des signes de changement de comportement potentiellement importants grâce à des techniques de désescalade améliorées qui visent à réduire la violence et le recours à des pratiques restrictives.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs mettent en avant que le fait de comprendre quand et pourquoi des techniques de soutien plus efficaces cessent d'être utilisées révèle des preuves potentiellement importantes pour réduire la violence et éviter le recours à des pratiques restrictives.</p>

Éléments d'évaluations	<p>Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings</p>
Titre	<p>Le titre précise clairement les concepts clés de la recherche : les prédicteurs d'une désescalade efficace dans les établissements psychiatriques pour des patients hospitalisés en phase aiguë.</p>
Résumé	<p>Le résumé présente : But et objectifs / le contexte / la conception de l'étude / la méthode / les résultats / la conclusion / la pertinence pour la pratique clinique</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème de la recherche fait référence au fait que malgré l'accent mis sur la désescalade dans les politiques et la pratique, peu de recherches ont été menées sur cette méthode potentiellement puissante (Muralidharan & Fenton 2006, Inglis & Clifton 2013). Cette recherche est donc appropriée au contexte des connaissances actuelles.</p> <p>Le but de cette étude est de commencer à combler cette lacune sur la désescalade en étudiant les séquences d'événements qui la précèdent et la suivent en explorant les caractéristiques des patients psychiatriques et les précurseurs du comportement qui influencent l'utilisation de la désescalade et son succès.</p> <p>La désescalade fait référence dans cette étude à une intervention verbale par exemple, une conversation calme ou autre type intervention par exemple, une pause, des exercices de respiration profonde. Ceci pour calmer le patient.</p> <p>Le problème a une signification particulière pour la discipline infirmière étant donné que comprendre les prédicteurs de l'utilisation et de l'efficacité de la désescalade permettra d'améliorer la formation et l'application pratique des soignants.</p> <p>Cette étude appuie que la désescalade dans la pratique et une formation du personnel fondée sur des données probantes peut améliorer la confiance du personnel dans l'utilisation de cette technique potentiellement puissante.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise en regard du problème de recherche et présente les éléments suivants.</p> <p>Au Royaume-Uni le passage à des méthodes moins coercitives est considéré comme essentiel, un nombre croissant de preuves (MIND, 2013) ont mis en évidence les dangers physiques et psychologiques de méthodes de confinement plus coercitives telles que la contrainte physique (Bonner et al. 2002, Frueh et al. 2005).</p> <p>Les programmes de formation obligatoires de désescalade diffusés aux infirmières ne sont pas fondés sur des données empiriques (Inglis & Clifton 2013), et il n'existe pas d'approche standard approuvée des meilleures pratiques (Paterson & Leadbetter 1999b).</p> <p>Les explications théoriques de la violence suggèrent que le comportement des patients suivra une trajectoire comportementale prévisible de l'agitation à l'agression</p>

	<p>(Kaplan & Wheeler 1983). Cependant, l'analyse du comportement des patients hospitalisés suggère que ce n'est pas toujours le cas (Johnson & Delaney 2007, Bowers et al. 2013). En fait, l'analyse du comportement suggère que la désescalade est efficace dans environ 50 % des situations de crise (Ryan et Bowers 2006).</p> <p>Les facteurs qui contribuent à l'agressivité et à la violence dans les milieux de santé mentale sont complexes et variés, notamment les systèmes de santé mentale, les caractéristiques de l'environnement, les caractéristiques des patients et les compétences des cliniciens (Papadopoulos et al. 2012, Cutcliffe & Riahi 2013). De même, ces facteurs sont susceptibles de contribuer à l'utilisation et à l'efficacité de la désescalade dans la pratique (Price & Baker 2012).</p>
Cadre de recherche	Les concepts ne sont pas définis selon un plan conceptuel
Buts et question de recherche	<p>Le but de cette étude est clair et consiste à explorer les facteurs qui influencent l'utilisation de la désescalade et son efficacité dans l'arrêt des conflits en milieu hospitalier psychiatrique aigu.</p> <p>Cette recherche a trois objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier le conflit et/ou les événements qui l'influencent précédant la désescalade et prédire son efficacité dans l'arrêt du conflit. - Identifier le conflit et les événements qui l'influencent suivant les tentatives infructueuses de désescalade. - Étudier les caractéristiques du patient qui prédisent l'utilisation de la désescalade et son efficacité. <p>Les objectifs de cette recherche reflètent principalement le manque de recherches et connaissances au sujet de la désescalade contenu dans la recension des écrits.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillon est détaillé ainsi : sur 1 902 patients admissibles et sélectionnés, 407 ont refusé de participer et 973 ont été exclus parce qu'ils étaient trop malades ou absents au moment de la visite du chercheur. Au total, 522 patients adultes (âgés de 18 à 65 ans) hospitalisés en psychiatrie, recrutés dans 84 unités de soins psychiatriques actifs et unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) dans 31 hôpitaux de Londres et des environs, sélectionnés au hasard. Un minimum de trois patients par salle a été recruté.</p> <p>Pour accroître la représentativité de l'échantillon, les données ont été recueillies au cours des deux premières semaines de l'admission actuelle des patients. Les patients hospitalisés depuis moins de deux semaines ne pouvant pas donner leur consentement éclairé ont été exclus. Les données ont été recueillies entre juillet 2009 et mars 2010.</p>
Considérations éthiques	Un consentement écrit du personnel et éclairé du patient a été demandé afin d'avoir accès au dossier informatisé des patients. L'étude ne comporte ainsi pas de risques pour les participants.
Devis de recherche	Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but puisque c'est un devis quantitatif permettant de former un groupe, notamment les patients ayant participé à des incidents de conflit et de confinement au cours des deux premières semaines d'admission. Par la suite, les caractéristiques individuelles de la personne y sont intégrées. Il permet que l'étude atteigne son but et le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses.

	<p>Le choix du devis respecte les critères scientifiques : Véracité: individuel et anonyme. Applicabilité : Sur tablette et directement à la rencontre des individus sur le terrain donc cela est applicable. Consistance : L'échantillon de 522 patients reflète la consistance.</p> <p>Les chercheurs ont pris environ 60 minutes pour remplir un dossier.</p>
Modes de collectes de données	<p>L'outil de mesure est clairement décrit. C'est un outil importé de Bowers et al. (2003), il s'agit de la Patient-Staff Conflict Checklist (PCC). À partir de notes de cas cliniques, la PCC a enregistré les patients ayant participé à des incidents de conflit et de confinement au cours des deux premières semaines d'admission.</p> <p>La PCC comprend 21 comportements conflictuels (p. ex. agression verbale, agression physique, infraction aux règles, consommation de substances, automutilation, fuite et refus de médicaments) et huit comportements de confinement (médicaments psychotropes, médicaments intramusculaires forcés, observations spéciales, isolement, démonstration de force, désescalade, contrainte manuelle...)</p> <p>Une version informatisée du PCC a été utilisée. Elle permet d'établir l'ordre chronologique des événements sur une période relative à un quart de travail, et sur plusieurs jours consécutifs. La fréquence des événements est aussi prise en compte. On obtient ainsi une série chronologique de conflits et d'événements de confinement pour chaque patient, à l'intérieur de chaque quart de travail.</p> <p>Le PCC est valide, en corrélation avec les rapports d'incidents officiels (Bowers et al. 2006), et fiable, avec une cohérence interne élevée (07) (Bowers 2009) et une grande fiabilité entre évaluateurs (07) (Bowers et al. 2005).</p>
Conduite de la recherche	<p>Tout d'abord, six patients par salle ont été choisis au hasard pour participer, car c'était le maximum que pouvait recruter un chercheur par jour. Ensuite, après avoir obtenu le consentement éclairé du patient, le chercheur a eu accès à son dossier médical et infirmier et a rempli le formulaire informatisé de la PCC directement sur un ordinateur portable.</p> <p>Le King's College Hospital Research Ethics Committee a approuvé la procédure de l'étude.</p> <p>Les chercheurs sont compétents et ont collaboré avec le personnel infirmier pour identifier les patients éligibles à l'étude.</p> <p>L'étude ne comporte pas d'intervention.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites avec les différents tests utilisés.</p> <p>La séquence des événements qui ont précédé et suivi la désescalade au cours d'un quart de travail de huit heures dans les deux premières semaines d'admission a été examinée par les enquêteurs. La période d'analyse d'un quart de travail a été choisie de manière à limiter la possibilité d'identifier des relations superflues entre des événements se produisant à des moments éloignés dans le temps.</p> <p>Les séquences de désescalade ont été divisées en deux catégories : (1) séquences de désescalade réussies et (2) séquences de désescalade non réussies (la désescalade a été suivie par d'autres conflits ou événements de confinement dans la séquence).</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats sont pris en compte, car les événements initiaux, les précurseurs et les précurseurs immédiats des séquences réussies et non réussies ont été identifiés et décrits à l'aide du test Mann-Whitney U. Les événements qui ont suivi la désescalade, dans des séquences infructueuses, ont également été décrits.</p> <p>Les données ont été entrées dans le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (version 22) (IBM Corp 2013). Les rapports de cotes ont examiné les relations entre les facteurs du patient (sociodémographiques et cliniques) et l'expérience du patient.</p>

	<p>Pour chaque participant, le succès de la désescalade a été calculé comme le pourcentage de désescalades vécues qui ont été classées comme réussies. L'analyse de corrélation bivariée a examiné la relation entre le succès de la désescalade et les facteurs sociodémographiques et cliniques des patients.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Chaque catégorie est présentée adéquatement à l'aide d'un tableau reprenant les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les caractéristiques des patients - Les séquences de désescalade réussies - Les séquences de désescalade non réussies - Les facteurs sociodémographiques et cliniques des patients et leur relation avec l'expérience et l'efficacité de la désescalade. - Analyses de régression des prédicteurs de l'expérience de désescalade chez les patients <p>En parallèle, les résultats sont résumés par un texte narratif qui met en avant les points intéressants : Plus de la moitié de l'échantillon était composé d'hommes (54 %), de Blancs (68 %) et de personnes admises volontairement (60 %). L'âge moyen était de 41 ans. La plupart des patients présentaient un diagnostic de schizophrénie (42 %) ou un diagnostic affectif (37 %). En ce qui concerne les antécédents des patients, 40 % ont déclaré avoir consommé de l'alcool, 36 % ont consommé des substances, 68 % ont des antécédents d'automutilation et 57 % ont des antécédents de violence.</p> <p>Parmi l'échantillon de 522 patients, plus de la moitié (53 %) ont connu une désescalade au cours des deux premières semaines d'admission, et la majorité de ces patients (37 %) ont connu au moins deux fois une désescalade.</p> <p>Dans les séquences réussies, 38 % ont commencé par l'événement de désescalade lui-même et n'ont eu aucun événement précurseur, 28 % ont commencé par une agression verbale, tandis que 8 % ont commencé par diverses formes de comportement contraire aux règles. Le précurseur immédiat le plus fréquent de la désescalade était l'agression verbale (16 %), suivie de l'agression aux objets (13 %) et de l'administration de médicaments (11 %). Les comportements non conformes aux règles et les conflits liés à la médication représentaient respectivement 17 % et 16 % des signes avant-coureurs immédiats d'une désescalade réussie.</p> <p>La majorité des séquences infructueuses (33 %) ont commencé par une agression verbale, tandis que 17 % ont commencé par une agression contre des objets ou une violence physique. L'agression a également été le précurseur immédiat le plus fréquent, l'agression verbale se produisant dans 41 % des séquences, l'agression contre des objets dans 12 % et la violence physique dans 10 % des séquences.</p> <p>La majorité des séquences de désescalade infructueuses (66 %) se sont terminées par une forme de confinement, le plus souvent l'administration de médicaments (44 %).</p> <p>Les séquences de désescalade réussies avaient moins de précurseurs que les séquences non réussies et étaient deux fois plus susceptibles de ne pas avoir d'événements précurseurs avant la désescalade[succès (39 %) vs échec (22 %)].</p> <p>Les résultats de cette étude montrent que, compte tenu de l'âge, de la consommation d'alcool et de drogues, les patients ayant des antécédents de violence</p>

	<p>étaient plus susceptibles de connaître une désescalade au cours des deux premières semaines de leur admission.</p> <p>Aucun prédicteur significatif de désescalade répétée n'a été identifié. Toutefois, en tenant compte du diagnostic et des antécédents de violence, on a constaté une tendance à la désescalade répétée chez les patients de sexe masculin issus de minorités ethniques noires qui avaient déjà été admis en psychiatrie.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction des questions et hypothèse de la recherche et découlent des études antérieures sur le sujet.</p> <p>En effet, ils suggèrent que les infirmières utilisent fréquemment la désescalade pour gérer avec succès les comportements conflictuels des patients dans les milieux psychiatriques. Les événements de désescalade réussis ont été marqués par des comportements conflictuels moins nombreux et moins agressifs avant que la désescalade ne survienne. L'une des interprétations possibles est que la désescalade est plus efficace lorsqu'elle est mise en œuvre tôt dans la séquence des conflits et des événements de confinement. Ainsi, la vigilance et la réactivité du personnel infirmier sur les signes avant-coureurs de perturbation du comportement des patients peuvent mener à une intervention plus rapide rendre la désescalade efficace. Cette constatation corrobore avec les résultats d'observations antérieures selon lesquelles la capacité des infirmières à remarquer le début d'une séquence de conflit est le déterminant critique de la gestion de l'agressivité (Johnson et Delaney, 2007).</p> <p>Cependant, les patients qui ont connu des épisodes de désescalade infructueux ont manifesté une agressivité plus fréquente et plus grave avant la désescalade et étaient plus susceptibles d'avoir eu des antécédents de violence. Cela donne à penser que le risque perçu peut influencer la décision de recourir à la désescalade en cas de conflit. En effet, les interactions entre le personnel et les patients ont été identifiées comme des précurseurs fréquents de l'agressivité des patients (Whittington & Richter 2005, Papadopoulos et al. 2012). Peut-être que dans les situations où le risque de violence est plus grand, les tentatives d'engagement et de désescalade du patient peuvent être prises plus prudemment. Pris ensemble, ces résultats peuvent refléter un manque de confiance du personnel dans les techniques de désescalade (Inglis et Clifton 2013), ce qui est particulièrement évident lorsque le risque perçu est plus grand (Whittington et Wykes 1996, Paterson et Leadbetter 1999a).</p> <p>Dans une forte proportion de cas (44 %), l'utilisation de la médication a mis fin à la séquence. Cela donne à penser que lorsque la désescalade n'est pas efficace en soi, elle l'est souvent lorsqu'elle est renforcée par la médication. Une formation visant à améliorer la communication autour de la médication peut à son tour améliorer l'efficacité de la désescalade et réduire le recours à d'autres mesures plus coercitives, telles que la contrainte physique.</p> <p>Bien qu'ils n'aient pas été significatifs, les résultats ont montré que les épisodes répétés de désescalade étaient plus probables chez les patients de sexe masculin issus de minorités ethniques noires qui ont été admis à plusieurs reprises. Une méta-analyse récente a révélé que l'ethnicité n'était pas associée à l'agressivité des patients hospitalisés (Dack et al. 2013). Cette constatation peut s'expliquer en partie par l'hypothèse des " cercles de la peur ", qui suggère que les patients issus de minorités ethniques noires et le personnel qui les traite ont tous deux une peur perpétuelle.</p>

	<p>Ces interprétations sont conformes aux résultats d'analyse.</p> <p>Les limites de l'étude sont décrites par les auteurs. Premièrement le fait que la désescalade est une intervention vaste et mal définie qui englobe toutes les communications verbales et non verbales que le personnel infirmier utilise pour calmer les patients. Deuxièmement, comme il s'agissait d'une analyse rétrospective d'un échantillon de patients consentants, il se peut que cette étude ne fournisse pas une image exacte de la réalité clinique. Cependant, les données démographiques des patients consentants sont comparables aux données démographiques des études de plus grande envergure (Bowers et al. 2009), et ces données donnent un aperçu de l'utilisation de la désescalade et de son efficacité dans la pratique clinique, ce qui peut guider l'orientation des études observationnelles futures, à grande échelle, dans ce domaine largement sous-étudié. Troisièmement, l'utilisation de l'échelle de temps d'un quart de travail risque de manquer les événements qui se produisent entre ces quarts.</p> <p>Quatrièmement, cette étude n'a pas été en mesure d'explorer de façon exhaustive les nombreux facteurs qui peuvent influencer sur la désescalade. Néanmoins, elle fournit des preuves empiriques des précurseurs comportementaux et des facteurs liés au patient qui y contribuent, pouvant servir de base pour des recherches futures.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats. En effet, la désescalade est fréquemment utilisée dans les unités de soins psychiatriques des patients hospitalisés et est efficace pour prévenir la violence dans la majorité des cas. Ils insistent sur le fait que l'intervention précoce et les antécédents de violence des patients semblent prédire l'efficacité de la désescalade. Les patients ayant des antécédents de violence peuvent représenter un défi particulier pour les compétences des infirmières en matière de désescalade.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs précisent que ces résultats appuient la désescalade dans la pratique, mais donnent à penser que les infirmières peuvent manquer de confiance dans l'utilisation de la technique, surtout lorsque le risque de violence est plus grand. La désescalade n'est pas instinctive, mais plutôt une compétence qui exige de l'enseignement (Whittington et Richter 2005). Cependant, la désescalade a été négligée dans la recherche jusqu'à présent et, par conséquent, il y a peu de preuves empiriques pour éclairer la formation (Inglis & Clifton 2013).</p> <p>En recommandation, il est donc urgent de mener d'autres recherches sur les compétences spécifiques de désescalade qui sont les plus efficaces pour réduire la violence dans les milieux psychiatriques afin d'éclairer la formation fondée sur des données probantes.</p>

Éléments d'évaluations	Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale'
Titre	Le titre précise que l'article traite de la validation d'une échelle de « désescalade des comportements agressifs (DABS) », ingrédient efficace de la désescalade verbale.
Résumé	<p>Le résumé fait clairement état des différentes parties suivantes :</p> <p>Introduction : Nau et ses collaborateurs (2009) ont quantifié la désescalade en créant l'échelle DABS (De-Escalating Aggressive Behaviour Scale) de langue allemande. Le DABS fournit sept compétences nécessaires à la désescalade, mais il n'a pas été validé en anglais et ne possède pas les descriptions d'ancrage</p>

	<p>nécessaires pour le rendre utile. But : Modifier le DABS pour y inclure des descriptions du personnel le plus compétent, le plus acceptable et le moins souhaitable et de valider le DABS anglais modifié (EMDABS).</p> <p>Méthode : Afin d'élaborer des descriptions d'éléments pour l'EMDABS, 50 interactions conflictuelles entre le personnel et les patients ont été examinées, résumées et croisées avec la documentation (n = 19). Trois évaluateurs ont ensuite utilisé l'EMDABS pour évaluer 272 simulations illustrant ces interactions.</p> <p>Résultats : L'EMDABS a démontré une très bonne fiabilité entre les évaluateurs [ICC (3, 1) = 0,752] et une forte cohérence interne (α = 0,901). Une analyse factorielle a révélé que les sept éléments étaient mieux représentés par un seul facteur.</p> <p>Discussion : L'EMDABS a été validé pour une utilisation future dans la recherche et la pratique. D'autres orientations en matière de validation et de recherche future sont discutées.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Il est important d'interrompre le cycle de l'agressivité suffisamment précocement afin de limiter les comportements agressifs et violents des patients, en utilisant une technique de désescalade. Une échelle d'évaluation (de langue allemande) des compétences de désescalade des soignants a déjà été mise en place par Nau et ses collaborateurs. Il s'agit ici de valider psychométriquement l'EMDABS (même échelle mais anglophone) pour évaluer les comportements de désescalade du personnel clinique en santé mentale lors de rencontres simulées personnel-patient.</p> <p>Actuellement, on relève dans la littérature un manque de consensus concernant la définition claire des techniques de désescalade optimales et des meilleures pratiques associées. Une échelle de désescalade de langue allemande a été développée : Le DABS (De-Escalating Aggressive Behaviour Scale) et validée empiriquement par Nau et al (2009) dans le but précis d'évaluer les programmes de formation en soins infirmiers axés sur l'amélioration des compétences de désescalade et la réduction de l'agressivité des clients. Malheureusement, la mise en œuvre du DABS dans un contexte plus large a posé quelques difficultés. Malgré l'existence d'une traduction anglaise, à la connaissance des auteurs, l'échelle a été validée uniquement en allemand.</p> <p>Avec l'encouragement de Nau, les auteurs ont cherché à développer les points d'ancrage du DABS et à ajouter les comportements des cliniciens les meilleurs, les plus acceptables et les moins désirables pour guider l'utilisation de l'échelle et informer la pratique de la désescalade. Former et guider l'utilisation de la technique de désescalade permettrait de limiter les mesures coercitives engagées lorsque l'intervention pour prévenir la violence a été trop tardive.</p>

Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente-t-elle des sources primaires ? <p>Une recension a été effectuée et fait état des lacunes dans la littérature concernant les techniques de désescalade, à base de sources primaires. La documentation disponible fournit des descriptions cliniques de la désescalade efficace fondées sur des données qualitatives et des observations professionnelles. Toutefois, ces analyses analytiques doivent être étayées par des données plus objectives ; l'une des caractéristiques d'une telle objectivité serait une échelle empirique ou une mesure quantitative de la désescalade.</p> <p>La recension présente des sources primaires et semble être une bonne base solide pour l'étude, car une échelle a déjà été mise en place et testée, sa fiabilité étudiée, et cette recherche vise à partir des fondements de cette échelle et d'en améliorer les aspects pouvant conduire à des biais en en faisant une échelle anglophone (EMDABS).</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés ne sont pas vraiment décrits. L'introduction fait plutôt état de l'importance des techniques de désescalade dans les soins et du manque de littérature à ce sujet.</p> <p>Il n'y a pas à proprement parler de cadre de référence, de bases philosophiques ou théoriques explicitées dans le cadre de cette étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Après l'élaboration de l'EMDABS, l'objectif explicite de cette étude est de valider psychométriquement l'EMDABS en utilisant plusieurs évaluateurs pour évaluer les comportements de désescalade du personnel clinique en santé mentale lors de rencontres simulées personnel-patient.</p> <p>Les auteurs ont émis l'hypothèse que, tout comme dans sa langue maternelle, l'EMDABS aurait de bonnes propriétés psychométriques, une excellente structure factorielle, compte tenu de l'élaboration quantitative rigoureuse du DABS, et serait théoriquement solide compte tenu de l'analyse documentaire et de l'analyse qualitative utilisée pour élaborer les descriptions des éléments</p> <p>La population à l'étude est les professionnels en soins psychiatriques. Les variables sont les techniques de désescalade des soignants, la validité de l'échelle.</p> <p>La question de recherche découle facilement du but puisque la recension des écrits fait état d'un manque de littérature concernant les techniques de désescalade. L'évaluation de ces techniques pourront être répertoriées dans les bases de données et accédées par les soignants, afin qu'ils puissent adapter, changer leurs pratiques, pour pouvoir au maximum prévenir les épisodes de violence et par la même occasion, limiter le recours à l'isolement et à la contention et ses impacts négatifs sur le patient.</p> <p>Les questions s'appuient sur la méthode de recherche sous-jacente, qui consistera à évaluer la validité d'une échelle.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>Population : Personnel soignant en santé mentale</p> <p>Échantillon : 135 soignants en santé mentale dans un hôpital canadien pour homme formés aux techniques de désescalade pendant 3 ans.</p>

	<p>La méthode pour accéder au site et pour regrouper les participants n'est pas décrite.</p> <p>Tous les membres du personnel en santé mentale ont été encouragés à participer, la majorité du personnel consentant étant des infirmières (77,8 %, n = 105) et la minorité étant les paramédicaux (16,3 %, n = 22) et les médecins (5,9 %, n = 8). Au sein de notre personnel, ces proportions reflètent en gros les ratios d'effectifs réels et la mesure dans laquelle le personnel infirmier, plutôt que les physiciens et le personnel paramédical, estime que la désescalade est pertinente dans leur travail quotidien.</p>
Considérations éthiques	<p>Le comité d'éthique de la recherche de l'établissement a approuvé l'utilisation secondaire des vidéos de simulation aux fins de la présente étude, et le personnel a donné son consentement écrit volontaire à cette fin.</p> <p>Tous les acteurs faisant partie de la simulation ont donné leur consentement éclairé et ont été tenus de préserver la confidentialité du personnel.</p> <p>Les bénéfices pour les participants étaient qu'ils ont eu l'occasion de recevoir une rétroaction individuelle sur leurs compétences en matière de désescalade de la part d'un expert en isolement et en réduction des contentions.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé est mixte et permet que l'étude atteigne son but. L'analyse documentaire et l'analyse qualitative ont été utilisées pour élaborer les descriptions des éléments du DABS, qui ont été élaborés en examinant 50 simulations vidéo choisies au hasard. Ces éléments ont été regroupés du moins souhaitable au plus souhaitable pour l'efficacité de la technique de désescalade, et il a été vérifié que les 7 éléments choisis étaient appuyés comme outil efficace de désescalade par une majorité des 19 articles tirés de la littérature. Enfin, à la suite d'itérations du libellé de l'échelle, l'EMDABS a subi des essais de fiabilité. On peut donc dire que le devis permet d'examiner l'entièreté de la question de recherche.</p> <p>La méthode de recherche est adaptée à l'évaluation de l'outil en question.</p> <p>Il y a suffisamment de temps passé sur le terrain. Au cours d'une séance de formation de deux heures, les évaluateurs ont été orientés vers le but de l'étude et ont été familiarisés avec les sept items de l'échelle et les descriptions associées. Pour s'assurer de la compréhension, les évaluateurs se sont entraînés indépendamment à évaluer trois échantillons de vidéos et toute divergence entre leurs évaluations et celles fournies par les coordonnateurs de la recherche ont été discutées. Une procédure de formation abrégée pour guider l'utilisation de l'EMDABS était également disponible sur demande. Par la suite, le premier auteur a supervisé les trois évaluateurs qui se sont rencontrés chaque semaine pendant 4 heures sur une période de 12 semaines pour évaluer les vidéos de façon indépendante. À l'exception d'une brève période de questions à la vidéo 20, les vidéos ont été évaluées sur une période de 50 h sans autre instruction.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont les simulations vidéo.</p> <p>Dans le cadre d'une initiative de perfectionnement de la main-d'œuvre d'une durée de trois ans visant à évaluer et à améliorer les compétences de désescalade, le personnel de première ligne a participé à une rencontre simulée avec des patients, qui a été enregistrée. La simulation a été conçue pour représenter des rencontres communes qui, si elles ne sont pas traitées de façon appropriée, peuvent mener à l'isolement ou à la retenue du client. Évaluation quantitative de la capacité de désescalade a été décrite dans les simulations enregistrées afin de corroborer les commentaires de l'expert, l'évaluation du phénomène a donc bien été ciblée.</p> <p>Pour ce faire, les auteurs ont amélioré le DABS en y ajoutant les meilleurs, les plus acceptables et les moins acceptables. Les participants du personnel se sont vus offrir une rétroaction par un évaluateur clinique expert. \$</p>

	<p>Tests de fiabilité : formation des évaluateurs à l'utilisation de l'EMDABS pour évaluer toutes les simulations enregistrées. Ces notations ont ensuite permis de tester la fiabilité et la validité de l'EMDABS.</p> <p>Les simulations ont été créées pour les besoins de l'étude. La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p>Le processus de collecte de données est décrit clairement. Pour évaluer la fiabilité de l'échelle, trois étudiants de premier cycle en psychologie ont été recrutés pour utiliser l'EMDABS afin d'évaluer les simulations. Les auteurs ont sélectionné des évaluateurs qui avaient de bons résultats scolaires et qui connaissaient bien la santé mentale de base, mais qui n'étaient pas des experts dans le domaine de la désescalade. Des évaluateurs non experts ont été recrutés parce que les auteurs pensaient que cela rendrait plus probable - si les éléments étaient jugés fiables - que l'EMDABS pourrait être largement diffusé et utilisé dans la pratique.</p> <p>De plus, pour que l'échelle puisse être facilement mise en œuvre, il était important que les évaluateurs puissent être formés à son utilisation dans un court laps de temps. Le personnel a été formé afin de minimiser les biais. Au cours d'une séance de formation de deux heures, les évaluateurs ont été orientés vers le but de l'étude et ont été familiarisés avec les sept items de l'échelle et les descriptions associées. Pour s'assurer de la compréhension, les évaluateurs se sont entraînés indépendamment à coter trois exemples de vidéos et à évaluer tout écart entre leurs cotes et celles fournies par le coordonnateur de la recherche.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites. Les auteurs ont convenu et élaboré des descriptions autonomes, en une seule phrase, de ce qui constitue la meilleure, la plus acceptable et la moins souhaitable pratique pour chacun des sept éléments. Une copie de l'EMDABS est disponible sur demande. Les descriptions ont été élaborées en examinant 50 simulations vidéo choisies au hasard et en regroupant les exemples de comportement du personnel en pratiques exemplaires ou en pratiques les moins souhaitables pour chacun des sept éléments. Ces résumés ont ensuite été comparés aux résultats de l'examen qualitatif afin de s'assurer de la validité des descriptions.</p> <p>Concernant l'évaluation de la fiabilité de l'outil, pour s'assurer de sa compréhension par les évaluateurs, ceux-ci se sont entraînés indépendamment à évaluer trois échantillons de vidéos et toute divergence entre leurs évaluations et celles fournies par les coordonnateurs de la recherche ont été discutées. Une procédure de formation abrégée pour guider l'utilisation de l'EMDABS est disponible sur demande. Cela montre que les auteurs ont pris en considération les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats. La cohérence entre les évaluateurs a été évaluée.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés.</p>

RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme d'un tableau accompagné d'un texte narratif.</p> <p>Les coefficients de saturation et les corrélations basées sur une analyse des composantes principales des sept items de l'EMDABS (English Modified De-Escalating Aggressive Behaviour Scale) (N = 272) ont également été présentées dans un tableau.</p> <p>Les résultats de l'analyse factorielle les ont amenés à retenir les sept éléments de l'EMDABS. Enfin, comme l'EMDABS semblait ne comporter qu'un seul facteur, ils ont calculé la cohérence interne des sept éléments, dont la moyenne avait été calculée pour les trois évaluateurs. L'alpha global de Cronbach était excellent ($\alpha = 0,901$), ce qui donne à penser que les items mesuraient de façon cohérente un facteur.</p> <p>Les évaluateurs ont démontré une très bonne concordance globale entre les taux de l'EMDABS, ICC (3, 1) = 0,752. L'élément « Fournir des conseils au client » avait la plus grande fiabilité inter-évaluateur, ICC (3, 1) = 0,677, tandis que l'élément « Réduire la peur » avait la plus faible, ICC (3, 1) = 0,423.</p> <p>Il n'est pas question dans l'article de l'évaluation des résultats par les participants ou des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés par rapport à l'hypothèse de fiabilité de l'échelle. Le but de cette étude était d'améliorer le DABS existant en langue allemande et de valider psychométriquement le EMDABS nouvellement développé : ces deux objectifs ont été atteints. L'EMDABS a été créé en élaborant des descriptions des meilleures pratiques, des pratiques acceptables et des pratiques les moins souhaitables pour chacun des sept éléments du DABS en effectuant une analyse documentaire et en faisant référence aux simulations enregistrées. Ensuite, une analyse factorielle exploratoire de l'EMDABS a démontré qu'un seul facteur sous-tend les sept éléments. De plus, le calcul de l'alpha de Cronbach a révélé un niveau élevé de cohérence entre les sept items. Enfin, les évaluateurs non experts qui ont été formés dans un laps de temps relativement court sont parvenus à un très bon accord entre évaluateurs lorsqu'ils ont utilisé l'EMDABS pour évaluer des simulations enregistrées décrivant des interactions conflictuelles entre le personnel et les clients. Cela signifie que les trois évaluateurs qui ont utilisé l'EMDABS ont pu s'entendre en toute indépendance sur la façon d'utiliser l'échelle pour évaluer les compétences de désescalade. Un très bon accord entre évaluateurs permet de diffuser largement l'EMDABS et de l'utiliser correctement. De plus, l'EMDABS semblait avoir une forte validité apparente puisque les sept éléments inhérents à l'EMDABS étaient bien représentés comme étant importants dans la documentation disponible.</p> <p>Les résultats ne sont pas discutés à la lumière d'études antérieures.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p>L'interprétation des résultats est conforme aux résultats d'analyse. En plus de représenter les éléments qui se sont le plus efficaces pour la désescalade, « Valoriser le client » et « Rester calme » ont été mis en cause par le plus grand nombre d'articles comme étant importants pour une désescalade. <u>Pour valoriser le client, il fallait que le personnel s'intéresse réellement aux préoccupations de son client et qu'il les valide avec empathie.</u> De même, pour réussir à rester calme, <u>il fallait maintenir un comportement calme, tout en continuant de réagir et d'être à l'écoute des comportements du client.</u> Nonobstant l'importance de ces deux éléments, les cinq autres avaient également des charges importantes sur le seul</p>

facteur de désescalade. L'élément « Réduire la peur » consistait à suggérer au client que sa situation actuelle avait le potentiel d'un changement positif pour l'avenir, réduisant ainsi son anxiété et accélérant la discussion sur la façon d'atteindre un état futur amélioré ou souhaité. L'élaboration d'ententes possibles exigeait que le fournisseur de soins quitte la rencontre avec un plan convenu sur lequel le client pouvait avoir confiance et qu'il poursuivrait activement. Pour s'enquérir des questions et de l'anxiété du client, il fallait que le fournisseur de soins tente activement de comprendre non seulement les préoccupations immédiates du client, mais aussi les causes profondes de ces préoccupations. En donnant des conseils au client, le fournisseur de soins devrait suggérer de multiples solutions pour l'aider à résoudre ses problèmes, y compris des solutions classiques (p. ex. dans notre simulation, une thérapie de remplacement de la nicotine ou une promenade dans le service) et des options créatives axées sur le client (p. ex. appeler un ami ou jouer à un jeu de cartes). De plus, les options devraient tenir compte des préoccupations actuelles et envisager la prévention à long terme des préoccupations futures.

L'élément « Risque » a posé des défis uniques, car c'est le seul élément de l'EMDABS qui est coté à l'envers. Le fait que les meilleures pratiques recommandent de garder une distance sûre et modérée (sans risque) sans donner l'impression d'être surveillé ou d'avoir peur est un argument de poids à cet égard. Nous avons remarqué que certains membres du personnel qui, autrement, obtenaient de très bons résultats, s'asseyaient très près du patient simulé. Toutefois, il ne s'agit pas d'une pratique optimale, car le membre du personnel n'aurait pas été en mesure de réagir si quelque chose de physique s'était produit. De plus, certains membres du personnel dont le rendement était très médiocre réduisaient les risques au minimum, par exemple, en se tenant près de la porte de la salle. Bien qu'ils ne soient " pas risqués ", cette rencontre ne serait pas une bonne pratique. Ces situations à risque uniques sont incluses comme descriptions d'ancrage sur l'EMDABS pour faciliter l'utilisation de la balance. Comme indiqué ci-dessus, l'EMDABS propose des éléments empiriques et des descriptions des meilleures pratiques associées pour informer et évaluer les pratiques de désescalade. Dans l'ensemble, il est suggéré que les praticiens de la santé mentale utilisent les éléments de l'EMDABS et les descriptions associées pour informer les lignes directrices sur la meilleure façon de désescalader un client qui escalade vers l'agression ou la violence. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats.

Malgré les progrès réalisés vers une mesure de désescalade psychométriquement valide, cette étude n'était pas sans limites. La présente étude ne fournit que des preuves limitées de la validité des scores EMDABS, ne peuvent pas garantir que l'EMDABS aborde toutes les compétences verbales et non verbales nécessaires pour désamorcer un client dans une variété de scénarios et de populations de patients. La validation de l'EMDABS à l'aide de différents scénarios ou populations de clients est encouragée. Cela permettrait de mieux comprendre l'applicabilité plus large de l'EMDABS et de ses sept éléments constitutifs.

Deuxièmement, il n'est pas certain que l'EMDABS comprenne tous les éléments nécessaires pour guider ou évaluer la pratique de la déviance dans tous les contextes.

Un troisième domaine limitant la validité de l'EMDABS concerne la façon dont la fiabilité inter-évaluateurs a été calculée. Ils ont choisi d'utiliser des évaluateurs formés mais non experts pour évaluer les propriétés psychométriques de l'EMDABS, et reconnaissent que d'autres évaluateurs (c.-à-d. les médecins) peuvent percevoir des nuances de diverses formes et produire différents types de résultats.

Enfin, l'EMDABS mesure strictement les compétences de désescalade du personnel et non les résultats de désescalade. Par conséquent, un prestataire de

	<p>soins peut avoir intégré les sept éléments dans son intervention de désescalade (démontrant une compétence exceptionnelle selon l'EMDABS), mais ne pas avoir réussi à désescalader le client.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats. Dans l'ensemble, les résultats de l'étude suggèrent que l'EMDABS est un outil prometteur pour évaluer objectivement les compétences de désescalade.</p>
Conséquences et recommandations	<p>En pratique, les éléments et les ancrages fournis par l'EMDABS peuvent être utilisés pour informer les meilleures pratiques de désescalade dans les milieux cliniques et éducatifs. En outre, l'EMDABS a le potentiel de nous faire progresser vers une base plus solide pour ce qui est et n'est pas efficace dans la désescalade. L'amélioration de la recherche sur la désescalade mènera à une amélioration de la pratique et, en fin de compte, appuiera l'évolution vers des environnements psychiatriques moins coercitifs.</p> <p>L'utilisation la plus importante de l'EMDABS peut être l'évaluation de l'efficacité des programmes de formation à la désescalade. Actuellement, l'efficacité de ces programmes est évaluée en fonction de leur capacité à réduire le nombre d'incidents et de blessures et du recours à des mesures coercitives telles que l'isolement et la contention - une mesure critique, mais peut-être multidéterminée (Richter 2006). L'EMDABS offre un moyen plus direct d'évaluer les compétences et le développement des compétences du personnel.</p> <p>Des recherches futures pourraient envisager d'ajouter d'autres éléments à l'EMDABS et d'évaluer si ces éléments ajoutent une information unique ou une valeur prédictive à l'échelle.</p> <p>De futures recherches pourraient envisager de tester la validité psychométrique de l'EMDABS à l'aide d'un groupe différent d'évaluateurs, qui pourraient inclure des experts reconnus ou des utilisateurs de services.</p> <p>Elles pourraient également explorer comment les notations EMDABS se comparent aux résultats de la désescalade à la suite d'une interaction. Par exemple, un client ou un observateur pourrait évaluer sa perception d'une interaction de désescalade et cette évaluation pourrait être comparée à l'évaluation des compétences de désescalade de l'EMDABS. Une convergence entre les perceptions des compétences et le score de l'EMDABS confirmerait la validité et la valeur de l'échelle en tant que guide des meilleures pratiques. L'amélioration de la recherche sur la désescalade mènera à une amélioration de la pratique et, en fin de compte, appuiera l'évolution vers des environnements psychiatriques moins coercitifs.</p> <p>Les données sont suffisamment nombreuses pour appuyer les conclusions.</p>

Éléments d'évaluations	Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés de la recherche : réduire les taux de conflit et de confinement dans les unités de soins psychiatriques aigus : Le cluster Safewards test randomisé contrôlé .
Résumé	Le résumé présente : le contexte / l'objectif/ la conception de l'étude / les participants / les résultats / la conclusion
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème de la recherche s'inscrit dans le contexte des connaissances actuelles suivantes :

	<p>Les unités de soins psychiatriques aigus offrent des soins de durée limitée aux personnes en état de perturbation et de détresse aiguë. Une fois admis, les patients peuvent présenter un certain nombre de comportements difficiles et risqués, y compris l'agression verbale, les tentatives de fuite, l'automutilation, le refus de manger ou de boire, l'agression contre des objets ou des personnes. Le personnel infirmier a recours à différentes méthodes pour prévenir ces comportements ou améliorer leurs résultats, notamment l'utilisation de médicaments tranquillisants, l'observation spéciale par le personnel, la contention manuelle et l'isolement. Les " conflits " correspondent aux comportements qui posent un risque pour les patients ou leur entourage, et les " confinements " correspondent aux mesures prises par le personnel pour les gérer.</p> <p>Les cours de formation pour le personnel sur la prévention et la gestion de la violence sont les interventions les plus couramment utilisées. Celles-ci contiennent des compétences de base en matière de désescalade et une formation sur les contraintes manuelles (Lee et al., 2001).</p> <p>Aucune de ces méthodes visant à rendre les services psychiatriques plus sûrs ne fournit un modèle complet expliquant les causes des conflits et des événements de confinement, et elles ne visent pas non plus à réduire les conflits et le confinement dans leur ensemble. Le modèle Safewards a permis d'identifier dix interventions pour réduire la fréquence des deux.</p> <p>Dans cette étude il s'agit de tester l'efficacité de ces interventions.</p>
Recension des écrits	<p>Il y a une recension des écrits, les auteurs prennent en compte différentes études passées et les données probantes présentent une base solide pour l'étude. Il n'y a pas d'ECR (essai contrôlé randomisé) antérieur sur les interventions visant à réduire le conflit ou à endiguer le conflit dans son ensemble. Même pour les comportements conflictuels individuels ou les événements de confinement (p. ex. violence seule ou isolement seul), très peu d'ECR ont été entrepris.</p> <p>Il y a beaucoup plus d'études qui sont pour la plupart locales et non contrôlées, et un grand nombre d'études observationnelles, longitudinales et descriptives.</p> <p>Des comptes rendus narratifs sont disponibles, en particulier pour la violence, l'isolement et les contraintes mécaniques. Ils suggèrent que les taux de conflit et d'endiguement peuvent être influencés par le comportement du personnel, mais les preuves sont généralement faibles et de mauvaise qualité.</p> <p>Les données probantes existantes ont été rassemblées dans le modèle Safewards, qui sous-tend les interventions utilisées dans le cadre de cet essai.</p> <p>Les recherches antérieures ont montré des taux très variables de conflits et de confinement dans différentes unités psychiatriques, qui ne s'expliquent pas uniquement en termes de patients admis. L'examen de la documentation portant sur plusieurs sujets a mené à la création du modèle Safewards. Ce modèle explique les taux variables de conflit et de confinement et identifie un grand nombre de " modificateurs du personnel ", c'est-à-dire les aspects des actions du personnel qui peuvent avoir un impact sur la probabilité de conflit ou d'incidents de confinement. Le modèle a permis la création d'une liste d'interventions qui pourraient améliorer les modificateurs du personnel et ainsi réduire les taux de conflit et de confinement.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont inscrits dans la cadre de référence suivant qui est lié au but de l'étude : les services ont été l'unité de randomisation. L'équipe de recherche a évalué la liste des interventions potentielles en fonction de leur faisabilité et de leur impact, ce qui a donné une liste restreinte de 30 interventions qui ont été soumises à des consultations avec des groupes d'infirmières expertes, d'utilisateurs de services et de soignants. Les 16 principales interventions ont fait l'objet d'une étude pilote dans quatre quartiers, puis ont été réduites, consolidées et améliorées en un</p>

	ensemble de dix interventions à utiliser dans un essai contrôlé randomisé à grande échelle.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise : les chercheurs souhaitent évaluer l'efficacité d'une intervention complexe (Safewards), destinée au personnel infirmier, pour réduire les taux de conflit et de confinement au niveau des services de soins psychiatriques actifs.</p> <p>Les questions de recherches découlent de manière logique de la recension des écrits</p> <p>Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population et l'échantillon sont précisés : l'étude comprenait 31 services psychiatriques dans 15 hôpitaux situés à moins de 100 km du centre de Londres. Les critères d'inclusion étaient des unités de soins psychiatriques aigus pour adultes de tout sexe.</p> <p>Dans le plan de l'échantillonnage, l'auteur a envisagé les moyens suivants afin d'accroître la représentativité de l'échantillon: les services ont été exclus s'ils exerçaient une fonction spécialisée, s'ils avaient prévu des changements importants ou si au moins deux des critères suivants étaient remplis : aucun directeur de service permanent en poste, un conseiller en suppléance responsable uniquement des soins aux patients hospitalisés, un taux de vacance du personnel infirmier supérieur à 30 %. Les infirmières et les assistants de santé volontaires travaillant dans les services sélectionnés ont été inclus, 564 membres du personnel (88 % du total possible) ayant donné leur consentement.</p> <p>La taille de l'échantillon requis était basée sur les données de l'étude City-128 (Bowers, 2009).</p> <p>Ils ont supposé un chiffre prudent de 13 lits par salle, avec 2 salles par hôpital et 10 hôpitaux participants. Afin de tenir compte de l'abandon potentiel de l'essai, un objectif de 15 hôpitaux (30 salles) a été fixé pour l'étude.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été conçue de manière à minimiser les risques pour les participants. Le personnel non consentant était libre de ne pas soumettre de données sur les résultats du questionnaire ou de participer aux interventions. Le consentement signé au nom des patients a été donné par les chefs de la direction du Trust, bien qu'aucune donnée n'ait été recueillie auprès des patients et que toutes les interventions de recherche aient été menées auprès du personnel. Les directeurs des soins infirmiers et les directeurs médicaux ont également approuvé l'étude avant que l'accès ne soit accordé. L'approbation éthique du National Health Service a été obtenue (11/LO/0798).</p>
Devis de recherche	<p>Il d'agit d'une étude randomisée utilisant un devis qualitatif. Ceci a permis d'obtenir un essai pragmatique contrôlé randomisé avec des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques comme unités de randomisation pour obtenir les résultats des taux de conflit et d'endiguement. L'étude a de cette manière atteint son but.</p> <p>Concernant les critères scientifiques, toute la randomisation était indépendante des chercheurs et du statisticien de l'essai. Tout au long de l'étude, les services et leur personnel n'ont pas cherché à savoir quel ensemble d'interventions constituait la condition expérimentale ou de contrôle, et chacun d'eux a reçu un titre neutre et a été décrit comme étant susceptible de réduire les taux de conflit et de confinement. De plus, ni le personnel ni les assistants de recherche qui travaillaient avec eux ne savaient quel type d'intervention serait appliqué à quel service jusqu'à deux semaines avant son introduction, de sorte que les données de base ne pouvaient être biaisées.</p>

Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesures sont clairement décrits. Les principaux résultats ont été les taux de conflit total et les taux de confinement total mesurés par la liste de contrôle des conflits patient-personnel (PCC) (Bowers et al., 2005).</p> <p>Les résultats secondaires ont été mesurés par le Questionnaire sur l'attitude face aux troubles de la personnalité (Bowers et Allan, 2006), l'échelle sur l'antipathie de l'automutilation (Patterson et al., 2007), l'échelle sphérique Ward Atmo (clarté du programme, ordre et organisation) (Moos, 1974) et le SF-36v2, une enquête abrégée de santé (Ware et al., 2002). Ces échelles supplémentaires étaient celles qui représentaient le mieux les types de changements de personnel que le modèle Safewards prévoyait associer aux changements dans les taux de conflit et de confinement. De plus, le SF-36v2 a été inclus pour évaluer l'impact des interventions de contrôle.</p> <p>La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés, les quartiers en condition expérimentale ont mis en œuvre un ensemble de dix interventions " Safewards "</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des attentes mutuelles claires - L'utilisation de mots doux - Un modèle de désescalade - L'obligation de dire quelque chose de bien au sujet de chaque patient lors des transmissions infirmières - Rechercher les mauvaises nouvelles qu'un patient pourrait recevoir d'amis, de parents ou d'employés et intervenir rapidement pour en discuter - La connaissance des patients sur les renseignements personnels structurés, par l'intermédiaire d'un dossier. - Une réunion régulière des patients pour renforcer, formaliser et intensifier le soutien entre patients - Une caisse d'outils de distraction et de modulation sensorielle pour les patients agités - Des explications rassurantes à tous les patients à la suite d'incidents potentiellement effrayants - L'affichage de messages positifs sur le service de la part des patients <p>Les interventions se sont donc déroulées au niveau de l'essai, puisqu'il s'agissait d'efforts collectifs de l'équipe infirmière ou qu'elles étaient visibles pour tous. Des descriptions complètes de ces interventions ainsi que des vidéos de formation sont disponibles gratuitement en ligne (www.safewards.net).</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est décrit clairement. Le personnel du service a été formé à l'utilisation de la PCC et la collecte de données sur les principaux résultats s'est poursuivie tout au long de l'étude. Les données de base ont été recueillies pendant huit semaines, puis les services ont eu huit autres semaines pour mettre en œuvre l'ensemble des interventions qui leur avaient été attribuées. Ils ont ensuite continué d'utiliser les interventions pendant huit autres semaines. Les questionnaires sur les résultats secondaires ont été recueillis pendant la période de référence et répétés pendant la période des résultats, puis distribués au personnel consentant par courrier interne ou en personne. Tout au long de l'étude, les chercheurs se sont rendu dans tous les services deux ou trois fois par semaine pour recueillir et distribuer des questionnaires, encourager la participation, assurer la liaison avec l'équipe pour planifier l'introduction des interventions et répondre à toute question. L'essai est enregistré sous un numéro et un comité directeur de l'essai, présidé de façon indépendante, a supervisé le projet.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites avec les différents tests utilisés. Les données ont été analysées à l'aide du progiciel MCMCglmm de la R 2.15 (Hadfield, 2010). Comme la distribution des événements dans les données présentait un excès de comptes nuls (quarts de travail sans événements), les enquêteurs ont choisi de modéliser les données à l'aide du « Poisson hurdle mixed » modèle. C'est un modèle en deux parties composées d'un modèle de réponse binaire et d'un modèle de</p>

	<p>régression par comptage, qui a déjà été utile dans la recherche sur les toxicomanies (Atkins et al., 2013) et ailleurs. Le but de ce modèle est de pouvoir décrire le risque qu'un conflit ou un incident de confinement se produise.</p> <p>La variable dépendante était le nombre d'incidents (conflit ou confinement) par quart de travail. Les co-variables étaient les suivantes : phase de l'étude (base de référence, mise en œuvre et résultats), traitement (intervention ou contrôle Safewards), heure du quart de travail (matin, après-midi ou nuit), jour dans la phase d'étude (centrée) et journal du nombre de lits par quart de travail à utiliser comme décalage. Une interaction entre la phase de résultat et les conditions de traitement a donné la différence de traitement primaire à la phase de résultat.</p> <p>Il y avait des taux élevés de données manquantes dans l'étude et, par conséquent, les chercheurs ont adopté une gamme d'approches pragmatiques pour évaluer la robustesse de leurs résultats, à la fois selon les hypothèses manquantes au hasard (MAR) et manquantes et non aléatoires (MNAR) (White et al., 2011). De plus amples détails sur l'analyse des données figurent dans les informations supplémentaires de l'étude.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible, mais complexe avec tous les tests utilisés.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et résumé en texte narratifs. Le tableau 1 montre les mesures de référence et le tableau 2 montre une estimation des effets des interventions de Safewards par rapport au contrôle des résultats primaires et secondaires.</p> <p>Par rapport à l'intervention témoin, l'intervention Safewards a réduit le taux d'événements conflictuels de 15,0 % (IC 95 % : 5,6-23,7 %). De même, lorsque des événements de confinement se sont produits, le taux d'événements de confinement pour les quarts de travail avec événements a été réduit de 26,4 % (IC 95 % : 9,9-34,3 %).</p> <p>Pour les résultats secondaires, aucune différence entre l'intervention de contrôle et l'intervention Safewards pour l'échelle sphérique Ward Atmo, l'échelle sur l'antipathie de l'automutilation et le Questionnaire sur l'attitude face aux troubles de la personnalité n'a été distinguée. Sur l'échelle SF-36, il n'y avait aucune différence dans le groupe expérimental pour la mesure de santé mentale, mais il y avait un effet du groupe sur la santé physique. Le personnel du groupe témoin a montré une amélioration de 1,85 point (IC 95 % : 0,003-3,704) de plus sur le plan de la santé physique que l'intervention Safewards.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses et sont discutées à la lumière des études antérieures. Toutes les études antérieures s'appuyaient sur des rapports ou des formulaires officiels d'incident qui n'étaient remplis par le personnel qu'une fois les incidents survenus. En utilisant cette méthode, il ne semble jamais y avoir de données manquantes, et les taux ne peuvent être évalués pour le biais. L'utilisation du PCC a permis de mettre en évidence les débits de données manquants et d'évaluer les biais potentiels. L'essai Safewards représente donc une nouvelle étape dans la rigueur, l'ampleur et la portée de la recherche sur la sécurité des patients et du personnel en psychiatrie hospitalière.</p> <p>Les auteurs définissent de manière détaillée les limites, en voici les principales. L'essai a permis d'obtenir un niveau élevé de données manquantes, malgré les visites régulières de chercheurs dans les services. Tous les membres du personnel</p>

n'ont pas donné leur consentement à l'étude ; par conséquent, à certaines occasions, l'infirmière responsable ne s'est pas sentie obligée de terminer la PCC de fin de quart. En d'autres occasions, le personnel s'occupait finalement d'autres questions, la fin d'un quart de travail infirmier étant le moment où de nombreux rapports et colloque infirmier sont nécessaires. Ce moment augmente à la fois la probabilité d'exactitude d'un PCC et diminue la probabilité qu'il soit complété. La vraie question en ce qui concerne l'essai est de savoir si les données manquaient au hasard et, dans la négative, si un biais a miné les conclusions. Les enquêteurs croient que leur analyse de sensibilité appuie fortement l'interprétation selon laquelle ce n'était pas le cas, mais qu'une telle analyse ne peut jamais remplacer complètement un ensemble complet de données. Il faut donc faire preuve d'une certaine prudence à l'égard ces constatations.

Les mesures d'observation objectives prises par les chercheurs ont révélé des taux de mise en œuvre plus modestes, mais ceux-ci ont augmenté régulièrement au fil du temps. Les unités de soins psychiatriques aigus sont des environnements occupés et chaotiques, avec un roulement constant des patients et d'importantes équipes d'infirmières et d'autres personnes travaillant par quarts sept jours par semaine (Cleary et al., 2011). Leur demander de mettre en œuvre dix interventions, aussi petites soient-elles, dans l'ensemble de l'équipe et sur une période de huit semaines était une énorme demande. Il est clair qu'une période plus longue aurait permis une plus grande mise en œuvre de l'intervention. Dans l'état actuel des choses, la mise en œuvre s'est étendue au-delà de la phase de mise en œuvre de la recherche et s'est poursuivie, s'intensifiant tout au long de la phase des résultats. Enfin, le gain sur les salles témoins peut avoir été le résultat d'une contamination provenant des salles expérimentales sur le même site. On a demandé aux membres du personnel des différents services de ne pas parler entre eux des interventions qu'ils utilisaient, mais il y avait des gestionnaires d'unités qui traversaient les deux services, et la petite taille de nombreuses unités psychiatriques signifiait que le personnel se substituait souvent les uns aux autres pour couvrir les absences dues aux vacances ou aux maladies, et certaines preuves des effets d'une unité sur une autre ont déjà été publiées (Bowers et al., 2008a,b). Toutefois, le niveau généralement faible de mise en œuvre dans les quartiers expérimentaux donne à penser que toute contamination dans les quartiers témoins aurait été minime.

Il était clair que les interventions expérimentales avaient un peu plus de crédibilité parmi les participants, un plus grand nombre d'entre eux dans les salles étant correctement capables de voir à travers la tentative de les aveugler. Il est donc possible qu'une partie des résultats positifs soit due à une plus grande anticipation de changement de la part du personnel des services expérimentaux.

L'étude ne permet pas de dire quelle serait la durabilité des interventions expérimentales à long terme, sans l'appui des chercheurs. Les interventions ont des objectifs différents. Bien que connexes, certains visent à changer les attitudes du personnel envers les patients et la façon dont ils les concernent, d'autres visent à étendre de façon permanente leurs compétences en matière d'interaction dans certaines circonstances courantes.

Les interventions expérimentales n'étaient pas un contrôle complet en santé physique, car le personnel des salles expérimentales n'était pas prêt à s'attendre à une amélioration de leur santé en raison de leurs changements dans la pratique. Néanmoins, les résultats suggèrent qu'il peut y avoir une réelle valeur de santé au travail dans les interventions légères, mais efficaces de promotion de la santé auprès du personnel, pour lesquelles il existe d'autres preuves (Dugdill et al., 2008). Les limites de l'essai Safewards, mentionnées ci-dessus, étaient la grande quantité de données manquantes et la mesure dans laquelle les interventions pouvaient être mises en œuvre dans le court laps de temps de l'étude.

	<p>Les points forts de l'essai Safewards étaient un ensemble théorique d'interventions, l'enregistrement préalable, une taille d'échantillon suffisamment large et généralisable de manière crédible, une randomisation indépendante, un contrôle actif des attentes, un effet expérimental et un changement dans le temps, une surveillance indépendante, un aveuglement des sujets, une analyse statistique indépendante et un impact démontrable sur les taux de conflit et de maîtrise.</p> <p>La conclusion découle logiquement des résultats. L'ambition est que les organisations de soins de santé utilisent le modèle Safewards comme mécanisme pour poursuivre leurs efforts en vue d'améliorer la sécurité et de réduire la coercition, et à cette fin, Safewards a déjà été recommandé dans la politique (Department of Health, 2014).</p>
Conséquences et recommandations	<p>Par conséquent, en l'absence de données de qualité comparable sur ce qui rend les services psychiatriques plus sûrs, les chercheurs recommandent que les interventions de Safewards soient mises en œuvre dans les services de santé mentale aiguë pour adultes, car les résultats de cet essai indiquent que les gains pour les patients et le personnel pourraient être importants. La diminution des conflits signifie moins de blessures aux patients et au personnel en raison de la violence, de l'automutilation, du suicide, etc., une meilleure expérience du patient en raison du recours moins fréquent à la force et à la coercition par le personnel, y compris les procédures à risque élevé comme la contrainte manuelle (Paterson et al., 2003), et une libération importante du temps du personnel pour qu'il puisse s'occuper des conflits et de l'isolement et se consacrer davantage aux activités positives et productives (Flood et al., 2008). Des instructions complètes sur la façon d'utiliser les interventions de Safewards sont disponibles gratuitement en ligne, soutenues par des vidéos d'instruction, des modèles de documents téléchargeables, des conseils de planification et de mise en œuvre, et un forum en ligne offrant un soutien (www.safewards.net). Une réplication indépendante des résultats dans un autre essai les rendrait plus sûrs, et des évaluations de bonne qualité dans les endroits où Safewards est mis en œuvre sont recommandées.</p>

Éléments d'évaluations	Behavioral Emergency Response Team: Implementation Improves Patient Safety, Staff Safety, and Staff Collaboration
Titre	Le titre décrit bien le sujet de l'article : il parle d'une équipe d'intervention d'urgence comportementale et des bénéfices de sa mise en action.
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche avec structure telle que : problème, méthode, résultats et discussion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche et recension des écrits	Les urgences comportementales peuvent survenir dans un milieu autre que la santé mentale. Des comportements tels que crier, exiger, manipuler, agir ou menacer de danger perturbent le fonctionnement de l'unité et mettent en danger la sécurité de tous. L'environnement non psychiatrique augmente le risque pour les personnes se trouvant sur l'unité en raison de l'équipement et des objets médicaux qui peuvent être utilisés comme armes ou projectiles. Des études (Lepiesova et coll., 2015 ; May et Grubbs, 2002) ont rapporté que jusqu'à 97,4 % des infirmières sont exposées à un comportement agressif ou abusif au cours d'une année donnée dans des unités non-

	<p>MH, 63,3 à 83,3 % déclarent être victimes d'agression physique et 80,6 à 100 % déclarent être victimes de violence verbale selon la zone clinique.</p> <p>Les membres du personnel travaillant dans des unités autres que les unités de santé mentale peuvent ne pas savoir reconnaître quand les comportements perturbateurs ou menaçants s'intensifient et comment désamorcer en toute sécurité de tels comportements. En conséquence, le personnel peut avoir des attitudes contre productives et se mettre en danger. Généralement, le comportement du patient continue d'augmenter, un code vert (comportement violent) est appelé, et le personnel de sécurité effectue une "démonstration de force" et un "démontage" du patient sur demande. En outre, en tentant de désamorcer l'urgence comportementale, le patient, le personnel ou les visiteurs de l'unité peuvent être agressés ou blessés.</p> <p>Depuis des années dans cet établissement, ils ont recours à des équipes d'intervention rapide (EIR), recommandées par l'Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI, 2011), composées d'experts en soins intensifs qui répondent aux urgences médicales somatiques. De même, la mise en place d'une équipe d'intervention d'urgence comportementale (BERT), composée d'experts en santé mentale, a permis de réduire l'utilisation des contentions, la violence au travail et les appels à la sécurité, et d'améliorer la confiance du personnel pour identifier, gérer et désescalader les symptômes comportementaux.</p>
Cadre, buts et question de recherche	<p>Les projets et études de mise en œuvre du BERT ont été menés auparavant dans des établissements de soins de santé civils, et aucun n'a mené d'enquêtes avant et après la mise en œuvre du BERT sur la confiance du personnel dans l'identification, la gestion et la désescalade des symptômes du comportement.</p> <p>Cet article décrit l'élaboration, la mise en œuvre, les résultats et les défis de la mise en œuvre d'un BERT fondé sur des données probantes dans un établissement de traitement militaire et décrit la confiance du personnel dans l'identification, la gestion et la désescalade des symptômes comportementaux avant et après la mise en œuvre.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	Développement du BERT
Considérations éthiques	<p>Un problème important a été identifié grâce aux observations cliniques, rapports d'agression et de blessures et aux commentaires du personnel ; les patients et le personnel des unités non-MH ont été victimes par manque de compétences et de soutien dans leur réponse aux urgences comportementales. Ce qui en fait un sujet prioritaire et a favorisé l'installation du BERT.</p> <p>Une équipe d'amélioration des processus (IP) a été mise sur pied. Le modèle de RASE de l'Iowa recommande la mise en place d'une équipe interdisciplinaire composée d'intervenants et d'employés intéressés par le sujet du changement de pratique.</p>
Modes de collectes de données	<p>L'équipe d'IP a effectué une analyse documentaire pour répondre à la question clinique suivante : chez les patients hospitalisés en milieu non psychiatrique, le BERT par rapport à l'absence d'équipe d'intervention a-t-il une incidence sur la violence au travail, l'utilisation de contentions, les exigences de sécurité, l'identification, la gestion et la désescalade des symptômes comportementaux ?</p> <p>Une recherche dans les bases de données PubMed, CINAHL, PsychINFO et MEDLINE a permis de trouver quatre articles spécifiques à leur question. La documentation fait état de résultats positifs pour les patients à la suite de la mise en œuvre d'une EIR.</p> <p>Le BERT est une ressource, dirigée par un personnel expérimenté en santé mentale, utilisée lorsque des comportements psychiatriques ou des urgences comportementales se manifestent dans un milieu autre que psychiatrique pour aider à identifier l'« escalade » du comportement et intervenir avant qu'un événement</p>

négatif ou nécessitant un code vert se produise. Le BERT offre des services de consultation et d'intervention en temps opportun, notamment : a) en désamorçant les personnes qui peuvent avoir des comportements potentiellement violents ; b) en donnant l'exemple en matière d'intervention en situation de crise, ce qui peut améliorer les capacités des membres du personnel non-MH et promouvoir la confiance en soi pour régler des problèmes de comportement similaires dans l'avenir ; c) en informant le personnel des unités après le désarmement ; et d) en donnant une formation.

L'équipe d'IP a déterminé qu'il existait suffisamment de preuves pour justifier la mise en œuvre d'un BERT et a proposé de mettre à l'essai un BERT sur une unité somatique. Les objectifs de ce projet étaient de déterminer le niveau de connaissances, de confiance et de soutien du personnel avant et après la mise en œuvre du BERT en matière de soins aux patients psychiatriques et aux patients présentant des urgences comportementales, et de déterminer les effets sur le personnel et la sécurité des patients par rapport au nombre d'agressions et de blessures, au recours aux contentions, aux interventions en matière de sécurité, et aux verts codés.

Le BERT est appelé si : Patient réagissant à des hallucinations ou à toute autre déficience de la réalité empêchant le personnel de réorienter ou de communiquer efficacement avec le patient, ou si l'état psychiatrique du patient se détériore et que le patient et/ou d'autres personnes peuvent être en danger imminent, ou si le comportement agité, perturbateur, menaçant ne réagit pas à la réorientation du personnel ou à d'autres tentatives d'intervention.

C'est donc une infirmière en santé mentale et un technicien en psychiatrie hospitalisés qui interviennent en cas d'urgence comportementale dans les unités autres que psychiatrique, ainsi que le médecin assistant de deuxième année ou plus, l'équipe de soins infirmiers primaires, l'infirmière du jour et la sécurité. Pour lancer un BERT, l'infirmière responsable de l'unité du patient informe tous les membres du BERT de l'activation ; l'infirmière responsable de l'unité de santé mentale reçoit une description de la situation.

L'infirmière joue le rôle de chef du BERT et dirige l'intervention du personnel. Avec le technicien psychiatrique ils utilisent leurs compétences en intervention d'urgence pour évaluer et désamorcer la situation, en se concentrant sur la désescalade verbale, les techniques thérapeutiques calmantes et les interventions environnementales. Le chef du BERT consulte le médecin principal et, dans certains cas, il est recommandé d'amorcer ou d'ajuster le traitement médicamenteux ou de consulter le responsable des consultations psychiatriques. Le personnel infirmier du patient reste dans la zone pour administrer les médicaments et fournir les traitements recommandés par le BERT. Le personnel de sécurité intervient et est activé si le patient ne réagit pas aux interventions de désescalade. Un code vert peut être appelé dans le cas où le patient continue de s'aggraver ou devient violent. Le responsable du BERT sécurise la situation lorsque le comportement du patient devient gérable.

Une fois le BERT sécurisé, le responsable informe tous les membres de l'équipe de l'évolution de la crise, identifie les interventions efficaces de désescalade et suggère des interventions supplémentaires pour prévenir d'autres incidents et des possibilités d'amélioration. L'infirmière du patient et le chef du BERT documentent la réponse sur une note électronique créée par l'équipe d'IP. L'infirmière principale du patient effectue une évaluation de suivi 4 à 6 heures après le BERT pour évaluer l'état comportemental actuel du patient et l'efficacité de son plan de soins. Si, à tout moment, l'infirmière a des questions ou des préoccupations concernant le comportement du patient, l'infirmière de santé mentale ou le BERT peut être de nouveau appelée.

L'équipe d'IP a également élaboré un questionnaire de rétroaction post-BERT immédiat, une formation du personnel et des sondages auprès du personnel avant et après la mise en œuvre fondés sur l'expérience clinique et professionnelle et sur une analyse documentaire. La validité du contenu des sondages a été vérifiée par des

	<p>infirmières préparées au doctorat et à la maîtrise. L'initiative proposée par le BERT a été présentée au directeur des soins infirmiers, au département de sécurité, au Conseil exécutif des infirmières (ECONS) et au Conseil exécutif de médecine (ECOMS), qui l'ont approuvée. Le comité d'examen des établissements de l'installation de traitement militaire a effectué un examen administratif et a déterminé qu'il s'agissait d'un projet d'amélioration de la qualité du RASE et non de recherche.</p>
Devis de recherche	Devis de recherche qualitatif
Conduite de la recherche	<p>Mise en œuvre du BERT</p> <p>Le personnel infirmier des unités participantes a répondu à une enquête préalable à la mise en œuvre et a reçu une formation sur le protocole BERT (contexte, but, définition, paramètres d'appel, rôles des unités et des membres du BERT, exigences documentaires, processus de compte rendu, méthodes de rétroaction, ressources, etc.).</p> <p>L'unité pilote a reçu une formation supplémentaire en service de l'infirmière praticienne en psychiatrie qui examine les signes d'escalade comportementale et les techniques d'intervention et de communication précoces pour assurer la sécurité du patient et du personnel. Quelques membres du personnel de l'unité pilote ont suivi un cours de quatre heures sur la gestion préventive du comportement perturbateur.</p> <p>Au terme de l'enquête préalable et de la formation, le BERT a été mis à l'essai sur l'unité pilote pendant cinq mois.</p> <p>Au cours de la période pilote, l'équipe d'IP a discuté de la rétroaction du personnel et a examiné chaque demande du BERT concernant les possibilités, les tendances et les résultats pour les patients. Une fois le projet pilote terminé, l'enquête postérieure à la mise en œuvre a été envoyée. Les données prépilotes et post-pilotes ont été comparées et ont donné des résultats positifs ; le protocole et les lignes directrices du BERT ont été révisés pour tenir compte des commentaires du personnel.</p> <p>Ils ont déterminé que la sécurité/police n'était souvent pas nécessaire lorsque le chef de du BERT était en mesure d'évaluer et de déterminer rapidement si la situation pouvait être désamorcée en toute sécurité sans intervention de sécurité.</p> <p>Pour cette raison, ils ont changé les responsabilités en matière de sécurité - la sécurité relevait de l'infirmière responsable et, au bout de 10 à 15 minutes, le chef du BERT ou l'infirmière responsable prenait la décision si la sécurité devait rester pour une démonstration de soutien ou si elle pouvait être renvoyée.</p> <p>Ils ont étendu le projet pilote à deux autres unités à la suite du même processus de mise en œuvre. Après trois mois d'expansion pilote, les résultats ont continué à montrer une nette augmentation de la sécurité du personnel et des patients, et les données sur les résultats ont été communiqués à ECONS, ECOMS et au Conseil directeur exécutif, qui ont approuvé la poursuite de la mise en œuvre dans toutes les unités pour adultes hospitalisés et le programme BERT a été transféré au Comité ECONS pour supervision. Au cours d'une période de trois mois, un BERT a été déployé dans les autres unités de patients hospitalisés, un étage à la fois, en utilisant le même processus de mise en œuvre.</p> <p>Ils ont découvert que plusieurs services auxiliaires du personnel ne connaissaient pas bien le processus du BERT et leurs rôles s'ils faisaient partie d'une unité lorsque d'une mise en place de BERT. Ils ont alors dispensé une formation supplémentaire par le biais de réunions avec le personnel auxiliaire (radiologie, physiothérapie, orthophonie, diététique et ergothérapie) afin de mieux faire connaître le BERT et de les éduquer sur leur rôle pendant sa mise en œuvre. Le projet pilote initial a débuté le 9 septembre 2013 et, le 2 septembre 2014, un BERT a été entièrement mis en œuvre pour toutes les unités pour adultes hospitalisés.</p>
Analyse des données	<p>Descriptif et inférentiel ont été utilisés pour analyser les résultats. Les effets sur la sécurité du personnel et des patients ont été déterminés en analysant les données de 12 mois avant et après la mise en œuvre pour toutes les unités pour adultes</p>

	<p>hospitalisés. De plus, chaque réponse du BERT a été évaluée en fonction des résultats spécifiques des patients (voir tableau 3).</p> <p>Toutes les données ont été enregistrées sur une feuille de calcul Microsoft Excel. Un sondage électronique anonyme en cinq questions (avant l'intervention) et en huit questions (après l'intervention) a évalué le niveau de connaissance, de confiance et de soutien du personnel dans les soins aux patients psychiatriques et aux patients présentant un comportement perturbateur, menaçant ou malsain, en utilisant une échelle de Likert de 0 à 10 points (tableau 4).</p> <p>Tous les sondages sont demeurés disponibles pendant deux semaines, avec un objectif de taux de réponse de 30 %. Les résultats du sondage ont été analysés à l'aide de SPSS forWindows (version 21 ; IBM Corp., Armonk, NY, USA). Pourcentages médians ou de fréquence ont été obtenus et examinés pour chaque question ; le test Mann-Whitney U a été utilisé pour évaluer les différences entre les résultats avant et après mis en œuvre. L'efficacité de l'ORET et les domaines à améliorer ont été évalués immédiatement après l'ORET. Une valeur p de < 0,05 a été jugée significative.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Au cours des cinq premiers mois du projet pilote, le BERT a répondu à cinq urgences comportementales. Le nombre d'agressions et d'interventions de sécurité a diminué de 83 % ; le recours aux contentions a diminué de 80 %. Les résultats avant et après l'enquête sont présentés au tableau 6. Le niveau de connaissance du BERT et l'évaluation du niveau de soutien ont augmenté de manière significative après la mise en œuvre ($p < .05$). 44% du personnel de MS-1 et 33 % du personnel de santé mentale ont déclaré avoir appelé, été témoin d'un BERT ou d'y avoir répondu (question 6) ; les infirmières des unités psychiatriques et somatiques ont évalué le BERT comme étant favorables et efficaces.</p> <p>Les réactions individuelles des membres du personnel aux réponses du BERT ont été positives et ont été prises en compte.</p> <p>D'après nos constatations, le projet pilote a été étendu à deux autres unités de soins somatiques pour une période de trois mois, tandis que les résultats ont été évalués pour cinq mois supplémentaires sur l'unité pilote qui a continué d'afficher une augmentation substantielle de la sécurité des patients et du personnel (voir le tableau 5) ; le nombre d'agressions, d'interventions de sécurité et de contentions a diminué de 90 %, 93 % et 87,5 %, respectivement. Au cours de l'expansion pilote sur les MS-2 et MS-3, le BERT a répondu à 7 urgences comportementales pour un total de 17 interventions du BERT depuis le début du programme (10 mois). Le tableau 7 présente les résultats spécifiques pour chaque patient ($N = 17$). Plus particulièrement, 82 % des patients ont réussi à se calmer et sont restés dans leur chambre. Les deux patients qui sont passés au code vert, l'un d'eux avant l'arrivée du BERT, ont eu besoin d'une intervention de sécurité et de contention, ce qui a entraîné trois agressions contre le personnel. Le troisième patient muni de contentions avait des contentions avant l'arrivée du BERT et, dans les 30 minutes qui ont suivi la désescalade réussie, les contentions ont été enlevées.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Ce projet a démontré qu'un BERT aide à désamorcer les patients avant que la violence n'éclate, améliore la sécurité des patients et du personnel, et améliore la collaboration entre le personnel de la SEP et celui de MH. Les résultats suggèrent que les infirmières en santé mentale peuvent ne pas se sentir aussi confiantes dans la gestion des patients psychiatriques ou des urgences à l'extérieur du confort de leur unité de soins infirmiers ; cependant, les auteurs soupçonnent que leur confiance augmentera avec plus d'expérience BERT. Étant donné l'environnement unique du système de santé militaire et le roulement élevé du personnel, il faut continuer de surveiller les commentaires et les sondages du personnel afin de déterminer si la confiance et la capacité du personnel non-SM à gérer les urgences comportementales augmenteront.</p>

	<p>avec le temps, comme nous l'avons observé dans des études antérieures. Compte tenu de l'immense succès remporté, le BERT a été étendu à toutes leurs unités pour adultes hospitalisés, y compris les unités de soins intensifs, les unités de soins de courte durée et les unités mère-enfant, ce qui indique que l'initiative peut facilement être transférée aux unités de chirurgie non médicale.</p> <p>L'un des principaux défis a été d'obtenir l'adhésion de l'unité de santé mentale. Le BERT lui demandait de s'acquitter d'une tâche supplémentaire au cours de la journée et de quitter le confort de leur unité pour intervenir en cas d'urgence comportementale dans un milieu autre que le leur, où des risques et des problèmes de sécurité supplémentaires existent. Afin d'améliorer leur adhésion, les dirigeants des unités de santé mentale et le personnel infirmier ont été encouragés à participer au processus de planification et de mise en œuvre et en promouvant le BERT comme une occasion pour le personnel de partager ses connaissances et ses compétences spécialisées avec d'autres personnes et de pratiquer le leadership.</p> <p>Un deuxième défi consistait à maintenir et faire perdurer la connaissance du BERT au travers des changements fréquents de personnel.</p> <p>La formation des médecins du BERT était insuffisante, ce qui a nui à leur adhésion soutenue. Pour surmonter ce problème, ils ont consulté la Direction de l'éducation et intégré la afin d'assurer la connaissance, la compréhension et le maintien du BERT.</p> <p>Un troisième défi, mais aussi la clé du succès, était de reproduire un programme d'EIR médical existant. Cela a permis aux prestataires et au personnel de comprendre facilement le concept du BERT et donc de l'activer facilement lorsque le service était nécessaire. Malheureusement, comme dans le cas du programme d'EIR, le personnel attend souvent trop longtemps avant d'appeler le BERT. Probablement, le personnel hésite à appeler une EIR ou un BERT tôt parce qu'il perçoit cela comme un échec dans la prise en charge du patient ou parce qu'il veut être celui qui "sauve et désescalade" le patient ; cependant, d'autres recherches et questions seront nécessaires pour comprendre vraiment l'hésitation du personnel.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Selon le modèle EBP de l'Iowa, l'initiative BERT peut être reproduite dans des environnements de soins de santé similaires avec une unité pour patients hospitalisés et des experts en réponse comportementale facilement disponibles. L'initiative pourrait être reproduite dans des établissements sans unité de santé mentale pour patients hospitalisés, mais la composition de le BERT devrait être modifiée ; parmi toutes les études menées, il y a eu au moins une infirmière en santé comportementale ou psychiatrique ou un prestataire dans l'équipe de réponse.</p> <p>L'équipe d'IP continue d'évaluer les données antérieures et postérieures à la mise en œuvre, de recueillir et d'évaluer les résultats des enquêtes, d'accroître les connaissances du personnel sur le BERT et d'améliorer le programme. Dans l'ensemble, le BERT a donné des résultats positifs en matière de sécurité des patients et du personnel, ainsi qu'en matière de collaboration du personnel, et il vaut la peine d'envisager sa mise en œuvre dans d'autres établissements.</p>

Éléments d'évaluations	Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward
Titre	Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude : ce sont les interventions suivant un score d'évaluation du risque de violence élevé. La population est sous-entendue comme celle qui vient consulter dans un centre d'admission psychiatrique finlandais.

Résumé	Un résumé figure en début d'article qui reprend tous les points essentiels : problème, méthode, résultats et discussions
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La violence des patients contre les membres du personnel et d'autres patients sont des préoccupations courantes dans les unités psychiatriques. L'agression des patients affecte la santé physique et psychologique du personnel, et la peur générée par le fait de travailler dans un climat de danger potentiel peut nuire aux soins des patients. Les patients qui ont agi de manière agressive font souvent l'objet d'interventions restrictives, notamment de contention et d'isolement. Cependant, l'utilisation de ces stratégies peut augmenter encore le stress et la tension dans le service. Dans ce contexte, les efforts ont été intensifiés pour accroître le recours actif aux interventions de désescalade et pour réduire les mesures coercitives dans la gestion de l'agression et de la violence des patients.</p> <p>Traditionnellement, les cliniciens utilisaient des méthodes d'évaluation des risques cliniques non structurées - avec différents degrés d'efficacité. Récemment, un certain nombre d'outils d'évaluation des risques cliniques structurés ont été développés et ils se sont révélés être beaucoup plus précis que les jugements cliniques sans aide. En utilisant une liste de facteurs de risque étayés de manière empirique, le personnel peut identifier le comportement des patients qui pourrait éventuellement déclencher des événements agressifs et prévenir les incidents d'agression. L'identification de facteurs de risques donne également au personnel plus de temps pour se préparer à l'événement ou pour prévenir ces événements au moyen d'interventions spécifiques.</p>
Recension des écrits	Tout au long de l'article, les différentes sources et les avis d'autres auteurs sont mentionnés. La recension fournit une bonne synthèse de l'état actuel des connaissances de la problématique de recherche. La recension présente des sources primaires.
Cadre, buts et question de recherche	Cette étude visait à déterminer quelles étaient les interventions appliquées par le personnel d'un service psychiatrique pour diminuer le risque de violence après l'identification d'un patient à risque, à quelle fréquence et quelle étaient leur efficacité. Malgré la précision prédictive des évaluations du risque de violence structurée, le personnel a montré des points de vue mitigés à leur égard. Une formation insuffisante, un manque de soutien organisationnel, des coûts ainsi qu'un manque de collaboration multidisciplinaire ont été mentionnés comme des obstacles à leur mise en œuvre. En outre, les recherches sur l'utilité des évaluations du risque de violence structurée à la base sont encore limitées, suscitant un débat en cours sur l'utilité et la pertinence de ces outils dans les soins infirmiers quotidiens. L'un des problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des évaluations du risque de violence dans les services de psychiatrie tient au fait que le personnel infirmier craint que les résultats de ces évaluations ne soient pas utilisés. Cela est compréhensible, dans la mesure où toute la procédure d'évaluation des risques n'a évidemment aucune valeur si elle n'aboutit pas à des interventions visant à réduire le risque élevé observé.
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie de façon précise et l'échantillon est décrit de façon suffisamment détaillée comme suivant :</p> <p>Les données ont été recueillies entre le 1.5. et le 31.10.2013 dans un service d'admission psychiatrique pour adultes dans le sud de la Finlande. Le personnel comprend deux psychiatres, du personnel infirmier (20,5 postes) et les services d'un psychologue, d'un travailleur social, d'un ergothérapeute et d'un secrétaire. Au cours</p>

	<p>de la période d'étude, 331 patients âgés de 42,9 ans en moyenne (écart type 17,39, valeur médiane 18–90 ans, médiane 42 ans) ont été admis dans le service avec un total de 427 périodes de traitement en raison de périodes multiples par certains patients. Un total de 163 périodes de traitement (38,2%) ont commencé involontairement. La durée moyenne d'une période de traitement était de 6 jours (DS 6,50, plage 1–44, médiane 4). Le nombre total de jours d'hospitalisation était de 2399 et le taux d'occupation moyen du service était de 74%.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée selon le nombre de patients admis dans cette unité durant la période de récolte de données (du 1.5 au 31.10 2013)</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, les auteurs n'ont pas parlé des possibles moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon. Elle n'est pas justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données dans l'article, il n'en est pas fait mention du moins.</p>
Considérations éthiques	<p>Le plan d'étude a été évalué par le comité d'éthique du district hospitalier d'Helsinki et d'Uusimaa. La permission de mener l'étude a été accordée par l'administration du district hospitalier d'Helsinki et d'Uusimaa. L'étude a été réalisée conformément à la déclaration d'Helsinki.</p>
Devis de recherche	<p>L'échantillon a été déterminé selon le nombre de patients admis dans cette unité durant la période de récolte de données de manière non aléatoire. Le devis ne fournit pas un moyen d'examiner toutes les questions de recherches et il ne permet pas de respecter tous les critères scientifiques (véracité, neutralité, applicabilité, consistance).</p> <p>Le temps passé sur le terrain et auprès des participants était de 6mois.</p> <p>En outre, il s'agissait d'une étude d'observation en milieu naturel sans aucune randomisation.</p>
Modes de collectes de données	<p>Selon le système de compte rendu des risques du district hospitalier, au cours de la période étudiée, 22 incidents de violence se sont produits dans le service : huit incidents incluaient la violence physique et 12 de la violence psychologique, ainsi que deux incidents visant des biens.</p> <p>L'évaluation dynamique de l'agression situationnelle (DASA) est une évaluation structurée du risque de violence à utiliser en hôpital pour identifier le risque aigu d'agression du patient dans les 24 h suivant l'évaluation. Il se compose de sept éléments (irritabilité, impulsivité, réticence à suivre des instructions, sensibilité à la provocation perçue, colère facile lorsque les demandes sont refusées, attitudes négatives et menaces verbales), dont la survenue au cours des 12 heures précédentes est estimée sur une base en deux points. Échelle (0 = absent, 1 = présent).</p> <p>Les estimations sont résumées pour donner un score total de zéro à sept décrivant le risque de violence. Les scores totaux sont divisés en trois catégories : 0 représentant aucun risque, 1–3 un risque modéré et 4 ou plus un risque élevé.</p> <p>Dans la présente étude, la version finlandaise de l'instrument a été utilisée. Il a été préparé par un sous-groupe d'auteurs (TL, ES, NL) à l'aide du processus itératif de traduction et de traduction arrière indépendante, suivi d'une discussion visant à résoudre les divergences mineures.</p>
Conduite de la recherche	<p>Une session complète de coaching a été organisée pour le personnel, suivie d'une phase pilote de deux semaines afin de pratiquer l'utilisation de l'évaluation du risque de violence. Les patients hospitalisés ont été notés quotidiennement. Les évaluations ont été complétées séparément pour chaque patient à 13 heures pendant le compte rendu de service de l'après-midi. Le personnel infirmier en service a rempli les évaluations DASA en présence de psychiatres. Celles-ci représentaient donc des déclarations de consensus.</p>

	<p>Dans cette étude, comme l'utilisation de DASA ne vise pas seulement à prédire le risque d'agression, mais aussi à aider à gérer les risques, les scores de 4 ou plus étaient considérés comme suffisamment élevés pour nécessiter une intervention immédiate visant à réduire les risques d'agression physique des patients.</p> <p>Les fichiers de tous les patients présentant un score total DASA ≥ 4 ont été examinés par un médecin et une infirmière en utilisant une méthode de recherche pour l'analyse systématique et objective de documents. Premièrement, les dossiers médicaux des patients ont été lus plusieurs fois. L'unité d'analyse était un énoncé, qui pourrait être une phrase ou une partie de phrase composée d'un contenu thématique pertinent pour la question de recherche. Deuxièmement, les données ont été réduites en choisissant et en soulignant les phrases répondant à la question de recherche. Troisièmement, les données ont été codées en étiquetant les phrases réduites avec une description en fonction du contenu thématique pouvant caractériser les phrases. Dans la quatrième phase, des sous-catégories ont été formées pour ces phrases codées en regroupant celles ayant un contenu similaire. Toutes les divergences non résolues concernant les sous-catégories ont été résolues. Enfin, les principales catégories ont été établies en regroupant des sous-catégories ayant une signification similaire.</p>
Analyse des données	<p>L'analyse du chi carré a été utilisée pour comparer les distributions de diagnostic de genre et de diagnostic principal entre les patients présentant au moins un score total élevé (DASA ≥ 4) au cours de la période de traitement et ceux présentant uniquement un score faible (DASA <4). L'âge a été comparé entre les groupes en utilisant le test U de Mann-Whitney. Les mêmes comparaisons ont été effectuées entre les hommes et les femmes avec des scores totaux élevés DASA. Pour étudier les associations entre les interventions et le risque de violence après l'intervention, nous avons d'abord créé un score de changement indiquant le changement des scores DASA entre le jour de l'intervention et le jour suivant. Nous avons ensuite prédit ce score de changement avec cinq modèles de régression linéaire à plusieurs niveaux : quatre modèles pour étudier les associations distinctes des quatre catégories d'interventions avec le score de changement DASA, et le cinquième modèle pour étudier les associations lorsque toutes les interventions étaient ajustées pour l'utilisation d'autres méthodes.</p> <p>Le modèle à plusieurs niveaux a pris en compte la non-indépendance des mesures répétées des mêmes participants dans le temps, fournissant des estimations correctes pour les erreurs types. De base le score total DASA a été ajusté dans tous les modèles. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistiques version 22.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux. Les modèles sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène et les résultats sont résumés par un texte narratif.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>La description complète des principaux diagnostics des patients, établie par les médecins spécialistes et vérifiée par le médecin-chef adjoint, spécialiste en psychiatrie, est présentée dans le tableau 1.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet. Environ 20% des patients hospitalisés dans le service des admissions ont obtenu une évaluation élevée du risque de violence au moins une fois au cours de leurs périodes de traitement. Dans la plupart des cas, cela a conduit à des interventions visant à réduire le risque de violence perçu.</p> <p>L'intervention la plus fréquemment utilisée a été la médication. Des études antérieures ont montré que les médicaments à base de PRN sont fréquemment utilisés en</p>

psychiatrie pour diverses raisons, principalement pour réduire l'agitation des patients, bien que les preuves de son efficacité ne semblent pas être suffisantes.

Dans la présente étude, l'administration de médicaments PRN ne réduisait pas le risque perçu de violence. Il a été déclaré dans de précédentes études que l'utilisation actuelle du médicament PRN est basée sur l'expérience clinique et l'habitude plutôt que sur des preuves de haute qualité d'un effet pharmacologique réel. Il est prouvé que la consommation de médicaments à base de PRN peut être réduite par de légers changements dans les politiques des services sans inconvénient.

L'isolement est une autre intervention couramment utilisée. L'utilisation de méthodes restrictives a été largement débattue et diverses tentatives ont été faites pour réduire le recours à l'isolement et à la contention en soins infirmiers psychiatriques. Il a été rapporté que l'utilisation de méthodes coercitives altère l'alliance thérapeutique. Cependant, les chercheurs ne sont toujours pas d'accord sur le point de savoir si la réduction de l'isolement entraîne une augmentation du nombre d'incidents violents, un statu quo ou une diminution.

La troisième intervention la plus souvent utilisée est l'entretien infirmier, qui est utilisé dans la pratique clinique quotidienne comme première alternative à l'isolement et à la contention. Les patients, les infirmières et les médecins ont tous souligné l'importance d'entretiens réguliers notamment avec l'infirmière référente. L'écoute empathique, l'attention et la compréhension, la communication active, une présence attentive ici et maintenant, le tact et la réflexion humaine sur la psychopathologie du patient sont des éléments essentiels de discussions ciblées. Cela crée une atmosphère de sécurité, de réconfort et de compréhension, tout en offrant une meilleure compréhension de l'état mental actuel du patient. Se concentrer sur les raisons d'un comportement agressif peut faciliter de meilleures façons de traiter ces problèmes dans le service.

Pour rassembler les interventions utilisées après un score élevé, les dossiers hospitaliers de tous les patients ayant un score total DASA ≥ 4 ont été examinés par deux chercheurs (un médecin et une infirmière) utilisant l'analyse de contenu inductif, méthode de recherche systématique analyse objective des documents. Premièrement, les dossiers médicaux des patients ont été lus plusieurs fois. Deuxièmement, les données ont été réduites en choisissant et en soulignant les phrases répondant à la question de recherche. Troisièmement, les données ont été codées en étiquetant les phrases réduites avec une description en fonction du contenu thématique pouvant caractériser les phrases. Dans la quatrième phase, des sous-catégories ont été formées pour ces phrases codées en regroupant celles ayant un contenu similaire. Toutes les divergences non résolues concernant les sous-catégories ont été résolues. Enfin, les principales catégories ont été établies en regroupant des sous-catégories ayant une signification similaire. Plus tard, les interventions appliquées ont été regroupées en quatre groupes (interventions régies par la loi finlandaise sur la santé mentale, médication, discussion avec une infirmière et autres interventions (présenté dans le tableau 2). Les scores totaux DASA entre un jour d'intervention et les suivants jour ont été comparés pour examiner l'efficacité de chaque groupe d'intervention. La fréquence et la répartition en pourcentage des interventions et des groupes d'interventions ont été calculées.

Les données ont été recueillies dans un service d'admission finlandais régulier et comprenaient un échantillon consécutif de patients hospitalisés. Les infirmières en poste avaient effectué les évaluations DASA en équipe. Elles représentaient donc des déclarations de consensus plutôt que les opinions de membres individuels du personnel. Un encadrement complet et une phase pilote avaient précédé la collecte des données. Aucun des chercheurs n'ayant travaillé sur le service, l'étude représente donc une évaluation objective.

Certaines limites de l'étude doivent cependant être prises en compte :

	<p>Premièrement, les interventions ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients. La qualité des dossiers médicaux variait et il est possible qu'une intervention ait eu lieu même si elle n'était pas enregistrée. En Finlande, l'utilisation de méthodes coercitives fondées sur la loi médicale finlandaise et le traitement médicamenteux doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Cela ne concerne pas les méthodes non coercitives, ce qui peut fausser l'image réelle des interventions utilisées.</p> <p>Deuxièmement, un seul service d'un seul hôpital a été inclus dans l'étude et la généralisation des résultats peut donc être mise en doute.</p> <p>Troisièmement, les diagnostics psychiatriques ne reposaient pas sur des entretiens structurés, mais provenaient des dossiers médicaux des patients. En outre, les diagnostics cliniques étaient les principaux, ce qui signifie que la possible comorbidité n'était pas prise en compte. La durée d'hospitalisation dans les salles d'admission psychiatriques finlandaises est généralement si courte qu'aucun diagnostic de comorbidité n'est possiblement évalué.</p> <p>En outre, il s'agissait d'une étude d'observation en milieu naturel sans aucune randomisation. Par conséquent, les changements observés dans les scores totaux DASA associés à différentes interventions peuvent avoir été confondus avec des variables non mesurées et un biais d'indication.</p> <p>Des biais d'indication peuvent apparaître si des incidents violents moins graves ont été traités avec des interventions moins intrusives et des incidents plus graves avec des méthodes plus coercitives, et si les incidents moins graves représentaient plus un comportement agressif temporel et à court terme que les incidents graves.</p> <p>Dans la plupart des cas, l'identification d'un patient à haut risque a conduit à une intervention. Malheureusement, la nature des méthodes les plus fréquemment utilisées était psychopharmacologique ou coercitive. Les interventions non coercitives et non pharmacologiques, telles que les activités quotidiennes, sont associées de manière significative à la diminution du risque de violence perçue, encourageant le personnel psychiatrique à faire preuve d'imagination lors du choix des techniques d'intervention.</p>
Conséquences et recommandations	<p>À l'avenir, des essais randomisés seraient nécessaires pour déterminer de manière fiable l'efficacité de différents types d'interventions. Dans l'ensemble, les critiques ont porté sur l'utilisation de méthodes actuarielles.</p> <p>Dans la présente étude, les derniers scores DASA totaux ont été utilisés, la plupart des patients n'étant en service que quelques jours. Malheureusement, aucun instrument structurel reconnu sur le plan international pour surveiller les incidents d'agression n'a été utilisé. Nous n'avons donc pas pu étudier l'impact des interventions sur les événements violents.</p> <p>Des études complémentaires portant sur les associations entre les interventions réduisant les risques et les événements violents sont évidemment nécessaires pour éclairer le lien de causalité entre les interventions et la réduction de la violence.</p>

Éléments d'évaluations	A Live Threat Violence Simulation Exercise for Psychiatric Outpatient Departments: A Valuable Aid to Training in Violence Prevention
Titre	Le titre précise que c'est une étude sur des exercices de simulations de situation de violences menaçant la vie dans un contexte hospitalier psychiatrique mais la population n'est pas précisée, elle est seulement sous-entendue.

Résumé	Un résumé figure en début d'article qui reprend tous les points essentiels recherche : problème, méthode, résultats et discussions
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème à l'étude est la nécessité, largement sous-estimée selon les auteurs, de prévenir la violence dans les services psychiatriques et autres services ambulatoires.</p> <p>Bien qu'il semble que les événements les plus menaçants soient heureusement relativement rares, l'impact d'une seule menace importance de violence avec gros risques pour la vie ou de blessures telles qu'une prise d'otage, une alerte à la bombe ou d'autres situations menaçantes peuvent avoir des répercussions à très longs termes sur les soignants et les patients ayant subi cette agression. Cela avait un impact sur les praticiens et sur leurs pratiques cliniques futures qui pouvaient engendrer des contre-transferts problématiques et des réactions perturbées des cliniciens et du personnel à l'égard des sous-groupes de patients "potentiellement" violents.</p>
Recension des écrits	Les auteurs s'appuient sur leurs connaissances et expériences personnelles de leurs exercices de simulation et de formation de prévention et de gestion de la violence.
Cadre, buts et question de recherche	<p>En 2011, sous l'impulsion de multiples expériences personnelles en psychiatrie, de violence au travail, les auteurs ont mis au point une méthode d'évaluation de la violence en direct par des exercices de simulation de menace pour compléter la formation à la prévention de la violence. Ces simulations ont été conçues par le personnel de notre clinique, le corps professoral et la police de l'université afin d'améliorer la qualité de l'enseignement et la sécurité du personnel, des patients et de leur famille.</p> <p>Ce document décrit l'évolution de la violence, les exercices de simulation de menace, les éléments de ces exercices, et évaluations de 2014 à 2016 en fonction de la satisfaction des participants des enquêtes. Les auteurs décrivent les résultats de notre simulation des rapports après action qui ont conduit à des comportements liés à la sécurité du personnel les changements de sécurité à l'espace physique de la clinique, d'autres améliorations des processus de sécurité et d'autres discussions des particularités, des avantages et des limites de cette prévention de la violence approche.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>Au début de chaque année, avant l'exercice de simulation de la violence en direct, notre faculté offre à tout le personnel ambulatoire 7 h de notre programme de prévention de la violence. Il s'agit des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) la connaissance de la situation et la prise de décisions en matière de sécurité ; (2) la formation sur la désescalade de la violence ; (3) la formation sur l'évaluation des risques de violence, y compris l'utilisation des outils d'évaluation des risques et des dossiers médicaux ; (4) l'utilisation des listes de contrôle pour l'établissement des congés pour violence ; (5) les questions juridiques et la violence ; (6) des vidéos/discussions ; (7) des vidéos et une analyse de la simulation des menaces de violence pour 2011. <p>L'exercice de simulation de menace de violence réelle favorise la conformité aux procédures de sécurité et fournit au personnel une expérience pratique des éléments suivants : prise de décision situationnelle, utilisation des caractéristiques</p>

	<p>de sécurité de la clinique, plan de communication, carte de réparation d'urgence, compétences en désescalade et gestion des situations violentes les plus menaçantes.</p> <p>L'exercice annuel de simulation est un événement volontaire d'une durée de 4 heures, mis au point par le groupe de préparation aux situations d'urgence de la police universitaire et l'équipe de direction du service de consultation externe en psychiatrie.</p> <p>Pendant l'exercice de simulation, la clinique est fermée pendant tout un après-midi. En moyenne, chaque simulation annuelle implique 70 participants de notre clinique, d'autres services hospitaliers, de l'administration et de l'administration la police, les acteurs, les observateurs et les médias. Environ 40 des 70 participants sont des acteurs. Les autres participants sont des " membres du personnel de soutien de l'exercice " qui gèrent et permettent les scénarios, mais n'y participent pas activement.</p>
Considérations éthiques	<p>L'exercice annuel de simulation est un événement volontaire, qui ne met pas en danger les participants et qui propose des débriefings pour gérer les potentiels petits effets secondaires négatifs tels que stress post événement stressant. C'est un exercice qui est proposé surtout pour aider le personnel et lui proposer un entraînement dans une simulation de danger et lui donner des pistes de réactions.</p>
Devis de recherche	<p>Cette étude utilise un devis de recherche qualitatif</p>
Modes de collectes de données et conduite de la recherche	<p>L'exercice de 4 heures, les sondages post-simulation, les rapports après action/identification des problèmes, le plan d'action, la sécurité annuelle et les améliorations des processus sont divisés en 9 étapes comme suit :</p> <p>1. Mise en place et orientation de la simulation ; 1 h</p> <p>Le processus d'enregistrement exige trois choses : 1) tout le personnel doit avoir les numéros de la police programmés dans leur téléphone; 2) tous doivent être munis de la carte de préparation aux situations d'urgence à leurs badges d'identification du personnel ; 3) tous doivent être inscrits dans le programme de communication de masse (RAVE)</p> <p>Après le programme de prévention de la violence, environ 50 % des participants se sont conformés à ces trois mesures de sécurité. Après l'orientation de la simulation, nous avons eu une conformité à 100% avec ces précautions de sécurité et la conformité est généralement maintenue tout au long de l'année.</p> <p>Les participants portent des T-shirts de différentes couleurs pour différencier leurs rôles en tant qu'acteurs/personnel ou "personnel de soutien de l'exercice". (contrôleurs et évaluateurs de la police, observateur, média et autre). Les acteurs de la police portent les vêtements et l'étui habituels de la police, les armes sont factices.</p> <p>Un questionnaire verbal est donné aux participants du groupe qui passe en revue les éléments essentiels du programme de prévention de la violence. La police revoit également les règles de simulation et les procédures de sécurité, en mettant l'accent sur l'absence de contact physique pendant la simulation, à l'exception des acteurs et de la police qui connaissent à l'avance leurs rôles et actions dans les scénarios.</p> <p>2. «2 Scénarios hypothétiques de simulation de menace de 30 à 45 minutes</p> <p>Les scénarios commencent avec des acteurs qui entrent dans la clinique et augmentent graduellement leur risque de violence. Cela exige que quelques</p>

acteurs/employés utilisent et pratiquent leurs techniques de désescalade. Le personnel s'exerce à prendre conscience de la situation et à prendre des décisions. "Dois-je m'abriter dans un bureau ?" "Que dois-je faire pour me protéger et protéger ou prendre soin des autres (dois-je évacuer les patients, les membres du personnel) ?

Exemples de scénarios d'exercices de simulation en direct: Tireurs, Alerte AMBER, prise d'otage, menace de bombe, menace au couteau, etc.

Le responsable psychiatrique désigné détermine les actions de l'événement sur place, ce qui implique la gestion de la situation clinique et la délégation de tâches à la direction de la clinique et gère le scénario, comme il le ferait pendant un événement réel. La police de l'université prend généralement la direction hors site, en coordination avec le répartiteur ; elle examine la vidéo de la clinique ; elle envoie la première annonce de communication de masse au sujet de l'événement ; elle boucle les routes du campus, le bâtiment ou l'étage de la clinique ; elle détermine, lance et coordonne l'intervention de la police et du leadership clinique.

La direction de la clinique peut faire ce qui suit : décider de l'utilisation des boutons de panique, du système de sécurité vidéo et du système de sonorisation ; gérer le système de sécurité, où jusqu'à 64 personnes peuvent donner ou recevoir simultanément les informations nécessaires ; décider quand il faut envoyer des mises à jour ; décider quand commencer l'appel notification gérer l'évacuation, au besoin ; décider des mesures d'urgence à prendre une fois l'événement terminé ; et informer le personnel du lieu de l'événement des débriefings post-événement.

3. 2 débriefings de groupe de participants (45 min chacun)

Les contrôleurs et les évaluateurs de la police ainsi que le directeur de la pratique animent un débriefing de groupe à chaud après chaque simulation. Tous les participants sont informés des détails et du déroulement des scénarios et discutent de leurs expériences et des mesures prises, en expliquant les raisons de leurs décisions.

Le débriefing met l'accent sur les points forts des réponses du personnel et met en lumière les leçons apprises (c.-à-d. les façons de mieux utiliser les dispositifs de sécurité des cliniques, les façons d'améliorer les scénarios, la gestion des événements et l'intervention policière).

4. Le groupe de préparation aux situations d'urgence où la police recueille des commentaires écrits.

Tous les participants fournissent un compte rendu écrit immédiatement après l'événement de quatre heures sur la conception de l'exercice et les résultats des exercices, des processus de sécurité de la clinique et de l'efficacité des procédures et réponses de la police.

5. Débriefing avec la police et le personnel de préparation aux situations d'urgence. Après les deux simulations, tous les policiers, y compris les contrôleurs, les évaluateurs et la police n'assistent qu'aux réunions du corps policier en discutant des points forts et des points à améliorer de l'intervention de la police et du personnel.

6. Enquêtes de satisfaction

Le lendemain de l'événement, tous les participants reçoivent une enquête de satisfaction, à l'aide de Survey Monkey. L'enquête sollicite des commentaires au sujet de l'orientation, des présentateurs, de l'atelier de formation, de la qualité/réalisme des scénarios, des débriefings, de la satisfaction globale avec l'événement, les perceptions de la préparation à faire face à l'événement, les perceptions de l'état de préparation à faire face à des situations violentes futures, les symptômes post-événements et les commentaires et des suggestions pour améliorer la sécurité.

	<p>7. Rapports après action Dans le mois qui suit la simulation, la police, l'équipe de préparation aux situations d'urgence et les dirigeants psychiatriques examinent les bandes vidéo de l'événement et leurs sondages respectifs et rédigent des rapports distincts sur les mesures prises après l'incident. Ces deux rapports diffèrent par leur orientation et offrent des points de vue multiples de chaque groupe.</p> <p>8. Réunion conjointe après l'action;1-h. Les responsables de la police, de la préparation aux situations d'urgence et de la psychiatrie se réunissent dans les six semaines suivant la simulation pour examiner les deux rapports après action et créer un document sommaire combinant les perspectives sur les événements, les comptes rendus, les succès et les forces, les leçons apprises et les mesures futures nécessaires pour améliorer la sécurité. Deux nouvelles dates sont prévues pour la séance de planification sur table de l'année suivante et pour le prochain exercice de simulation de menace de violence de quatre heures.</p> <p>9. Plans d'amélioration mis en œuvre Au cours de l'année, des budgets sont élaborés et des améliorations sont mises en œuvre en mettant l'accent sur l'ajout de caractéristiques de sécurité et la modification des procédures, des processus et des séminaires de prévention de la violence.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Avant le premier exercice de menace de violence en direct en 2011, le personnel était sceptique quant à l'utilité des simulations. Malheureusement, la clinique a connu plusieurs menaces de violence majeure au cours des années depuis 2011. Des incidents graves se sont produits environ une fois tous les deux mois. Ces événements ont été précipités par les psychiatres qui suggèrent une hospitalisation involontaire, l'imposition de limites strictes à la prescription de benzodiazépines et d'analgésiques et le fait de faire face à des patients intoxiqués, ou par l'insatisfaction des patients en raison des limites de nos cliniques à fournir un service complet. Les éléments déclencheurs de l'agitation des patients sont régulièrement discutés dans notre programme de prévention de la violence, font l'objet de jeux de rôle dans certains de nos scénarios de simulation et font l'objet de discussions lors des séances de débriefings de simulation. De plus, le personnel de la clinique s'est penché sur ces préoccupations dans le cadre d'autres initiatives en matière de qualité et de sécurité.</p> <p>Au cours des 6 ans, aucune blessure au personnel ou aux patients ou séquelles psychologiques graves pour notre personnel, nos patients ou leur famille. Les auteurs croient que notre excellent dossier en matière de sécurité face aux menaces fréquentes de violence est le résultat de notre attention constante aux questions de sécurité en milieu de travail, de la formation en prévention de la violence et des exercices annuels de simulation.</p> <p>De 2014 à 2016, les participants à chaque exercice annuel étaient environ 55 % de femmes et 45 % d'hommes. La composition annuelle moyenne des participants était d'environ 20 % de médecins en psychiatrie, 10 % de professeurs, 22 % de travailleurs sociaux, 23 % de personnel, 5 % d'étudiants, 5 % de personnel administratif et 15 % d'autres (acteurs, policiers, observateurs). Le " personnel de soutien de l'exercice " comprend le personnel de préparation aux situations d'urgence, les contrôleurs et évaluateurs de la police, les médias et les autres administrateurs en visite.</p> <p>En 2014, 2015 et 2016, il y avait respectivement 80, 78 et 72 participants au total. Pour les mêmes années, il y avait respectivement 39, 43 et 39 joueurs et membres du personnel et 41, 35 et 33 membres du personnel de soutien de l'exercice.</p> <p>Le taux de réponse global pour tous les participants en 2014, 2015 et 2016 a été de 60, 55 et 52 %, respectivement. Les taux de réponse pour les joueurs et le</p>

	<p>personnel (notre principal groupe cible) étaient respectivement de 74, 53 et 100 %. Dans l'ensemble, au cours de chacune des trois années, ≥ 90 % de tous les répondants au sondage ont jugé les simulations " très utiles " et ≥ 86 % ont déclaré se sentir " beaucoup mieux préparés " pour faire face à un épisode de violence. Plus de 93 % étaient " très satisfaits " des débriefings. En 2014, 2015 et 2016, 4, 7 et 12 % des répondants, respectivement, ont souffert de légers " symptômes gênants " immédiats après l'exercice, définis comme étant l'inquiétude à l'égard du passé qui disparaissait après 10 jours. Aucun répondant n'a signalé de symptômes dépressifs.</p> <p>Les résultats de ces scénarios de simulation en direct et les leçons apprises sont résumés au tableau 1.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Le taux de réponse global du principal groupe cible au sondage était adéquat. D'après les hypothèses standard de la recherche par sondage, les réponses peuvent être considérées comme raisonnablement représentatives de la population totale. Que 90 % de tous les participants ont qualifié la simulation de " très utile ". Post simulation les effets secondaires de l'exercice étaient faibles et pour la plupart insignifiants. Moins de 2 % des participants ont fait l'expérience de symptômes dérangeants qui disparaissent complètement après 10 jours et personne n'a signalé de symptômes dépressifs. La légère augmentation initiale du nombre de signalements de problèmes de sécurité signifie probablement que la participation aux simulations a permis de faire un petit pas en avant. Les membres du personnel de la clinique sont conscients que le milieu de travail pourrait être plus propice au danger qu'ils ne l'avaient imaginé. Il est considéré qu'il s'agit d'un bon résultat, car ces préoccupations pourraient accroître la vigilance du personnel au sujet du potentiel de violence et les inspirer à en savoir plus sur l'utilisation des mesures de sécurité disponibles.</p> <p>Les limites :</p> <p>L'absence de données publiées sur les épisodes de violence dans les cliniques psychiatriques externes générales nous empêche de comparer les résultats de ces approches avec celles d'autres interventions ou traitements d'ailleurs. De plus, il manque des données de leur propre clinique avant 2011, de sorte qu'ils ne sont pas en mesure d'effectuer des comparaisons prépost pour évaluer l'impact de notre programme de prévention de 7 heures seul ou combiné à nos exercices de simulation avec des conditions antérieures ou entre nous.</p> <p>Les conclusions :</p> <p>Les leçons tirées de ces scénarios sont régulièrement intégrées aux réunions et rapports après action. De plus, la rétroaction issue de la simulation a mené à d'importantes améliorations de la sécurité, à la mise à niveau des outils de sécurité, à l'amélioration de nos efforts de communication et à l'amélioration de nos processus de gestion des incidents violents.</p>
Conséquences et recommandations	<p>En se fondant sur les discussions consensuelles des dirigeants psychiatriques avec la police, ils ont reconnu un bénéfice supplémentaire des simulations qui pourrait aider à expliquer nos taux relativement faibles de résultats négatifs concernant la violence dans notre milieu de travail sur six ans. Les solides relations personnelles qui se sont développées au sein de la police, de la préparation aux situations d'urgence et de la protection civile et de notre personnel psychiatrique ont facilité l'intervention rapide de la police à toutes leurs préoccupations en matière de sécurité. La police arrive en quelques minutes suite à leurs appels, en offrant soit une présence soit une intervention. Nous collaborons de façon harmonieuse dans un contexte délicat, réceptif, respectueux de l'autre et axé sur la collaboration.</p> <p>Ils soupçonnent également que la participation à la simulation renforce l'impact des 7 heures d'enseignement en classe, ajoutant à la sécurité de la clinique en améliorant la connaissance de la situation et la capacité du personnel à prendre des</p>

	décisions de désescalade, qu'ils emploient désormais régulièrement au cours de l'année les opérations quotidiennes de la clinique. Les simulations ont également permis au personnel de s'entraîner à utiliser les boutons de panique, le système de sonorisation et de vidéo, RAVE, système téléphonique, communication et évacuation tout en collaborant avec la police.
--	--

Éléments d'évaluations	Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey
Titre	Le titre précise les concepts qui sont la violence chez les patients et les visiteurs à l'hôpital général, son occurrence, les interventions du personnel et les conséquences. Il s'agit d'une enquête transversale.
Résumé	Un résumé figure en début d'article qui reprend tous les points essentiels : Problème, méthode, résultats, discussion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les conclusions de la littérature internationale indiquent que la violence des patients et des visiteurs (PVV) contre le personnel de santé (HCC) est la principale préoccupation en matière de violences liée au travail dans le système de santé.</p> <p>Une étude transversale a été menée pour en savoir plus sur les situations de violence, les interventions de désescalade et les conséquences du PVV sur le HCS.</p> <p>Les recherches sur les causes et les facteurs liés à la PVV sont limitées et fragmentées. La majorité des études existantes ne portent que sur l'expérience des infirmières en combinaison avec un seul facteur lié au PVV.</p> <p>Les modèles conceptuels, lorsqu'il s'agit de déterminer ce qui mène à la violence au travail dans le secteur des soins de santé, comprennent généralement les facteurs suivants : individuels, interactionnels, organisationnels, communautaires/de quartier et sociaux.</p> <p>Il existe peu de recherches sur les stratégies de prévention, de désamorçage et de gestion du PVV. Dans la documentation, on constate régulièrement que les infirmières psychiatriques ont signalé des effets négatifs sur leur bien-être psychologique et physique attribuables à la violence au travail.</p>
Recension des écrits	<p>Tout au long de l'article, les différentes sources et de nombreux avis d'autres auteurs sont mentionnés. La recension des articles fournit une bonne synthèse de l'état actuel des connaissances de la problématique de recherche. Elle semble présenter une base solide pour l'étude et présente des sources primaires.</p> <p>La littérature révèle un manque d'études décrivant une analyse cohérente et non fragmentée des situations où la PVV se produit et qui est basée sur les expériences de différentes professions du CHS travaillant dans une variété d'unités dans le contexte hospitalier général. De plus, on sait très peu de choses sur les interventions utilisées par HCS pour gérer ces situations, les conséquences pour HCS et le soutien requis après un incident. Ce manque de connaissances empêche l'élaboration de stratégies adéquates de prévention et d'intervention au niveau organisationnel et entrave l'amélioration des stratégies de prévention et de désescalade du SHC.</p>
Cadre de recherche	Les concepts sont cités (violence des patients et des visiteurs, personnel de santé, hôpital général) et sont définis :

	<p>Le PVVP a été défini comme tout comportement verbal, non verbal ou physique qui menace l'HCS ou les biens ou comportements physiques qui nuisent à l'HCS ou qui endommagent les biens.</p> <p>Néanmoins, le PVV est également difficile à définir en raison des nombreux facteurs complexes qui influencent l'apparition de situations violentes. Les recherches sur les causes et les facteurs liés à la PVV sont limitées et fragmentées.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude était de décrire l'occurrence de la violence des patients et des visiteurs, les mesures prises par le personnel soignant pour faire face à cette situation et les conséquences de la violence des patients et visiteurs du point de vue des différents soignants travaillant dans les différents services d'un hôpital général.</p> <p>La population à l'étude est les soignants travaillant dans différents services d'un hôpital général. La question de recherche n'est pas rédigée précisément.</p> <p>Aucune hypothèse n'est exposée.</p> <p>Les variables clés sont les mesures prises pour faire face à la violence par les HCS, les conséquences des PVV selon les HCS.</p> <p>La question de recherche traite de l'expérience des participants. Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie de façon précise et l'échantillon est décrit de façon suffisamment détaillée comme suivant. L'enquête a été menée en 2007 auprès de 2495 collaborateurs travaillant dans différents services d'un hôpital général universitaire suisse.</p> <p>Tout le personnel de santé en contact avec les patients (n = 4 845) a été invité à participer à l'étude. Les critères d'inclusion étaient ceux qui travaillaient en contact direct avec les patients/visiteurs et ceux qui avaient une maîtrise adéquate de la langue allemande.</p> <p>L'hôpital participant est l'un des hôpitaux universitaires de Suisse qui offre une grande variété de services dans un grand nombre de spécialisations pour les maladies physiques, afin d'accroître la représentativité de l'échantillon. L'échantillon de soignant selon le sexe, l'âge, la profession, l'expérience professionnelle, l'emploi et le type de service représente typiquement bien le système de santé suisse de manière générale et serait donc applicable à l'ensemble du pays.</p> <p>Il n'est pas mentionné si l'échantillon a été établi sur une base statistique.</p> <p>La méthode pour recruter les participants est appropriée. Tous les soignants répondant aux critères d'inclusion ont reçu de l'information écrite sur le but de l'étude, les antécédents et la nature volontaire de la participation. Un mois plus tard, les questionnaires ont été envoyés à leur lieu de travail, où ils ont été remplis pendant les heures de travail, puis retournés anonymement par la poste.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par la commission d'éthique locale. Le directeur des soins infirmiers, le directeur du personnel thérapeutique et le directeur médical ont été informés personnellement de l'étude par le chercheur principal et ont appuyé l'étude. Pour assurer l'anonymat, aucun nom ou autre identifiant n'a été utilisé.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p>Le devis utilisé est mixte. Il permet que l'étude atteigne son but. L'outil de collecte de données est un questionnaire qui nécessite parfois des descriptions, parfois des</p>

	<p>réponses à des questions fermées. Les différentes questions permettent d'examiner plusieurs angles de la question de recherche.</p> <p>Il n'y a pas vraiment de temps passé auprès des participants, étant donné que le questionnaire a été envoyé par courrier.</p>
Modes de collectes de données	<p>Une enquête transversale utilisant des questionnaires postaux a été menée entre mai et juillet 2007 auprès de tous les services d'un hôpital général universitaire suisse. Le questionnaire utilisé était l'Enquête sur la violence vécue par le personnel (version allemande révisée).</p> <p>Le questionnaire est décrit clairement ainsi que les différentes variables qu'il comprend et permet de les mesurer. En effet, le SOVES-G-R est basé sur la version irlandaise de McKenna (2004) et a été traduit et testé pour une utilisation en langue allemande et dans le cadre hospitalier général. La validité du contenu a été testée par un panel d'experts dans le domaine de l'agression dans les systèmes de santé. L'instrument a été jugé pertinent avec une bonne validité de contenu. L'intelligibilité et la validité apparente pour les hôpitaux généraux ont été testées par des tests cognitifs préalables impliquant différentes professions de santé. Cette analyse a montré que les questions SOVES-G-R étaient compréhensibles, exhaustives et significatives pour la pratique actuelle dans les hôpitaux généraux suisses (validité apparente).</p> <p>On peut dire que les observations du phénomène sont bien ciblées. En effet, La SOVES-G-R explore les trois facteurs suivants : les caractéristiques individuelles, les interactions et l'environnement de travail organisationnel. Il permet au personnel soignant de décrire les menaces et les expériences de PVV à l'aide des questions fermées pour " les 12 derniers mois " et la " semaine de travail précédente ". Cette distinction est utile pour enquêter sur les formes de violence les plus fréquentes. Les caractéristiques individuelles (facteur 1) de l'HCS sont étudiées à l'aide de questions fermées sur les caractéristiques démographiques, la profession, l'expérience professionnelle, la proximité du contact entre le patient et le visiteur, les conséquences du PVV et le niveau de formation en gestion des agressions. Le sentiment de HCS à l'égard de l'estime de soi et l'impact émotionnel et physique de la PVV sont examinés à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points. Les congés de maladie et le soutien requis ou reçu après avoir fait l'expérience de la PVV sont examinés à l'aide de questions fermées. Le SOVESG-R explore plus en détail les caractéristiques individuelles des patients et/ou des visiteurs de l'incident le plus important de PVV vécu au cours de la semaine de travail précédente avec des questions à choix multiples et fermées (facteur 1).</p> <p>L'état de santé du patient est examiné à l'aide de questions fermées sur la maladie physique et l'état mental. Les questions à choix multiples et les questions fermées sont utilisées pour susciter les interactions entre le personnel et les patients et les visiteurs (facteur 2) et la survenue du PVV, les stratégies d'information et les interventions contre le PVV sont explorées au moyen de questions à choix multiples et fermées. Enfin, l'environnement de travail organisationnel (facteur 3) est décrit à l'aide de questions fermées comme le temps d'attente, le bruit et la politique ou la position de l'institution sur la PVV. La procédure expérimentale est donc cohérente avec les outils mesurés car chaque variable est mesurée à l'aide de différents types de question ce qui permet d'apporter de la précision et de la fiabilité aux réponses.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données n'est pas clairement décrit. Les HCS (n = 2495) travaillant dans différentes unités hospitalières générales ont rempli et retourné les questionnaires, ce qui donne un taux de réponse de 51,5%.</p>

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont vaguement décrites. Des statistiques descriptives standard ont été utilisées pour décrire et résumer les données. Les associations entre les variables catégorielles ont été testées à l'aide de tests du chi carré. Toutes les analyses de données ont été réalisées avec SPSS SPSS 16.0. (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Compte tenu des essais multiples, une valeur P de <0,01 a été considérée statistiquement comme étant significatif.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence le taux de violences subies par les HCS dans les semaines précédentes, les formes de violence les plus fréquentes, les professions les plus exposées, le pourcentage de travail des soignants les plus exposés, le type d'unité le plus exposé, les caractéristiques démographiques.</p> <p>Aucun facteur susceptible de biaiser les résultats n'est pris en compte dans l'analyse.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux. Les modèles sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène et les résultats sont résumés par un texte narratif.</p> <p>La gestion de la PVV, au cours de la semaine de travail précédente, a été décrite par 251 participants. Ils ont eu recours à un total de 466 interventions à court terme. En combinaison avec d'autres interventions, les interventions à court terme les plus fréquemment utilisées étaient des discussions calmantes et informatives, l'abandon de la situation, l'incitation de la personne à cesser son comportement et l'administration des médicaments prescrits. Les interventions à long terme comprenaient l'utilisation de médicaments sédatifs et un blindage contre les stimuli de précipitation. Les mesures coercitives utilisées étaient l'utilisation de contentions mécaniques avec ceintures au lit (ceinture, fixation en 5 points ou fixation main/pied), la prise de médicaments coercitifs et le transfert dans un autre service.</p> <p>Les résultats font aussi état de l'impact émotionnel qu'ont eu sur eux les violences physiques.</p> <p>Ici, on ne sait pas à qui l'auteur a fait appel pour analyser les articles.</p>
DISCUSSION	<p>Cette étude est l'une des rares études portant sur les facteurs individuels, interactionnels et organisationnels liés au PVV dans le contexte hospitalier général en Suisse.</p> <p>Les résultats de l'étude révèlent qu'il est fort probable que toutes les HCS seront touchées par le PVVH et que les HCS, les infirmières et les sages-femmes plus jeunes et inexpérimentées déclarent le taux le plus élevé de PVV. D'après l'étude, nous pouvons donc supposer que non seulement l'âge, mais aussi l'expérience sur le lieu de travail actuel et le temps passé en contact avec les patients sont importants pour l'exposition au PVV.</p> <p>Selon Benner (1984), les infirmières qui ont peu de pratique dans leur milieu de travail actuel n'ont pas assez d'expérience pour reconnaître la totalité d'une situation ou discerner quels aspects d'un dilemme situationnel sont les plus saillants ou importants. De même, ils n'ont peut-être pas les compétences nécessaires pour prévoir et désamorcer les situations de violence.</p> <p>Étonnamment, la présente étude a révélé les niveaux les plus élevés pour les employés ayant plus de 10 ans d'expérience sur le lieu de travail actuel. Le personnel qui travaille plus de 10 ans dans son lieu de travail actuel s'est peut-être trop habitué à la routine quotidienne et peut donc être moins attentif aux besoins des patients ou des visiteurs.</p>

	<p>Les résultats révèlent que la nature des facteurs environnementaux est différente selon le type de quartier. Cela confirme la nécessité d'une évaluation et d'une analyse distinctes des facteurs de risque pour chaque type de salle et exige une approche nuancée de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies de prévention appropriées.</p> <p>La discussion ci-dessus et les résultats révèlent que les facteurs d'interaction qui conduisent à la PVV dépendent d'une part de l'expérience professionnelle de HCS, de la nature des tâches professionnelles effectuées (contact étroit avec le patient, tâches médicales et thérapeutiques, tâches de soutien) et des compétences de communication (conseil au patient et au visiteur) et d'autre part des facteurs du milieu du travail. Il semble donc important de promouvoir les compétences en communication et un système de gestion de l'information clair, tant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel. Cette communication devrait tenir compte de l'état physiologique, psychologique et émotionnel des patients et des visiteurs, ainsi que des questions socioculturelles et de capacité (déficience cognitive, diversité culturelle, problèmes linguistiques, etc.).</p> <p>Il semble que les aptitudes de communication telles que l'utilisation appropriée du langage, le langage corporel non verbal cohérent et le paralangage, l'intonation adéquate de la voix et le contact visuel sont des facteurs importants dans l'engagement professionnel avec les patients et les visiteurs. La stratégie d'intervention du soignant qui consiste à calmer et à utiliser la discussion informative semble adéquate lorsque le PVV se produit. Cependant, quitter la situation ou inciter la personne à arrêter le comportement peut ne pas répondre aux besoins des patients et des visiteurs et pourrait s'intensifier et mener à l'application de mesures coercitives. Dans le système de santé suisse, les mesures coercitives sont légales lorsque les patients risquent de se blesser ou de blesser autrui. Ces stratégies d'intervention pourraient tenir compte de la grande incertitude ou du manque de connaissances, en particulier en ce qui concerne la façon de traiter le PVV physique. C'est aussi le reflet de la réalité de la situation de travail où les HCS sont responsables de plus d'un patient.</p> <p>La formation à la gestion de l'agressivité pour le PVV doit tenir compte des stratégies de communication et de prévention adaptées aux différents types de salles et aux situations de travail spécifique des différents HCS.</p> <p>Les résultats de cette étude et d'autres suggèrent que l'existence d'une position officielle et d'une réponse organisationnelle au PVV pourrait augmenter significativement le rendement dans la gestion des incidents violents. Il semble donc important que les hôpitaux généraux en Suisse élaborent et articulent également une politique et une position contre la violence au travail et le PVV, d'autant plus qu'une telle politique est une recommandation internationale.</p>
Interprétations des résultats	<p>Les résultats ne sont pas discutés à la lumière d'étude antérieure mais confirment les affirmations déjà trouvées dans d'études antérieures. L'interprétation et les conclusions sont bien conformes aux résultats d'analyses.</p> <p>Les limites de l'étude sont notamment qu'un plan transversal a été utilisé ; par conséquent, aucune conclusion ne peut être tirée quant à la causalité des relations. Une autre préoccupation pourrait être que l'autoévaluation de la période de 12 mois ait été affectée par le biais de rappel. Cependant, en tant que période d'autoévaluation de 12 mois, il est important de suivre cette procédure pour permettre la meilleure comparaison possible. Afin de mieux comprendre les caractéristiques des incidences et de réduire le biais de rappel, les auteurs ont utilisé un délai d'une semaine. Même si la taille totale de l'échantillon était importante (2 495 participants), le nombre de participants ayant subi une PVV a considérablement diminué au cours de la période d'une semaine (n = 284). En comparaison de l'échantillon total, les participants au CSC étaient un peu plus souvent des femmes, plus jeunes, moins expérimentées sur le lieu de travail actuel et travaillaient plus souvent entre 90 % et</p>

	<p>100 %. Le niveau plus élevé de participation parmi cette cohorte pourrait être lié à l'exposition plus élevée de ce groupe à la PVV. La participation pourrait également être biaisée par une plus grande sensibilisation au PVV chez les plus jeunes, car dans les pays germanophones, seuls les jeunes HCS et en particulier les infirmières ont une formation en gestion des agressions (Nau et al. 2009a, Hahn et al. 2010). Néanmoins, les participants HCS travaillant dans les hôpitaux généraux suisses.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats. Caractère transférable</p> <p>Les résultats de cette étude suggèrent que les HCS courent un risque élevé de PVVP verbale. Pour améliorer la prévention et pour réduire la prévalence de la PVV, le personnel a besoin d'une formation appropriée qui doit tenir compte des compétences en communication, de la gestion appropriée du PVV (specific en fonction de la situation et du type de salle), de l'accent mis sur les soins axés sur le patient et de l'interaction empathique. Cela semble très important dans les salles d'urgence, les salles de réveil, les salles d'anesthésie, les unités de soins intermédiaires, les unités de désintoxication et les unités de soins intensifs. Le personnel n'est pas le seul responsable des stratégies adéquates pour faire face à la PVV. Les résultats de cette étude indiquent qu'un engagement organisationnel fort est impératif pour réduire le PVV et éliminer les obstacles à la déclaration des incidents violents. Pour un milieu de travail sécuritaire, un groupe de travail interdisciplinaire devrait identifier les " zones à risque élevé " de PVV en milieu hospitalier général au moyen d'un système de déclaration des incidents. En fonction de ces résultats, un plan d'intervention doit être élaboré pour prévenir, traiter, former et contrôler la PVV. De plus, des équipes de sécurité spécialisées pourraient enseigner aux HCS des stratégies de gestion physique dans ces situations difficiles (Brayley et al. 1994, Gacki-Smith et al. 2009).</p>
Conséquences et recommandations	<p>Dans la recherche, peu d'attention a été accordée à l'efficacité des stratégies de désescalade et d'intervention contre le PVV et en particulier aux mesures coercitives. Par conséquent, d'autres recherches devraient permettre d'évaluer ces stratégies. De plus, les recherches futures devraient mieux décrire la genèse de la PVV, y compris tous les facteurs de risque reconnus comme importants. Des échantillons de grande taille seront nécessaires pour des analyses statistiques sophistiquées. Jusqu'à présent, les situations de violence ont surtout fait l'objet d'enquêtes à partir de l'expérience du personnel. Pour une compréhension plus complète, des recherches sur le point de vue des patients et des visiteurs seront également nécessaires. Pour prévenir la violence des patients et des visiteurs et améliorer les stratégies de prise en charge, il est nécessaire de concevoir et de mettre en œuvre une formation axée sur la communication, spécifique au contexte professionnel et mettant l'accent sur l'importance du patient. Un engagement organisationnel fort est impératif pour réduire la violence.</p> <p>Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>

Éléments d'évaluations	The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care
Titre	Concepts clés : approches de Caring par l'infirmière « le bulldozer et la danseuse de ballet », unités de soins intensifs psychiatriques aigus.
Résumé	Le résumé fait bien état de la problématique, de la méthode utilisée, des résultats ainsi que de la discussion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La sécurité physique et psychologique des patients demeure une responsabilité centrale et un objectif clé des soins psychiatriques en milieu hospitalier. Elle inclut la liberté de vivre à l'abri de la peur ainsi que des expériences déshumanisantes et déshumanisantes. L'article démontre les défis auxquels les infirmières font face lorsqu'elles tentent de cultiver des relations de soins avec les patients des unités de soins psychiatriques actifs. De plus, cela indique qu'il est nécessaire de mieux comprendre les approches des infirmières en matière de soins.</p> <p>Le problème est pertinent car d'après les connaissances actuelles, on sait que les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) fournissent le niveau de soins et de traitement le plus intensif et de nombreuses admissions de patients sont dues au risque de comportement agressif. Les conditions exigeantes dans les unités de soins psychiatriques aigus entravent la prestation de soins thérapeutiques sûrs et laissent les infirmières déchirées entre les idéaux humanistes et la dure réalité de leur travail quotidien.</p> <p>Le problème a une signification particulière car l'apparition de la violence a des conséquences néfastes que l'on pourrait éviter à l'aide de techniques relationnelles adaptées.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise.</p> <p>La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche.</p> <p>La recension représente une bonne base pour l'étude, l'état des connaissances actuelles est bien explicité, notamment au travers des recherches qui ont été faites par rapport aux conditions et à la charge de travail dans ce type d'unité qui contraignent parfois les infirmières à mettre en place des interventions allant à l'encontre du bien-être du patient et ne favorisant pas l'installation d'une relation soignant-soigné de confiance. Des études ont également été faites concernant les conséquences néfastes de ces interventions non adaptées, autant sur le patient que sur le soignant.</p> <p>La recension présente des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés ne sont pas clairement mis en avant ni décrits sur le plan conceptuel.</p> <p>Les concepts clés ne s'inscrivent pas dans un cadre de référence particulier.</p>
Buts et question de recherche	Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise. Il est mentionné que l'objectif de cette étude est de décrire les approches de prise en charge des infirmières en unité intensive de psychiatrie aiguë. Elle démontre les défis auxquels les infirmières font face lorsqu'elles tentent de cultiver des relations de soins avec les patients des unités de soins psychiatriques actifs et indique la nécessité de mieux comprendre les approches des infirmières en matière de soins.

	<p>La question de recherche n'est pas clairement énoncée. Les variables clés ne sont pas énoncées.</p> <p>Population à l'étude : infirmières des unités psychiatriques intensives aiguës.</p> <p>La question de recherche traite de l'expérience des participants.</p> <p>Les questions s'appuient sur la méthode de recherche sous-jacente.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est des infirmières de soins intensifs psychiatriques. Les infirmières de quatre services de soins intensifs psychiatriques de quatre hôpitaux en Suède ont reçu une invitation écrite à participer à des entrevues sur leurs expériences en soins infirmiers.</p> <p>Un échantillonnage à variation maximale a été effectué. Dans chaque service, de trois à six infirmières ont été sélectionnées pour l'étude afin d'assurer la variation du sexe, de l'âge, de la profession et de l'expérience professionnelle.</p> <p>La méthode d'échantillonnage est justifiée par une base statistique. Par rapport au fait d'accroître la représentativité de l'échantillon, les quartiers ont été choisis de manière à représenter les zones urbaines et rurales ainsi que la répartition géographique. Les infirmières ont été sélectionnées au hasard afin d'assurer la variation du sexe, de l'âge, de la profession et de l'expérience professionnelle.</p> <p>Dans chaque service, de trois à six infirmières ont été sélectionnées. Au total, 19 infirmières y ont participé, dont 10 infirmières autorisées et 9 infirmières auxiliaires.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens sont adéquats. Les participants ont reçu des informations écrites et orales sur le caractère volontaire de la participation, la confidentialité du traitement des données et leur droit de se retirer à tout moment sans autre explication. Le comité d'éthique local a approuvé l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé est qualitatif. Il permet que l'étude atteigne son but par rapport à la méthode de collecte de données qui comprend des questions échelonnées et qui a été utilisée lors des interviews. Le devis qualitatif est adapté puisqu'on veut évaluer l'expérience des soignants qui est difficilement calculable et relève plutôt d'une description verbale.</p> <p>La méthode augmente la sensibilisation de l'intervieweur par rapport aux questions posées et à quel point elles sont invasives. Cela aide l'intervieweur à devenir plus sensible au répondant pendant le processus d'entrevue et à ajuster les questions en conséquence. De plus, les participants ont été encouragés à donner des exemples tirés de situations réelles dans les salles. Les entrevues enregistrées ont duré de 45 à 80 minutes, après quoi elles ont été transcrites mot pour mot.</p> <p>Par rapport aux différentes questions posées lors des interviews, le devis permet d'examiner toutes les questions de recherche et hypothèses.</p> <p>La méthode de description interprétative (Thorne et al. 1997, 2004, Thorne 2008) fournit une structure pour les études qualitatives des phénomènes cliniques d'intérêt pour les professions infirmières et de santé. Il s'aligne sur une orientation constructiviste de l'enquête et s'inspire des idées d'analyse systématiques utilisées par exemple dans la phénoménologie et la théorie fondée.</p> <p>Les entrevues enregistrées ont duré de 45 à 80 minutes, après quoi elles ont été transcrites mot pour mot.</p>

Modes de collectes de données	<p>Les questions de recherche ont été rigoureusement consignées.</p> <p>Le processus analytique et les résultats ont été examinés, analysés et discutés à plusieurs reprises dans le cadre de séminaires de recherche en sciences infirmières et avec un groupe de chercheurs externes en soins infirmiers psychiatriques supérieurs.</p> <p>L'auteur ne précise pas si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés.</p> <p>La procédure expérimentale semble cohérente avec les outils mesurés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les entrevues étaient fondées sur un guide d'entrevue à partir duquel les auteurs ont demandé aux participants de raconter leurs expériences de travail en soins psychiatriques actifs. Le guide est passé de questions générales, par exemple : " S'il vous plaît, dites-moi ce que c'est que de travailler dans ce service " ou " Dites-moi ce que vous faites ", à des questions plus précises sur l'expérience des soins, par exemple : " Pourriez-vous me parler de vos pensées lorsque vous choisissez d'aborder le patient de cette façon particulière ?</p> <p>Une méthode de questions échelonnées a été utilisée pour les échanges de vues. La méthode augmente la sensibilisation de l'intervieweur aux différents niveaux d'invasivité des questions posées. Cela aide l'intervieweur à devenir plus sensible au répondant pendant le processus d'entrevue et à ajuster les questions en conséquence.</p> <p>L'étude ne comporte pas d'intervention.</p>
Analyse des données	<p>La méthode de description interprétative (Thorne et al. 1997, 2004, Thorne 2008) a servi de base à l'analyse des données. Le logiciel NVivo7® (QSR International) a facilité l'organisation systématique de l'analyse.</p> <p>Les résultats d'une étude qualitative ne peuvent être généralisés, mais doivent plutôt être considérés comme " une seule voix dans un discours continu " (Lilja & Hellzen 2008). Dans cette étude, la crédibilité de la recherche qualitative a été recherchée, par exemple, par la sélection d'échantillons, l'utilisation de citations de sous-thèmes et la participation de chercheurs externes en soins infirmiers psychiatriques supérieurs. Toutefois, Thorne et ses collaborateurs (2004) suggèrent que lorsqu'on utilise l'approche de la description interprétative, une étude peut inclure des données recueillies auprès de diverses sources. En utilisant également les observations des services, les auteurs auraient pu trouver des données qui pourraient corroborer davantage leurs constatations. Des métaphores sont utilisées dans cette étude pour décrire des approches qui, lorsqu'elles sont décrites de façon plus objective, peuvent perdre des attributs importants (Thorne et al. 2004). En décrivant les attributs des métaphores utilisées, les auteurs ont tenté de minimiser le risque de manque de précision ou le risque de répétition de la transmission incorrecte des données (Sandelowski 1998).</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les analyses des interviews sont représentées dans un tableau.</p> <p>Le reste des résultats sont présentés sous forme de texte narratif. Les résultats ont révélé un continuum d'approche attentive sur lequel deux approches constituaient les thèmes principaux : le bulldozer et le danseur de ballet. L'approche au bulldozer a fonctionné comme un bouclier de puissance qui a</p>

protégé la salle du chaos. L'approche du danseur de ballet a fonctionné comme un moyen d'initier des relations avec les patients. En examinant les données d'un point de vue théorique sur les rencontres de soins et d'indifférence en soins infirmiers, l'approche du danseur de ballet était conforme à une approche de soins, tandis que l'approche du bulldozer était plus complexe et en quelque sorte alignée sur les approches insensibles.

L'approche du danseur de ballet

L'approche du danseur de ballet semblait être utilisée principalement sur une base individuelle avec le patient ; ici, les infirmières ont essayé de cultiver un sentiment de sécurité, de confiance et de proximité entre elles et les patients en parlant avec les patients, en leur donnant du temps, en étant ouvertes et disponibles - et plus subtilement, en indiquant une approche attentionnée.

L'utilisation de l'imagination, de la patience et de l'intuition a été exprimée comme des techniques non verbales clés ; les infirmières se sont utilisées comme un instrument finement réglé. Il s'agissait notamment de lire les signaux du patient, puis de réagir en passant de la proximité au maintien d'une certaine distance et de communication verbale à un état de silence, parfois sous la forme d'une coexistence silencieuse tout en partageant le même espace que le patient.

Certains patients ne veulent pas que vous soyez indiscret, ne veulent pas de contact. Alors vous essayez d'exister plutôt invisibles. Vous leur passez le ballon ; vous leur donnez l'option, comme " je suis là si vous voulez me parler ". C'est un équilibre délicat.

L'approche du Bulldozer

Donnant la priorité à la sécurité et à la sûreté de l'unité de soins plutôt qu'au patient individuel, les infirmières ont décrit l'importance de protéger l'unité de soins du chaos. Il s'agissait notamment d'empêcher les patients de se faire du mal ou de faire du mal aux autres, de maintenir l'ordre et la structure et de s'assurer que les règles et les routines sont respectées.

Les infirmières ont décrit un ensemble de comportements diamétralement opposés à ceux décrits comme l'approche du danseur de ballet. Lorsque les infirmières utilisaient l'approche du danseur de ballet, elles communiquaient soigneusement avec les patients et les invitaient à répondre, mais lorsqu'elles utilisaient l'approche du bulldozer, elles informaient simplement les patients des règles de la salle.

Contrairement à l'approche du danseur de ballet individuel, les infirmières ont décrit le travail en équipe. En travaillant ensemble, ils s'assuraient d'avoir suffisamment de pouvoir pour gérer des situations jugées dérangeantes ou dangereuses. Pour acquérir du pouvoir, l'équipe s'est détournée des patients pour se concentrer sur l'interaction, la communication et la confiance entre eux.

L'approche du bulldozer pour gérer les situations difficiles et menaçantes avec les patients semble avoir été influencée par les infirmières qui justifient l'utilisation d'actions de contrôle. Cela comprenait les interprétations des infirmières sur les raisons pour lesquelles les patients se comportaient d'une certaine façon. Par exemple, en considérant certains comportements du patient comme des comportements enfantins ou en disqualifiant la capacité du patient à prendre des décisions, on a adopté une attitude paternaliste contrôlante.

	<p>De même, la justification des mesures de contrôle était liée à une vision plus objectivante des patients ; certaines infirmières ont décrit les patients comme étant différents d'eux-mêmes ou des gens en général.</p> <p>Les infirmières ont dit qu'elles devaient aussi avoir le contrôle et être capables d'accomplir des tâches désagréables pour la protection des autres et pour ce qu'elles croyaient être le bien du patient. Le recours à la force contre un patient a permis d'éviter une escalade de la situation.</p> <p>De plus, certaines infirmières ont indiqué que le recours à la force est une conséquence importante du comportement indésirable des patients et qu'il est utilisé pour les décourager.</p> <p>Bien que l'établissement de limites soit une tâche courante, de nombreuses infirmières ont déclaré qu'elles gardaient un esprit critique, un dialogue de raisonnement intérieur - avant, pendant, et après avoir effectué de telles interventions. Leurs pensées étaient centrées sur la question de savoir s'ils faisaient la bonne chose ou non, si les interventions étaient vraiment nécessaires, sur le fait d'essayer de comprendre l'agressivité du patient et sur le comportement de leurs collègues. En utilisant un raisonnement critique, ces infirmières semblaient tenir compte de nombreuses complexités inhérentes à l'approche et aux mesures qu'elles adoptaient.</p> <p>En même temps que les infirmières utilisaient l'approche du bulldozer, qui pouvait être considérée comme puissante et protectrice, il semblait que de nombreuses infirmières - en plus de garder un esprit critique - permettaient aussi des sentiments dans le poste de pilotage. Adopter l'approche du bulldozer ne semblait pas être l'équivalent de devenir une machine et n'excluait pas les expériences émotionnelles reflétant leur propre vulnérabilité, peur, excitation et malaise ainsi que la compassion et l'intérêt pour leurs patients et collègues.</p> <p>Le processus analytique et les résultats ont été examinés, analysés et discutés à plusieurs reprises dans le cadre de séminaires de recherche en sciences infirmières et avec un groupe de chercheurs externes en soins infirmiers psychiatriques supérieurs.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont discutés à la lumière des études antérieures.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse. Les conclusions tirées de l'étude sont que même si l'approche au bulldozer comporte un risque d'actions insensibles et nuisibles, elle apporte aussi un potentiel d'attention. Ce potentiel doit être exploré davantage et les infirmières devraient être encouragées à réfléchir à la façon dont elles intègrent les styles infirmiers paternalistes aux soins centrés sur la personne.</p> <p>La question du caractère transférable des conclusions n'est pas mentionnée.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'analyse du matériel d'entrevue a révélé deux philosophies de soins et les auteurs ont utilisé les métaphores du danseur de ballet et du bulldozer afin de saisir ce qui caractérise ces deux approches. Bien qu'elles soient décrites comme deux approches distinctes, elles n'apparaissaient pas toujours comme des entités distinctes dans les données, mais étaient plutôt interprétées comme des extrémités opposées d'un continuum. Halldorsdottir (1996, 2008) suggère dans sa théorie sur les soins et les rencontres insensibles en soins infirmiers que les soins pourraient être considérés comme une présence ou une absence de formation de relations.</p>

Selon Halldorsdottir (2008), le développement d'une relation infirmière-patient, ou connexion, est fondamental aux soins infirmiers professionnels et comporte plusieurs phases. Halldorsdottir décrit comment l'infirmière ou le patient peut établir cette connexion en utilisant la communication verbale et non verbale. On progresse en se reconnaissant les uns les autres en tant qu'individus plutôt que simplement en tant qu'infirmière et patiente. Ils ont constaté que ce processus était aligné sur l'approche du danseur classique, c'est-à-dire l'utilisation de formes de communication adaptées et une volonté de s'identifier au patient en tant qu'individu. Il est intéressant de noter que l'une des infirmières a raconté comment elle " existait de façon plutôt invisible " autour d'un patient afin d'être accessible pour la communication. Covington (2003) appelle cette compétence " présence attentionnée ", ce qui signifie que l'infirmière apporte une conscience consciente et une intention dans sa disponibilité afin de fournir l'occasion d'un lien entre l'infirmière et le patient. De même, l'approche centrée sur la personne, telle que décrite pour la première fois par Rogers (1961) dans un contexte psychothérapeutique, met de l'avant un regard positif inconditionnel, la reconnaissance de la personne et la reconnaissance du monde vécu de la personne comme composantes essentielles afin d'offrir les meilleures conditions possibles de croissance personnelle (Slater 2006).

Reconnaître le danseur de ballet comme une approche bienveillante dans le cadre théorique de Halldorsdottir n'était pas très compliqué

L'approche au bulldozer assurait une puissance suffisante pour gérer les situations et peut-être surcharger les patients en connectant et en communiquant avec les collègues plutôt qu'avec le patient. De plus, l'approche du bulldozer justifiait l'utilisation d'actions de contrôle en se référant aux patients comme étant différent des infirmières. Cela correspond à ce que Halldorsdottir (2008) décrit comme une approche déshumanisante et donc indifférente où le patient peut se sentir déshumanisé et perdre confiance dans l'infirmière.

Les auteurs suggèrent que le bulldozer puisse être considéré comme une approche paternaliste qui vise à maintenir la sécurité et l'ordre de la salle pour tous, si nécessaire au détriment de l'autonomie du patient individuel. Mais ils soutiennent en outre que, bien qu'il existe un évident d'actions insensibles et nuisibles associées à cette approche, des constatations indiquent que l'approche du bulldozer, en même temps, englobe le potentiel d'attention. On pourrait soutenir que la capacité des infirmières à communiquer verbalement et non verbalement une approche bienveillante tout en contrôlant le patient par l'utilisation de la contrainte constitue un tremplin.

Un autre tremplin peut être fourni par la capacité des infirmières d'améliorer l'expérience des patients en leur permettant d'être reconnus et validés dans une situation qui fixe des limites. Les auteurs sont conscients que dans les situations très aiguës de danger imminent, il n'y a pas toujours beaucoup de temps pour communiquer avec le patient. Néanmoins, ils croient que le potentiel de soins associés à un incident spécifique comprend la possibilité pour les infirmières d'établir un " pont " avec le patient dans les heures et les jours qui suivent l'incident.

L'article insiste sur l'importance de donner aux infirmières l'occasion de réfléchir à la façon dont elles intègrent les styles infirmiers paternalistes aux soins centrés sur la personne dans le contexte des soins intensifs psychiatriques actifs.

Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.